

Curso Introdutório para Agentes de Combate às Endemias



Módulo para
Alunos

2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

1ª edição – 2016

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde

Diretoria de Gestão da Educação na Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 725

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Telefone: 55 (61) 3315-3814 / 3315-3630

Site: www.saude.gov.br/sgtes

E-mails: sgtes@saude.gov.br / degges@saude.gov.br

Coordenação

Aldiney José Doreto

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Héider Aurélio Pinto

Elaboração

Lanusa Terezinha Gomes Ferreira

Rejane Teles Bastos

Colaboração

Flávia Andréa Belarmino de Medeiros

Wilka Carla Martins da Silva

Instituição Parceira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Reitora

Ângela Maria Paiva Cruz

Vice-Reitor

José Daniel Diniz Melo

Apoio Técnico

Equipe Técnica do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza- CEFOPE-RN

Equipe Técnica da Secretaria de Educação à Distância- SEDIS

Coordenador AVASUS

Ricardo Alessandro de Medeiros Valentim

Gerente Logística AVASUS

Karilany Dantas Coutinho

Material de referência:

PARANÁ (Estado). **Formação Inicial para agentes comunitários de saúde**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, 2013.

PARANÁ (Estado). **Curso de Formação do agente de combate às endemias**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, 2014. Caderno I.

PARANÁ (Estado). **Curso de Formação do agente de combate às endemias**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, 2014. Caderno II.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

Curso para Instrutores do Curso Introdutório Presencial para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: EDUFRRN; Ministério da Saúde, 2016.

Conteúdo: Unidade I: acolhimento, Unidade II: ACE, um agente de mudança, Unidade III: fundamentação legal do trabalho do ACE, Unidade IV: modelos de atenção à saúde até o SUS, Unidade V: moral e ética, Unidade VI: trabalho em equipe, Unidade VII: a comunicação em saúde, Unidade VIII: visita domiciliar, Unidade IX: técnica de entrevista, Unidade X: conhecendo a comunidade através dos mapas, Unidade XI: conhecendo áreas de risco, Unidade XII: ACE como agente de promoção e prevenção, Unidade XIII: concluindo...

ISBN 978-85-425-0614-3

1. Sistema Único de Saúde. 2. Agente Comunitário de Saúde. 3. Qualificação profissional em saúde. I. Título.

CDU 616
B823c

Catálogo na fonte – Bibliotecária Verônica Pinheiro da Silva CRB-15/692.

Título para indexação

Introductory Course for Endemic Diseases Combat Agent (EDCA)

Sumário

Atividade 1	Acolhimento.....	4
Atividade 2	ACE, um agente de mudança	6
Atividade 3	Fundamentação legal do trabalho do ACE.....	9
Atividade 4	Modelos de Atenção à Saúde até o SUS	12
Atividade 5	Moral e ética.....	24
Atividade 6	Trabalho em equipe	29
Atividade 7	A Comunicação em Saúde	33
Atividade 8	Visita domiciliar	40
Atividade 9	Técnica de Entrevista	44
Atividade 10	Conhecendo a comunidade através dos mapas	46
Atividade 11	Conhecendo áreas de risco.....	51
Atividade 12	ACE como agente de promoção e prevenção.....	58
Atividade 13	Concluindo... ..	62

Atividade 1

Acolhimento

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em parceria com a Secretaria de Educação a Distância da UFRN e o Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza tem a satisfação de apresentar o Curso Introdutório de 40 horas para o Agente de Combate às Endemias, como parte do processo de qualificação para o trabalho.

O papel social desse profissional é de grande relevância no contexto de mudanças das práticas de saúde junto à população brasileira. É também um dos muitos desafios colocados para o Sistema Único de Saúde, quanto à qualidade de vida do cidadão.

Para colaborar no enfrentamento desses desafios, o curso contempla assuntos que exploram as políticas públicas de saúde, controle social, territorialização, bem como ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

Na perspectiva de que se possa ampliar o conhecimento inicial da prática cotidiana do agente de combate às endemias, espera-se que este módulo venha contribuir para uma qualificação profissional de qualidade.

Bons estudos e até lá!



Anotações

[illegible]

Atividade 2

ACE, um agente de mudança

Olá! No encontro de hoje, vamos conversar sobre o perfil e as competências profissionais do ACE.

