



**PREFEITURA DE
CANOAS**

FUNDAÇÃO MUNICIPAL
DE SAÚDE DE CANOAS

**Diretrizes Técnicas para o trabalho do
Agente Comunitário de Saúde
no Município de Canoas**

Canoas, 2023

**DIRETRIZES TÉCNICAS PARA O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS

Jairo Jorge da Silva
Prefeito Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Mauro Sparta
Secretário Municipal de Saúde

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS

Juceila Lourdes Dall'Agnol de Lacerda
Presidente

Angela Fachinello
Superintendente

Cristiane Steinmetz Campos
Diretora Técnica

Karim Sabrina Correa Wilbert
Assessora Técnica

Marilise Sganderla
Analista de Recursos Humanos

Camila Nunes de Oliveira
Jéssica Pereira Souza
Josiele Ferreti de Matos
Maiara Mundstock Jahnke
Vanessa Gusmão Ortiz
Apoiadoras de Rede

Sumário

Introdução	4
Competências e atribuições	4
Aspectos éticos no trabalho do ACS	5
Territorialização	6
A Visita Domiciliar no Território	7
Situações de vulnerabilidade: onde é necessária prioridade nas Visitas Domiciliares	8
Motivo das visitas domiciliares	9
Desfecho das Visitas Domiciliares	10
Vigilância em Saúde e Coordenação do Cuidado	11
Ações para o ACS em vigilância à saúde:	11
Vigilância à Saúde da Mulher	11
Vigilância relacionada à imunização	13
Vigilância à Saúde da Criança	13
Vigilância à Saúde do Adolescente	14
Vigilância à Saúde do Adulto	14
Vigilância em Saúde Mental	16
Vigilância à Saúde da Pessoa Idosa	16
Vigilância em saúde relacionada à tuberculose	17
Vigilância em saúde relacionada às arboviroses (Dengue, Chikungunya, Zika, Febre Amarela)	18
Vigilância em saúde relacionada às Infecções Sexualmente Transmissíveis	18
Vigilância em Saúde Bucal	19
Supervisão do ACS pelo enfermeiro	19
Espaços de discussão, gestão e de controle social	20
Considerações Finais	21
ANEXO 1 – Desfecho das visitas	22
ANEXO 2 – Acompanhamento de gestantes	23
ANEXO 3 – Calendário de Vacinação	24
ANEXO 4 – Acompanhamento de crianças	26
ANEXO 5 – Consolidado de acamados e domiciliados	28
ANEXO 6- Consolidado anual	29

Introdução

O município de Canoas possui a Atenção Primária estruturada em 27 Unidades de Saúde (USs) com atendimento por equipes de saúde da família e equipes de atenção básica. As USs são as principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e realizam ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação à saúde.

As unidades que possuem equipes de Saúde da Família têm, em sua composição, no mínimo, profissionais enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local (PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017).

Este manual tem como objetivo nortear o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e de sua coordenação para qualificar o acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Competências e atribuições

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional nos serviços de atenção básica à saúde e desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como foco as atividades educativas em saúde, em domicílios e coletividades. O ACS é o profissional que realiza a integração dos serviços de saúde da atenção primária com a comunidade.

A Lei nº 13.595/2018 dispõe sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada entre outras atividades dos profissionais ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE).

Instituída pela Lei nº 11.585/2007, no dia 04 de outubro, celebra-se o Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde e o Dia Nacional do Agente de Combate às Endemias.

No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, são consideradas atividades típicas do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação:

- I – Utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural;
- II – Detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos às suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde;
- III – Mobilização da comunidade e estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional;
- IV – Realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento,
- VI – Acompanhamento de condicionalidades de programas sociais, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

De acordo com o inciso 4º da Lei 13.595/2018, são atividades dos Agentes, que tenham concluído curso técnico e com equipamentos adequados, como membro da equipe e assistido por profissional de nível superior as seguintes atividades:

- aferição da pressão arterial, a medição de glicemia capilar, a aferição de temperatura axilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, com o devido encaminhamento do paciente, quando necessário, para a unidade de saúde de referência;
- orientação e o apoio, em domicílio, para a correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade;
- verificação antropométrica.

O inciso 5º da Lei 13.595/2018, diz ainda que são atribuições do ACS, compartilhadas com os demais membros da equipe, em sua área geográfica de atuação:

- I – participação no planejamento e no mapeamento institucional, social e demográfico;
- II – consolidação e a análise de dados obtidos nas visitas domiciliares;
- III – realização de ações que possibilitem o conhecimento, pela comunidade, de informações obtidas em levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde;
- IV – participação na elaboração, na implementação, na avaliação e na reprogramação permanente dos planos de ação para o enfrentamento de determinantes do processo saúde-doença;
- V – orientação de indivíduos e de grupos sociais quanto a fluxos, rotinas e ações desenvolvidos no âmbito da atenção básica em saúde;
- VI – planejamento, o desenvolvimento e a avaliação de ações em saúde;
- VII - estímulo à participação da população no planejamento, acompanhamento e avaliação de ações locais em saúde.

Aspectos éticos no trabalho do ACS

Conforme o Art. 37 da Constituição Federal, destacamos os princípios da legalidade, moralidade e eficiência. Pelo princípio da legalidade, o ACS atuará conforme a legislação vigente, caso contrário, será responsabilizado pelos seus atos. O princípio da moralidade pressupõe que a conduta do ACS deve ser realizada com ética e boa-fé, e, o princípio da eficiência qualifica as atribuições dentro da responsabilidade, respeito e humanização, otimizando tempo e custos.

Destacamos aqui a Lei 13.709, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, que traz em seu Art.11. O tratamento de dados pessoais sensíveis somente poderá ocorrer nas seguintes hipóteses:

- I - quando o titular ou seu responsável legal consentir, de forma específica e destacada, para finalidades específicas;
- II - sem fornecimento de consentimento do titular, nas hipóteses em que for indispensável para:
 - a) cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador;

b) tratamento compartilhado de dados necessários à execução, pela administração pública, de políticas públicas previstas em leis ou regulamentos;

c) realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais sensíveis;

[...]

e) proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiro;

f) tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária.