A principal missão do Agente de Combate às Endemias é a de ser capaz de perceber que as questões relacionadas ao meio ambiente estão associadas às condições determinantes e condicionantes da saúde e da qualidade de vida das pessoas. Ele precisa saber que o ser humano deve viver em ambiente saudável e adequado e que tem o direito de ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, ao bem-estar ou à sobrevivência. Juntamente com a equipe de saúde, é responsável pela proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde.

As ações do ace devem estar dirigidas a esclarecer a população, orientar técnicos, gestores e conselheiros da área da saúde para participarem de ações de prevenção, promoção e de proteção à saúde que resultem no monitoramento e controle dos problemas decorrentes do desequilíbrio do meio ambiente. Essas ações buscam eliminar ou reduzir a exposição humana aos fatores prejudiciais à saúde através do correto gerenciamento dos fatores de risco.

O ACE realiza ações complementares e compartilhadas com as equipes de saúde da atenção primária, tendo como base o território. Entre estas ações, destacam-se:

- 1)** O planejamento e organização do trabalho em nível local;
- 2)** A promoção e proteção à saúde;
- 3)** O controle ambiental e de endemias/zoonoses;
- 4)** A identificação de riscos e danos à saúde;
- 5)** A educação para a saúde e atividades de comunicação.

Ações básicas

Dentre as ações básicas, estão incluídas:

- identificar fontes de dados e informações relativas à população e à área geográfica, tendo como referência o território;
- coletar dados e informações que subsidiem as equipes da UBS no diagnóstico de situação e condições sanitárias do território de referência;
- desenvolver, em conjunto com a equipe, ações de planejamento e de organização do trabalho da vigilância em saúde na atenção primária;
- atuar no monitoramento e avaliação das ações, tendo como base o programa de trabalho integrado da equipe de atenção primária;
- mapear e referenciar geograficamente agravos, fatores de risco e outras informações relevantes relacionadas à saúde da população.

Ações operacionais

Entre as ações operacionais, destacam-se:

- identificar as fontes de água usadas pela população tendo como referência a base territorial;
- orientar quanto à qualidade da água de consumo em domicílios, escolas, unidades de saúde e demais equipamentos sociais;
- orientar medidas de manejo ambiental para o controle de vetores e zoonoses, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instâncias de âmbito nacional, estadual e municipal;
- vistoriar imóveis para identificar situações de risco ambiental e de saúde;
- identificar agravos e situações de risco sanitário, ocupacional, ambiental (incluindo saneamento básico e moradia) e de calamidade e proceder aos encaminhamentos pertinentes em conformidade com os protocolos da UBS;
- realizar ações de controle químico e/ou biológico de vetores e outros animais nocivos à saúde, observando normas técnicas e protocolos de segurança sanitária, ambiental e ocupacional;
- executar ações de vigilância ambiental referentes às situações de risco identificadas, em conformidade com a legislação vigente.
- realizar busca ativa das doenças transmitidas por vetores/zoonoses;
- proceder à coleta de amostras de material biológico em animais, conforme normalização vigente;
- identificar focos e criadouros de vetores e outros animais nocivos à saúde;
- realizar captura, coleta, acondicionamento e transporte de animais nocivos à saúde, desde que capacitados.
- identificar riscos relacionados a produtos, serviços, ambientes e aos processos de trabalho.

Ações educativas

Como ações educativas, podemos citar:

- mobilizar e orientar a população para desenvolver medidas de manejo ambiental para o controle de vetores e zoonoses;
- executar ações de educação para a saúde e mobilização social voltadas a pessoas, grupos, escolas e demais segmentos sociais quanto a ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, riscos e agravos à saúde;
- orientar a população quanto à posse responsável de animais domésticos.



Anotações

[illegible]

Atividade 3

Fundamentação legal do trabalho do ACE

Olá! No encontro de hoje, vamos falar sobre a fundamentação legal do trabalho do ACE.

Histórico

Durante muito tempo, as ações de controle de endemias foram centralizadas na esfera federal, que era responsável pelos chamados Agentes de Saúde Pública. Em 1999, de acordo com o estabelecido pelo SUS, as ações de vigilância passaram a ser descentralizadas e hoje o município é o responsável por elas.

Nesta descentralização, coube à Funasa (Fundação Nacional de Saúde) capacitar e ceder aos estados e municípios seus 26 mil agentes, conhecidos como guardas sanitários, supervisores, guardas de endemias ou mata mosquitos.