[...]

Diante desse desafio, faz-se necessária a sistematização de normas que orientem a relação entre o ACS e usuários/famílias, pautada na ética. Dentre os princípios éticos mais relevantes para a relação entre o ACS e o usuário incluem-se o sigilo, o direito à privacidade, à confidencialidade e o respeito à autonomia (FORTES, 2004; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015; RIBEIRO et al., GOUVEA; CASOTTI, 2017).

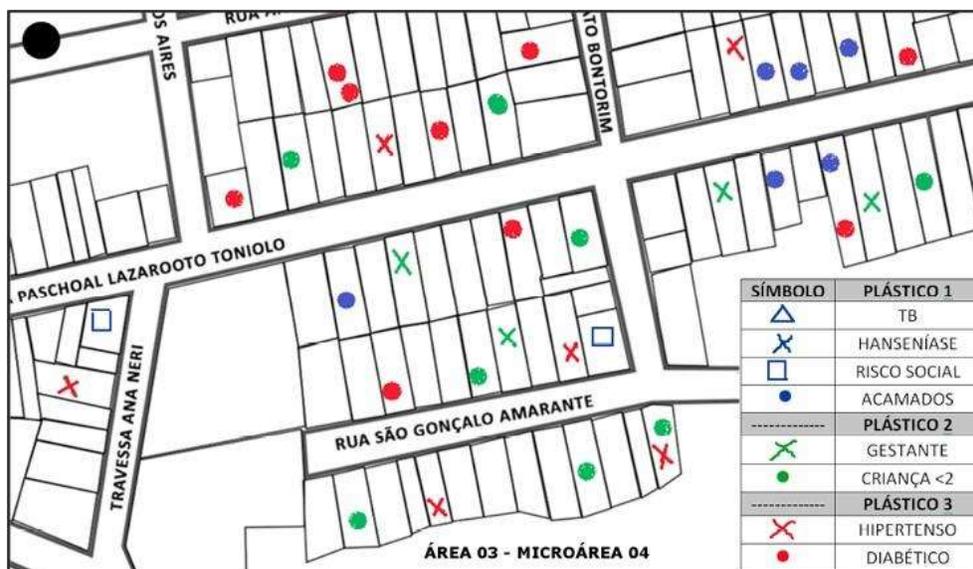
Territorialização

O mapa do território adscrito pela equipe de saúde da família, é uma ferramenta do planejamento em saúde que tem por objetivo auxiliar no processo de diagnóstico local, identificação dos problemas e necessidades de saúde da população.

Algumas características do processo de trabalho das equipes de APS fazem referência direta ao processo de territorialização como forma de planejamento das ações direcionadas à população, como: definição do território de atuação e população sob responsabilidade das unidades e das equipes; programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade, resiliência e prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.

Desta forma, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) recomendam-se dois tipos de mapas na Unidade de Saúde (US): o mapa de delimitação geográfica/delimitação do território e o mapa inteligente. O mapeamento é realizado através da territorialização, com micro área definida para cada ACS, dentro de sua equipe.

O mapa inteligente deverá ser construído a partir dos croquis e tem como objetivo identificar, em cada quadra, as situações de maior vulnerabilidade e necessidade de acompanhamento pela US. Entre essas situações, incluem-se as crianças menores de dois anos, gestantes, idosos acamados/domiciliados, pessoas com deficiência, diabéticos, hipertensos, casos de tuberculose, dengue, beneficiários do Programa Bolsa Família, evento sentinela em saúde bucal, dentre outras. O mapa inteligente é dinâmico, sensível e acompanha as mudanças de saúde ocorridas na família favorecendo a integração assistencial e ambiental do território.



A Visita Domiciliar no Território

Inicialmente, é necessário fazer o planejamento do percurso. É um processo dinâmico que contribui para a organização do serviço determinando o número de visitas por dia e qual horário.

É um momento importante e estratégico para se estabelecer e fortalecer a relação de vínculo com usuários e famílias (BARALHAS e PEREIRA, 2011; SANTOS e MORAIS, 2011). A Visita Domiciliar (VD) é a oportunidade para que o profissional conheça as necessidades da família, através da escuta ativa, e os auxilie na resolução dos problemas evidenciados (CARLI et al., 2014). A VD precisa ser devidamente planejada para que alcance os objetivos. Quando o ACS sai da unidade, é necessário ter um direcionamento de onde, o porquê, o que levar e como abordar os usuários na comunidade. Deverá usar sempre uniforme e crachá, abolindo o uso de shorts, bermudas, minissaias e roupas decotadas e sapatos abertos. O objetivo é obter o máximo de informações úteis que possibilite descobrir as reais necessidades de saúde da população da área de abrangência e garantir a vigilância em saúde.

É importante ressaltarmos que a visita realizada poderá ser o primeiro contato da população com o serviço de saúde, por este motivo é de suma importância ser bem realizada. A explicação aos moradores sobre o objetivo da visita, a frequência, como são ofertados os serviços na unidade de saúde, deve ser sempre realizada e com o cuidado para não invadir a privacidade das pessoas. No cotidiano do ACS é comum encontrar, práticas culturais como: uso de chás, rezas, benzeduras, simpatias, oferendas, ritos de purificação, entre outros. Assim, é fundamental que o profissional respeite essas crenças e práticas, para que possa conferir maior efetividade às ações em saúde realizadas pela US. Durante a VD o ACS deverá estar atento e sensibilizado a situações de riscos e vulnerabilidades em todos os ciclos de vida.

O ACS deverá exercer um mínimo de 50% da sua jornada de trabalho semanal para atividades de visita domiciliar no território. O restante da jornada deverá ser destinado para ações comuns a todos os profissionais que compõem a equipe (educação em saúde em sala de espera, sistemas de informação,

acolhimento, grupos de educação, discussão de casos, planejamento das atividades, elaboração do Mapa Inteligente e outras atividades ou ações a serem definidas com suas equipes de trabalho). Fica definido para cada ACS, o mínimo de 200 visitas individuais ao mês.

É necessário o acompanhamento de 100% dos usuários com vulnerabilidade social uma vez ao semestre. Os demais grupos devem ser acompanhados conforme avaliação de prioridades pela equipe de saúde.