O trabalho dos agentes se caracterizava pela atuação quase que exclusiva em uma doença específica: havia os guardas da malária, os guardas da dengue, os guardas da esquistossomose e assim por diante. Esses profissionais conheciam bem uma ou duas doenças, e sua formação era basicamente instrumental, ou seja, dissociada de conteúdos de formação mais ampla. Estava restrita ao conteúdo técnico para o controle de determinada doença através de treinamentos de curta duração.

Foi nesse processo de transformação que se verificou a precarização do trabalho dos agentes, que passaram a trabalhar com contratos temporários e sem um piso salarial, situação que perdura até hoje em muitos municípios do país.

Só em 2006, com a publicação da Lei 11.350, que descreve e regulamenta o trabalho dos ACE e ACS, houve uma alteração nesta situação. Nela fica definido que o trabalho dos agentes deve se dar exclusivamente no âmbito do SUS e que a contratação temporária ou terceirizada não é permitida – a não ser em casos de surtos endêmicos, no qual a contratação deve ocorrer por meio de seleção pública.



A lei diz ainda que um dos requisitos para o exercício da atividade do ACE é ter concluído um curso introdutório de formação inicial e continuada. Assim, os profissionais estarão preparados para o exercício de suas competências regionais e locais e poderão fortalecer sua identidade profissional.

Em 2011, como decorrência desse processo de responsabilização do município pelas ações da vigilância, em vez de 26 mil, havia 85 mil trabalhadores atuando nas diversas áreas da vigilância em saúde.

Fundamentação legal do trabalho dos ACE

As atividades do ACE foram regulamentadas por leis, decretos e portarias do Ministério da Saúde. Dois documentos são de grande importância para o seu trabalho: a Lei 11.350 e a Portaria 1.007 de 2010.

Em especial a Lei 11.350, que regulamenta e descreve o trabalho dos Agentes de Combate às Endemias, significou um marco no processo de reconhecimento da importância desse profissional para a saúde pública.

Leia, então, os artigos da Lei nº 11.350 e destaque o que você achou mais importante. Quer uma dica? Procure os trechos que falam sobre o exercício de atividades do ACE e os requisitos para ser um ACE.

Em seguida, leia a Portaria nº 1.007 e novamente destaque os pontos importantes. Foque na incorporação do ACE nas ESF.

Você também irá se interessar pela Portaria nº 1.635/2012. Ela trata dos recursos financeiros destinados ao custeio dos ACE.

Acesse todas as leis citadas aqui na biblioteca do curso!

Anotações

[illegible]

Atividade 4

Modelos de Atenção à Saúde até o SUS

Olá, hoje vamos falar dos modelos de atenção à saúde até o SUS.

Modelo de atenção à saúde é a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. No Brasil, o termo “atenção à saúde” foi denominado como Atenção Básica de Saúde na ocasião da Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Posteriormente, falaremos mais sobre essa portaria.

Para estudar sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário rever na história do Brasil os modelos de atenção à saúde. Assim podemos compreender e valorizar a história e política do SUS.

No Brasil, os modelos de atenção podem ser compreendidos em relação às condições socioeconômicas e políticas nos diversos períodos históricos da sociedade brasileira. Vamos acompanhar mais detalhadamente.

Modelo campanhista

O modelo campanhista, influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX (1900), baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola. Foram implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960.

Modelo previdenciário-privatista

O modelo previdenciário-privatista teve seu início na década de 1920 sob a influência da medicina liberal e tinha o objetivo de oferecer assistência médico-hospitalar a trabalhadores urbanos e industriais na forma de seguro-saúde/previdência. Sua organização foi inicialmente marcada pela lógica da assistência e da previdência social, restringindo-se a algumas corporações de trabalhadores. Posteriormente, em 1966, unificou-se no Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (o INPS) e ampliou progressivamente o conjunto de trabalhadores formalmente inseridos na economia. Esse modelo é conhecido também por seu aspecto hospitalocêntrico, uma vez que, a partir da década de 1940, a rede hospitalar passou a receber um volume crescente de investimentos, e a atenção à saúde foi se tornando sinônimo de assistência hospitalar. Isso organizou o ensino e o trabalho médico foi um dos responsáveis pela fragmentação e hierarquização do processo de trabalho em saúde e pela proliferação das especialidades médicas.