Situações de vulnerabilidade: onde é necessária prioridade nas Visitas Domiciliares.

CRIANÇAS	GESTANTES	ADULTOS	IDOSOS
Bebês que nasceram com menos de dois quilos e meio. Beneficiárias do programa Bolsa Família. Desnutridas e obesas.	Portadoras de doenças crônicas como: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade, desnutrição, com transtornos mentais. Tabagistas, etilistas e usuárias de drogas ilícitas. Beneficiárias do programa Bolsa Família.	Portadores de doenças crônicas: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade, desnutrição, transtornos mentais. Pessoas em uso do tabaco, álcool e drogas ilícitas.	Acamados/ restritos ao leito ou ao domicílio. Dependentes de vida diárias. Risco de queda. Déficit cognitivo. Portadores de doenças crônicas: Diabetes, Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade, desnutrição, transtornos mentais.
Faltosos na puericultura e/ou vacinações. Em uso de algum tipo de benefício.	Que não iniciaram ou faltosas no pré-natal. Não imunizadas. Acompanhadas pelo PNAR.	Sem adesão ao tratamento de doenças crônicas. Pessoas com deficiência e BPC.	Sem adesão ao tratamento ou com dificuldades para adesão. Pessoa com deficiência e BPC.
Filhos de mães tabagistas, etilistas, usuárias de drogas ilícitas na gravidez	Situações de violências em suas múltiplas formas e em situações de violação de direitos.	Situações de violências em suas múltiplas formas e em situações de violação de direitos	Em uso de vários medicamentos ou que tenha várias comorbidades.
Baixa escolaridade da mãe e falta de acesso a rede de apoio social.	Em uso de vários medicamentos ou que tenha várias comorbidades.	Em uso de vários medicamentos ou que tenha várias comorbidades.	Necessitados de cuidadores, insuficiência familiar e/ou insuficiência de cuidado
Em uso de vários medicamentos ou que tenha várias comorbidades.	Gestante com doenças infecciosas (Sífilis, HIV, toxoplasmose, hepatites virais, entre outras).	Baixa escolaridade e falta de acesso à rede de apoio social.	Situações de violências em suas múltiplas formas e em situações de violação de direitos.
Situações de violências em suas múltiplas formas e em situações de violação de direitos.	Baixa escolaridade e falta de acesso à rede de apoio social.	Pessoa com doenças infectocontagiosas (Sífilis, HIV, hepatites virais, tuberculose, entre outros)	Pessoas com deficiência e/ou com algum tipo de restrição que não têm acesso às ações e serviços de saúde.
Atraso no crescimento e/ou desenvolvimento, criança com deficiência.			Baixa escolaridade e falta de acesso a rede de apoio social

Motivo das visitas domiciliares

TIPO	O QUE É?
Cadastramento/ Atualização	Visita para o cadastramento de um núcleo familiar/membro novo no território. Em toda visita o ACS deverá verificar a necessidade de atualização cadastral e realizar o processo quando houver necessidade, inclusive a retirada de pessoas que não compõem o núcleo familiar.
Visita Periódica	Campo destinado ao registro da primeira visita domiciliar realizada no mês para o núcleo familiar (coletivo) ou integrante da família.
Busca ativa	Ação voltada para os usuários que faltaram à consulta/exames, para vacinas atrasadas ou campanha de vacinação (a partir da identificação de pessoas que não se vacinaram durante o período da campanha) e condicionalidades do Bolsa Família.
Acompanhamento	É a visita realizada para o usuário (individual) nos quais os motivos de acompanhamento são: gestante, puérpera, RN, criança, pessoa com desnutrição, pessoa em reabilitação ou deficiência, pessoa com HAS, pessoa com DM, pessoa com asma, pessoa com DPOC/enfisema, pessoa com câncer, pessoa com outras doenças crônicas, pessoa com hanseníase, pessoa com tuberculose, sintomáticos respiratórios, tabagista, domiciliados/acamado, condições de vulnerabilidade social, condicionalidades do Bolsa Família, saúde mental, usuário de álcool, usuário de outras drogas. Poderá ser registrado simultaneamente com os seguintes motivos: "Cadastramento/atualização", "Controle ambiental/vetorial", "Egresso de internação", "Convite atividades coletivas/Campanha de saúde" e "Orientação/Prevenção", quando essas atividades forem direcionadas para o indivíduo e não para a coletividade. Quando todos os membros da família estiverem presentes durante a visita e a todas forem direcionadas alguma ação, deverá ser registrado o motivo de acompanhamento de todas as pessoas presentes. Quando um único membro da família estiver presente durante a visita e a ação for direcionada exclusivamente para ele, deverá ser registrado o motivo de acompanhamento dessa única pessoa presente.
Controle Ambiental / Vetorial	Visita realizada para avaliação de riscos ambientais. Registrar o campo "ação educativa" quando for realizada orientações. O campo "imóvel com foco" nos casos em que sejam identificados algum foco no domicílio ou peridomicílio e o campo "ação mecânica" quando o ACS auxiliar o morador na remoção de um foco de fácil acesso. Todos os campos podem ser assinalados simultaneamente, quando for o caso.

Egresso de Internação	Visita com objetivo de acompanhar usuário após alta hospitalar. Registrar este campo quando o ACS fizer a primeira visita ao usuário após a alta hospitalar (independentemente do tempo entre a alta e a visita).
Convite para atividades coletivas/campanhas	Visita destinada ao convite da família ou de um determinado membro familiar para participar de atividade coletiva ou campanhas.
Orientação e prevenção	Visita destinada à orientação aos usuários da família sobre temas relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Desfecho das Visitas Domiciliares

- **Visita realizada** - Este campo deverá ser registrado sempre que o ACS for recebido no domicílio e algum motivo de visita for identificado ou a visita for compartilhada com outro profissional. Ressalta-se que a visita aqui informada é a do usuário que recebe o ACS e responde pela visita. Atenção: usuários que não se encontram no domicílio ou que não atendam no momento, não podem ser considerados como visita realizada. Não é considerada visita domiciliar realizada quando os usuários forem contatados por aplicativo de mensagem, portanto, não deve ser registrada como tal.
- **Visita recusada** - Este campo deverá ser registrado sempre que o ACS não for recebido ou quando não houver a oportunidade de identificar o motivo de visita (ex.: quando o morador abre a porta ou atende o interfone e não aceita a visita).
- **Ausente** - Este campo deverá ser registrado sempre que o ACS não encontrar alguém no domicílio. No campo de observações da ficha de visita o ACS deverá registrar o horário de realização da VD.
- **Campo de assinatura** - Ao final da visita o ACS deverá solicitar a assinatura de pelo menos uma pessoa do núcleo familiar. Será considerada assinatura válida quando a pessoa for maior de 12 anos de idade com o cognitivo preservado. A assinatura deverá ser realizada em formulário próprio, conforme anexo 1.

Quando o usuário não assinar, por não saber escrever, e for o único presente no domicílio durante a VD, o ACS deverá no campo destinado à assinatura registrar: "NÃO ASSINA", devendo casos como esses serem discutidos em reunião de equipe ou de supervisão. Se o único usuário no domicílio durante a VD for adolescente, o ACS deverá avaliar a viabilidade de realizar ou não a visita. Nos casos de rubricas só serão válidas aquelas que possuírem pelo menos parte do nome do usuário que o identifique.

Importante que toda a atividade realizada pelo ACS deve ser registrada no sistema de informação vigente até o último dia útil de cada mês.

Vigilância em Saúde e Coordenação do Cuidado

A vigilância acompanha os indicadores de saúde oficiais em âmbito federal, estadual e municipal, por exemplo: taxa de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade materna, cobertura vacinal, acompanhamento de usuários com doenças crônicas, etc. Existem também os indicadores de monitoramento do trabalho do ACS, como: número de visitas domiciliares realizadas, número de beneficiários acompanhados no Programa Bolsa Família, gestantes captadas precocemente, cadastros de crianças menores de um ano na área de abrangência, usuários com endereço vinculado ao domicílio e a qualidade do cadastro.

A vigilância em saúde propõe uma observação constante de riscos e fatores determinantes do processo saúde-doença. Tem o objetivo de fazer intervenções que protejam a população, prevenindo agravos e ao mesmo tempo promovendo a saúde da população de um determinado território.

Ações para o ACS em vigilância à saúde:

- Orientar usuários, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações e serviços disponíveis no US.
- Orientar o comparecimento a consultas e procedimentos agendados.
- Realizar busca ativa de faltosos nas consultas, exames, curativos, imunização, dentre outros.
- Realizar ações educativas na comunidade.
- Desenvolver ações educativas e mobilizar a comunidade e equipamentos sociais para enfrentamento de problemas locais.
- Orientar sobre a adoção de hábitos saudáveis de vida e higiene geral do domicílio e do ambiente.

Vigilância saúde da mulher

Mulher

- Orientar a mulher quanto à necessidade de realizar o exame ginecológico regularmente de acordo com os protocolos do Município e Ministério da Saúde, preferencialmente as de 25 a 64 anos.
- Orientar quanto a periodicidade da realização de mamografia, preferencialmente as mulheres a partir dos 40 anos, ou com fatores de risco a partir dos 35 anos;
- Identificar mulheres que desejam engravidar ou que estejam com atraso menstrual.
- Observar situações de vulnerabilidade e/ou violência.
- Estimular as mulheres para a importância do planejamento familiar.
- Verificar sinais de climatério complicado, tais como: ondas de calor, variações frequentes no humor, dentre outros.
- Realizar verificação da pressão arterial com supervisão de profissional de nível superior (se TACS).

Gestantes

- Captar a gestante o mais rápido possível, idealmente, até 12 semanas de gestação (até o terceiro mês de gravidez), identificando-a na comunidade e vinculando-a ao pré-natal na equipe de saúde.
- Estimular a realização do pré-natal do parceiro.
- Incentivar o parto vaginal.
- Realizar busca ativa das gestantes e puérperas faltosas e/ou com exames alterados.
- Promover a aproximação da gestante com a US, favorecendo a criação do vínculo e incentivando a realização de pelo menos uma consulta odontológica durante a gestação.
- Identificar as angústias, medos e dúvidas orientando-as e encaminhando as demandas para a US sempre que necessário.
- Estimular as gestantes a participarem de ações coletivas ofertadas pela unidade de saúde.
- Informar e orientar as gestantes sobre os agendamentos e periodicidade das consultas e exames especializados.
- Observar situações de vulnerabilidade e/ou violência.
- Conferir o cartão de vacina e orientar a procurar o serviço para atualização, quando necessário.
- Acompanhar as gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco (PNAR) estimulando seu acompanhamento também pela US.
- Incentivar a amamentação exclusiva pelo menos até o 6º mês de vida do bebê.
- Verificar se a puérpera apresenta preocupações e relata dificuldades na amamentação, cicatrização cirúrgica, sinais de depressão, entre outros.
- Para mulheres com gestação de risco habitual, uma visita mensal até a 36ª semana.
- Para gestantes em situação de vulnerabilidade pessoal e risco social, uma visita quinzenal até a 36ª semana, preferencialmente.
- Orientar a puérpera sobre a primeira consulta de puerpério o mais breve possível, de preferência em consulta dos primeiros dias saudáveis.

O acompanhamento das gestantes deverá ser registrado conforme Anexo 2.

Recém Nascido

- Realizar o cadastro do RN no serviço de saúde e atualizar com o nome da criança logo após o registro no cartório, não é necessário realizar novo cadastro.
- Informar a US sobre o nascimento do bebê o mais precocemente possível;
- Realizar visita domiciliar à puérpera e ao seu recém-nascido (RN), preferencialmente, até 72 horas após a alta hospitalar, com o objetivo de verificar condições gerais da mãe e do bebê.
- Orientar realização de teste do pezinho entre o 3º e 5º de vida;

A visita domiciliar do ACS deverá ser planejada juntamente com o enfermeiro, de acordo com a vulnerabilidade clínica e social.

Vigilância relacionada à imunização

Ações para o ACS em vigilância à imunização:

- Verificar o cartão de vacina da população durante a visita domiciliar, avaliando a existência de algum agendamento ou vacina pendente e orientar a procurar pela sala de vacina e compartilhando as informações com a US para os devidos registros em prontuário.
- Orientar o usuário que estiver com a vacina em atraso ou dúvida a procurar a unidade de saúde.
- Estimular o usuário a concluir seu esquema vacinal.
- Realizar busca ativa das crianças com vacina em atraso.
- Orientar o usuário sobre a importância de preservar o cartão de vacina.
- Apoiar a realização de campanhas de vacina.
- Divulgar campanhas de vacinação nos lugares mais frequentados da comunidade, para que alcance o maior número de pessoas.
- Identificar as dúvidas, as crenças, os mitos, os tabus e os preconceitos sobre as vacinas, estimulando a reflexão sobre os benefícios para a saúde da comunidade e desfazendo mitos.
- Identificar pessoas vítimas de agressão por animal e encaminhá-las para avaliação e profilaxia da raiva humana, quando necessário.
- Orientar os donos de cães e gatos sobre a importância da vacinação antirrábica canina e felina.
Em caso de dúvida consultar o anexo 3.

Vigilância à saúde da criança

- Cadastrar, atualizar e acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as crianças residentes em sua microárea e manter as informações atualizadas em sistema de informação;
- Realizar visitas mensais a todas as famílias com crianças até 2 anos incompletos e registrar informação conforme anexo 4;
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, relacionados à atenção à criança.
- Verificar se existem pendências registradas no cartão de vacina.
- Incentivar a realização de puericultura.
- Acompanhar os demais profissionais da US nas atividades direcionadas às crianças, como Programa Saúde na Escola (PSE).
- Incentivar alimentação saudável, com variedade e qualidade de alimentos.
- Verificar o registro dos marcos de desenvolvimento e crescimento na caderneta da criança, atentando para os sinais de desnutrição e obesidade e levar para discussão na reunião de equipe.
- Verificar alterações no comportamento da criança, como: agitação, apatia, timidez excessiva, agressividade etc, e levar para discussão na reunião de equipe.

- Atentar para situações que apontem dificuldades no cuidado com a criança, como: limpeza do ambiente, higiene pessoal, violência, situações de vulnerabilidade, falta de estímulo para a criança, frequência escolar, risco de acidentes domésticos.

Vigilância à saúde do adolescente

A adolescência é considerada a etapa de transição entre a infância e a idade adulta. É marcada por significativas mudanças e transformações biológicas, psíquicas e sociais. O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) definem a adolescência como a faixa etária entre 10 e 19 anos.

Ações para o ACS em saúde do adolescente:

- Acompanhar periodicamente as famílias de risco, identificando o adolescente vulnerável.
- Criar vínculo com o adolescente para que possa ter maior sucesso na abordagem dele e de seus familiares, fortalecendo o elo com o serviço de saúde.
- Incentivar os adolescentes a participarem de ações coletivas, como planejamento reprodutivo e sexual.
- Propor atividades coletivas nas escolas municipais para este público e participar das atividades do (PSE).
- Identificar e notificar à equipe os problemas observados.
- Realizar ações educativas durante a visita domiciliar.
- Encaminhar para consulta médica, de enfermagem e/ou odontológica, conforme a necessidade observada.
- Incentivar alimentação saudável, com variedade e qualidade de alimentos.
- Verificar alterações no comportamento do adolescente, como: agitação, apatia, timidez excessiva, agressividade, etc, e levar para discussão na reunião de equipe.

Vigilância a saúde do adulto

O ACS deverá incentivar os cuidados de saúde na população adulta e identificar os principais agravos à saúde do adulto. Essa abordagem tem como propósito promover a melhoria das condições de saúde da população adulta no território e facilitar o acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. Na vigilância à saúde da população adulta, a população masculina, tem ganhado destaque tendo em vista que os estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que o sexo masculino é mais vulnerável às enfermidades, sobretudo às graves e crônicas, morrendo mais precocemente que as mulheres. São muitos desafios a serem enfrentados, principalmente em relação às doenças que são mais frequentes entre os homens. O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. Nesse contexto, torna-se de extrema importância que o ACS tenha conhecimento

dos aspectos que perpassam a saúde do homem, e, devem ficar atentos às particularidades que tornam essa população mais suscetível a determinados tipos de doenças.

- Os homens têm mais doenças do coração, cânceres, colesterol elevado, diabetes, hipertensão e maior tendência à obesidade do que as mulheres.
- Praticam atividade física com menor regularidade.
- Muitas vezes acham que não vão adoecer, por isso não se cuidam.
- Geralmente têm medo de descobrir doenças.
- Não procuram regularmente os serviços de saúde e, quando procuram, na maioria das vezes, não seguem os tratamentos recomendados.
- Os homens estão mais expostos aos acidentes de trânsito e de trabalho.
- Utilizam álcool e outras drogas em maior quantidade.
- Estão envolvidos na maioria das situações de violência.
- Vivem em média 7 anos a menos que as mulheres.

Durante a visita domiciliar é importante que o ACS desenvolva as seguintes ações:

- Estimular o acompanhamento periódico da saúde, reforçando essa necessidade para o público masculino.
- Estimular a participação nos grupos de promoção à saúde.
- Estimular hábitos de vida saudáveis, tais como: prática regular de atividade física, alimentação saudável, lazer, cultura, convívio social, dentre outros.
- Observar e comunicar a US condições precárias de higiene, atraso vacinal, uso prejudicial de álcool e outras drogas, armazenamento e uso incorreto de medicamentos e prática de sexo inseguro.
- Identificar pessoas com transtorno de acumulação e comunicar à US.
- Atentar para as principais situações de saúde que acometem esse público, tais como: obesidade, DM, HAS, IST's, TB, Hanseníase.
- Atentar para sinais de alertas, tais como: perda e ganhos significativos de peso, tristeza profunda, apatia extrema, sinais de violência, dentre outros.
- Identificar situações de violação de direitos e acionar a US.
- Orientar sobre a realização de testagens rápidas realizadas na rede.
- Realizar verificação da pressão arterial com supervisão de profissional de nível superior (se TACS).

Vigilância em saúde mental

As VD são oportunidades para o ACS realizar a vigilância e criar vínculos com os usuários que apresentam transtornos mentais, uso abusivo de álcool e outras drogas, estabelecendo uma relação de confiança mútua. O profissional deverá registrar os usuários com tais quadros na sua microárea e informar

na reunião de US. Os casos que necessitarem, deverão ser discutidos regularmente no matriciamento com a equipe de Saúde Mental que poderá ajudar na estratificação da gravidade e definição de prioridades.

Ações para o ACS em vigilância à saúde mental:

- Identificar as pessoas em sofrimento mental (sofrimento ou incapacidade que afetam atividades sociais ou profissionais), uso abusivo de álcool e outras drogas e registrar na ficha de visita domiciliar e territorial e discutir na reunião de US.
- Identificar situações de risco, tais como: cárcere privado, isolamento social, egresso hospitalar, histórico familiar ou tentativa de autoextermínio, situação de rua, violação de direitos civis, uso incorreto de medicação, sinais de violência física e psicológica, dentre outros.
- Realizar busca ativa de pessoas em sofrimento mental que perderam ou abandonaram o acompanhamento.
- Conhecer os equipamentos existentes na rede como: Profissionais que compõem a equipe de saúde mental no município.
- Identificar os portadores de transtorno mental, uso abusivo de álcool e outras drogas e informar na reunião de US.

Vigilância à saúde da pessoa idosa

Considera-se pessoa idosa, pessoa com 60 anos ou mais. O envelhecimento está associado a um maior risco de vulnerabilidade física, cognitiva e social. É importante o ACS identificar sinais de fragilidade da pessoa idosa e informar à US. As principais situações que indicam a necessidade de avaliação do usuário e que o ACS deve ficar atento são: ter alguma dificuldade para se cuidar (tomar banho, comer, vestir-se, sair da cama, caminhar dentro de casa); usar 4 ou mais medicamentos; ter mais de duas doenças crônicas; morar sozinho; não ter renda própria; ter tido alguma queda ou internação nos últimos seis meses; pessoa que fica sozinha a maior parte do tempo e que tem várias doenças crônicas; pessoa que considera o seu estado de saúde como ruim ou muito ruim; pessoas acamadas ou com dificuldades de se locomover até a unidade de saúde. Utilizar instrumento de monitoramento que esteja vigente no âmbito Municipal ou Nacional.

- Estimular os usuários a levarem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos atendimentos em todos os serviços de saúde, quando possuírem.
- Orientar usuários, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações e serviços disponíveis no município.
- Realizar a Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (VES 13).
- Orientar o comparecimento a consultas e procedimentos agendados.
- Realizar busca ativa de faltosos nas consultas, exames, curativos, imunização, dentre outros.
- Orientar sobre a adoção de hábitos saudáveis de vida e higiene geral do domicílio e do ambiente.

- Conversar diretamente com a pessoa idosa, mesmo que ela tenha dificuldades de comunicação, buscando a valorização da sua fala; certificar se está escutando e entendendo o que está sendo falado
- Procurar informações complementares junto à pessoa que cuida.
- Perguntar se a pessoa idosa consegue dar conta de alimentar-se, vestir-se, tomar banho, fazer higiene pessoal, ir ao banheiro, sem precisar de ajuda.
- Perguntar se a pessoa consegue sozinha fazer compras, utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, utilizar telefone, preparar refeições, receber e administrar a própria renda, ir ao banco.
- Identificar pessoas idosas com risco de quedas: dificuldades de locomoção, uso de remédios para dormir, uso de remédios para pressão, idosos com problemas de visão e de audição, e identificar ambientes que favorecem quedas e orientar.
- Identificar sinais de conflitos entre os membros da família: histórias diferentes para uma mesma situação, a pessoa se cala diante de quem cuida, tom agressivo na fala, sinais de agressão física (hematomas, lesões), higiene precária.
- Identificar pessoas com transtorno de acumulação.
- Atentar para situações de alteração da rotina que precisam ser imediatamente comunicadas à US: sonolência excessiva; pessoa sem vontade de participar de nada; confusão mental; agitação; agressividade; pessoa com febre.
- Orientar a família a ter sempre o número dos telefones de ajuda e socorro em lugar de fácil acesso (SAMU 192);
- Identificar idosos acamados e domiciliados (ANEXO 5).

Vigilância em saúde relacionada à tuberculose

- Identificar os sintomáticos respiratórios na comunidade (pessoas com tosse por duas semanas ou mais) e encaminhar a US para avaliação.
- Levar para discussão na reunião de equipe e supervisão do enfermeiro o nome e quantidade dos sintomáticos respiratórios identificados no território.
- Acompanhar os pacientes em tratamento.
- Identificar os contatos domiciliares e orientá-los a procurar o serviço de saúde.
- Realizar a busca ativa de faltosos e de abandono do tratamento.
- Acompanhar a tomada da medicação durante o Tratamento Diretamente Observado (TDO) no domicílio do doente ou outro local combinado previamente, em conjunto com equipe de saúde da US.
- Orientar quanto à importância da coleta de escarro, quando solicitado pela equipe.
- Sensibilizar os familiares e usuário quanto ao tratamento.

Vigilância em saúde relacionada às arboviroses (Dengue, Chikungunya, Zika, Febre Amarela, etc)

O ACS e o ACE devem atuar de maneira conjunta no enfrentamento desses problemas na comunidade, identificando os pontos de conexão e as especificidades de atuação de cada um.

Ações para o ACS em vigilância a arboviroses:

- Orientar os usuários com suspeita de dengue ou outras arboviroses a procurarem o serviço de saúde.
- Orientar sinais de alarme e coleta de sorologia até o 5º dia nos casos de suspeita de dengue, após avaliação na US.
- Atuar junto aos domicílios informando aos moradores sobre a doença, sintomas, riscos, medidas de prevenção.
- Informar ao morador sobre a importância de verificar possíveis criadouros do mosquito no domicílio ou peridomicílio.
- Informar aos moradores sobre o agente transmissor e as doenças transmitidas.
- Vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquitos.
- Orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos.
- Realizar a remoção mecânica dos ovos e larvas do mosquito.
- Avisar ao ACE os casos de verificação de criadouro ou focos de difícil acesso, necessidade do uso de larvicidas; imóveis fechados e recusas de visitas.
- Promover reuniões com a comunidade e realizar atividades de salas de espera com o objetivo de mobilização para as ações de prevenção e controle da dengue, bem como conscientizar quanto à importância de que facilitem a entrada do ACE no domicílio.

Vigilância em saúde relacionada às Infecções Sexualmente Transmissíveis

- Orientar os usuários, principalmente os adolescentes, sobre a importância do sexo seguro, estimulando o uso de preservativos.
- Orientar o usuário a procurar a unidade de saúde em caso de queixas em região genital ou anal.
- Orientar o paciente em tratamento de IST's para que o seu parceiro também seja testado e tratado.
- Informar aos pacientes sobre a disponibilidade na unidade de testes rápidos para detecção de HIV, Hepatites B e C e Sífilis, estimulando a testagem.

Vigilância em Saúde Bucal

As principais situações de urgência em Saúde Bucal são:

- Quedas e traumas que afetam o rosto com edema, hematoma, sangramento, dente quebrado, etc.
- Feridas nos lábios e na boca, que o usuário relata que não cicatrizam há mais de 15 dias.
- Rosto inchado, vermelhidão ou presença de secreção e/ou sangramento no rosto ou na boca (mesmo sem dor).
- Dor de dente.

O ACS deve realizar orientações sobre o acesso à saúde bucal na unidade de saúde para que o usuário possa realizar a avaliação de necessidades.

Sempre que um usuário relatar alguma lesão na boca que dura mais de 15 dias, deve ser orientado a procurar o serviço de saúde bucal para realizar o acolhimento.

Supervisão do ACS pelo enfermeiro

A supervisão é considerada como algo inseparável de qualquer processo de trabalho realizado coletivamente, no qual estão presentes diferentes profissionais, com distintas formações e qualidade de atendimento, podem e devem servir de reforço e estímulo às diversas atividades, entre elas o planejamento, a organização interna dos serviços e a qualificação profissional. A supervisão, o acompanhamento e a coordenação do trabalho do ACS é uma atividade que deverá ser realizada pelo enfermeiro, regulamentada pela portaria do Ministério da Saúde, nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Essa atividade deve ser realizada sistematicamente em horários protegidos na agenda do enfermeiro e do ACS semanalmente, e visa também o planejamento das visitas a serem realizadas com a utilização de formulário. Para a supervisão, é importante que o ACS apresente o relatório de visitas realizadas com os respectivos desfechos de visita e juntamente com o enfermeiro façam uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho, as visitas domiciliares realizadas e não realizadas, as famílias visitadas, o processo saúde-doença das pessoas no território, gestantes com pré-natal em atraso, crianças com vacinação em atraso, famílias vulneráveis, idosos frágeis dentre outras situações elencadas pela US. Na contínua e importante atividade de supervisão do trabalho do ACS, destaca-se aqui:

- Qualidade e quantidade das visitas realizadas.
- Registros da visita domiciliar nos sistemas de informações e consolidado anual (ANEXO 6), que deve ser preenchido mensalmente.
- Validação das fichas de visitas domiciliares, cadastros e mapa de acompanhamento do programa Bolsa Família com assinatura e carimbo do enfermeiro supervisor.
- Realização de busca ativa, conforme definição da equipe.
- Mapeamento, dinamicidade e desafios do território.
- Planejamento mensal do percurso e das visitas domiciliares a serem realizadas pelo ACS.
- Conhecimento dos recursos/dispositivos da comunidade.

- Atualização e cadastramentos dos usuários no sistema de informação em saúde.
- Mapeamento de situações prioritárias e de elevada vulnerabilidade da população adscrita à sua micro área.
- Identificação dos desafios e potencialidades da família e da comunidade percebidos durante as visitas domiciliares.
- Participação em espaços coletivos (reunião de equipe, grupos operativos, sala de espera, colegiado gestor, conselho local).
- Levantamento das necessidades de capacitações.
- Discussão da necessidade de ações intersetoriais.

O registro da atividade de supervisão do trabalho do ACS deve ser realizado pelo enfermeiro no sistema de informação, módulo atividade coletiva, colocando o nome dos ACS que participaram, horário de início, horário de término e dia em que foi realizada a atividade. Durante a atividade de supervisão é importante que o enfermeiro tenha em mãos: relatórios de visitas domiciliares realizadas por ACS, com o desfecho das visitas e total de usuários visitados de acordo com a situação de saúde, assim como os cadastros realizados e as devidas atualizações e o Instrumento de registro das atividades do ACS realizadas durante a semana. O enfermeiro deverá realizar uma leitura criteriosa utilizando os instrumentos como apoio para a supervisão. Com isso, a organização dos instrumentos de trabalho do ACS a partir da supervisão é fundamental para detectar as dificuldades em acompanhar as famílias, auxiliando no planejamento e intervenções de gestão em saúde.

Espaços de discussão, gestão e de controle social

- Reuniões de equipe

Essas reuniões devem servir para avaliação e planejamento, informações dos ACS, discussão de problemas no processo de trabalho da equipe, discussão de casos prioritários de usuários e/ou famílias, definição de planos de trabalho e ações.

- Conselho Local de Saúde

Em 1991 foi sancionada a Lei nº 8.142, de dezembro de 1990, que prevê a formação dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de saúde, possibilitando a participação organizada da população na administração dos serviços prestados pelo SUS. O Conselho Local de Saúde confere participação popular no âmbito local, através dele os conselheiros fiscalizam e avaliam serviços da unidade de saúde da sua área de abrangência, visando à melhoria da qualidade de vida individual e coletiva e tornando a Unidade de Saúde um espaço para o exercício da cidadania. O conselheiro é o representante eleito em reunião organizada para este fim. O número de conselheiros é variável, mas deve ser composto por metade de representantes de usuários (50%), 25 % de trabalhadores e 25 % de gestores e prestadores de serviço. As reuniões têm uma periodicidade mensal. O ACS tem um importante papel de liderança e mobilização, podendo participar da organização, além de promover a mobilização coletiva no processo de eleição dos conselheiros, identificar líderes na comunidade para que possam fazer parte do Conselho Local, conscientização da

população sobre a importância do Conselho e da sua participação e ainda para levar as demandas da comunidade e serem discutidas nas reuniões de equipe.

- **Matriciamento**

O apoio matricial é uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de US com equipes ou profissionais de outros núcleos de conhecimento. São ações de apoio matricial os atendimentos e grupos compartilhados, a discussão de casos e a construção de projeto terapêutico singular e possui duas possibilidades: clínico assistencial e técnico pedagógico. O apoio clínico assistencial ocorre quando, a partir da discussão do caso, a equipe assiste diretamente o usuário, seja na forma de atividade coletiva, atendimento individual ou visita domiciliar. O apoio técnico pedagógico, por sua vez, é a construção de conhecimento entre as equipes de apoio e US, empoderando as condutas dos profissionais.

A frequência deve ser periódica e programada, a fim de que as US sempre tenham oportunidade de discutir suas demandas com os profissionais de apoio. A presença do ACS junto aos demais profissionais nas reuniões de matriciamento, assim como a presença dos profissionais de apoio, é de grande relevância para construção da assistência ao usuário em discussão, não havendo perda de informações relevantes e garantindo a responsabilização do caso para com todos participantes.

Considerações Finais

O trabalho em equipe é essencial para o desenvolvimento de uma atenção primária de qualidade. Cada profissional tem atribuições específicas e compartilhadas, sendo que todos têm responsabilidade pelo território. Esperamos que estas diretrizes possam auxiliar na organização do processo de trabalho que deve ser construído entre a equipe em busca de melhorar o acesso e os serviços ofertados aos usuários.

ANEXO 2

– Acompanhamento de gestantes

Equipe: _____ Micro-área: _____ ACS: _____

Ano: _____

CONSOLIDADO GESTANTE

Gestante	DUM	DPP	Vacina	Data consulta PN									Fator de Risco	Parto		
Nome: End: DN: CNS: Tel: Ficha individual: ()			Sim ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
			Não ()													
			Pré-natal	Odontológico	Data da VD do ACS										Observação	
			1º Tri	2º Tri	3º Tri	1	2	3	4	5	6	7			8	9
Nome: End: DN: CNS: Tel: Ficha individual: ()			Sim ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
			Não ()													
			Pré-natal	Odontológico	Data da VD do ACS										Observação	
			1º Tri	2º Tri	3º Tri	1	2	3	4	5	6	7			8	9
Nome: End: DN: CNS: Tel: Ficha individual: ()			Sim ()	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
			Não ()													
			Pré-natal	Odontológico	Data da VD do ACS										Observação	
			1º Tri	2º Tri	3º Tri	1	2	3	4	5	6	7			8	9

ANEXO 4

– Calendário de Vacinação

Ao nascer	BCG (dose única) Hepatite B (uma dose)
2 meses	Pentavalente (1° dose) VIP (1° dose) Pneumocócica 10V (conjugada/1o dose) Rotavirus (1° dose)
3 meses	Meningocócica C (conjugada/1odose)
4 meses	Pentavalente (2°dose) VIP (2°dose) Pneumocócica 10V (conjugada/2°dose) Rotavirus (2°dose)
5 meses	Meningocócica C (conjugada/2ª dose)
6 meses	Pentavalente (3°dose) VIP (3°dose) Influenza (1°dose)
7 meses	Influenza (2°dose/ depois uma por ano até os 5 anos)
9 meses	Febre Amarela (1°dose)
12 meses	Pneumocócica 10V (conjugada/reforço) Meningocócica C (conjugada/reforço) Tríplice viral (1°dose)
15 meses	DTP (1°reforço) VOP (1°dose/1° reforço da VIP) Hepatite A (uma dose) Tetra viral (uma dose)
4 anos	DTP (2° reforço) VOP (2°dose/2°reforço da VIP) Varicela (uma dose) Febre Amarela (reforço)

ANEXO 5

Adolescentes (9 a 19 anos)	Hepatite B (3 doses/ se necessário conforme registro vacinal) Meningocócica C (conjugada/reforço ou dose única de 11 a 14 anos) Febre amarela (dose única/ se necessário) Tríplice viral (2 doses/ se necessário) HPV (2 doses de 9 a 14 anos) Dupla adulto (reforço a cada 10 anos, ou antes em caso de acidentes ou conforme avaliação) Meningocócica ACWY (uma dose de 11 a 12 anos)
-----------------------------------	---

<p>Adulto (20 anos ou mais)</p>	<p>Hepatite B (3 doses/se necessário conforme registro vacinal) Febre Amarela (dose única/ se necessário) Tríplice viral (2 doses até 59 anos/ se necessário) Dupla adulto (reforço a cada 10 anos, ou antes em caso de acidentes ou conforme avaliação) Influenza (Conforme campanha anual)</p>	
<p>Gestantes</p>	<p>Hepatite B (3 doses/ se necessário conforme registro vacinal) Dupla adulto (3 doses/ se necessário conforme registro vacinal) dTpa (uma dose a cada gestação, a partir da 20a semanas) Influenza (uma dose)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • BCG: contra tuberculose; • Pentavalente: contra difteria, tétano e pertussis (coqueluche), Haemophilus influenza B e hepatite B; • DTP: contra difteria, tétano e coqueluche; • VIP: injetável contra pólio; • VOP: oral contra dois sorotipos do vírus da pólio; • pneumocócica 10V: contra 10 sorotipos da bactéria Streptococcus pneumoniae, da pneumonia e meningite; • Rotavírus: contra diarreia de origem viral; • Meningocócica: contra sorotipo C da bactéria neisseria meningitidis, causadora de meningite; 		<ul style="list-style-type: none"> • Tríplice viral: contra sarampo, rubéola, caxumba; • Tetra viral: contra sarampo, rubéola, caxumba e varicela (catapora); • HPV: contra quatro sorotipos do vírus do papiloma humano, que causa verrugas genitais e câncer; • Dupla adulto: contra difteria e tétano. • dTpa: contra difteria, tétano e coqueluche, produzidas com fragmentos das bactérias que causam essas doenças.