Nesse período, o modelo campanhista da saúde pública, pautado pelas intervenções na coletividade e nos espaços sociais, perdeu terreno e prestígio no cenário político e no orçamento público do setor saúde, que passou a privilegiar a assistência médico-curativa, a ponto de comprometer a prevenção e o controle das endemias no território nacional.

Início das discussões sobre o SUS

A ideia de ter saúde, em boa parte do século XX, estava associada à ausência de doenças. Depois, começou-se a perceber que as doenças estavam associadas aos hábitos de vida, aos ambientes em que as pessoas viviam e aos comportamentos e respostas dos indivíduos às situações do dia a dia. A saúde passou, então, a ser entendida como um conjunto de fatores que tem a ver com renda, trabalho, grau de instrução, acesso e qualidade das ações do serviço de saúde e assim por diante.

Por outro lado, a assistência à saúde da população estava ao alcance de quem tinha emprego registrado na carteira profissional e possuía assistência médica através das Caixas de Previdência. Ou então para aqueles que podiam pagar médicos particulares e serviços de internação, quando necessários. Quem não tinha emprego registrado ou não podia pagar um médico poderia recorrer às Santas Casas de Misericórdia ou aos postos de saúde municipais.

Para equilibrar essas desigualdades, ao final da década de 1970, diversos segmentos da sociedade civil – entre eles, usuários e profissionais de saúde pública – iniciaram um movimento de luta pela atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Esse movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e culminou na instituição do SUS por meio da Constituição de 1988 e posteriormente regulamentado pelas **Leis 8.080/90 e 8.142/90**, chamadas **Leis Orgânicas da Saúde**.

A seguinte síntese expressa a complexidade da concepção ampliada de saúde que marcou o movimento pela Reforma Sanitária:

“Saúde é a resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

A partir desse jeito de pensar a saúde, o movimento da Reforma Sanitária concebe e organiza as políticas e as ações de saúde, partindo da crítica em relação aos modelos excludentes, seja o curativo ou o preventivista.

Assim, a partir de 1985 começaram os preparativos para a elaboração da Constituição Federal. Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com a tarefa de formular as bases para um sistema de saúde brasileiro. Alguns integrantes dessa Comissão fizeram parte da Assembleia Nacional Constituinte, na qual estava parte do conjunto de deputados que escreveu a Constituição Federal de 1988. A nova maneira de entender a saúde foi incluída no artigo 196 da Constituição Federal.

No âmbito do SUS, há três princípios fundamentais com relação à organização da atenção à saúde. O **Princípio da universalidade** é aquele no qual o SUS deve garantir o atendimento de toda população brasileira. Já o **Princípio da equidade** diz que o atendimento deve ser garantido de forma igualitária, porém contemplando a multiplicidade e a desigualdade das condições socio sanitárias da população.

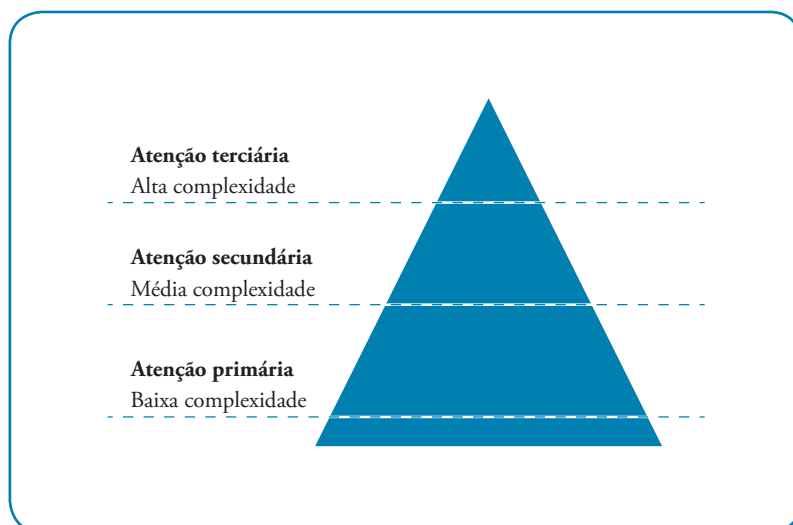
Por último, no **Princípio da integralidade**, a assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos. Integralidade, neste caso, une as ações de **promoção, prevenção e recuperação**.

As **ações de promoção** buscam eliminar ou controlar as causas de doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de doenças. Isso envolve ações em outras áreas como habitação, meio ambiente, educação etc.

Ações de prevenção são aquelas específicas para prevenir riscos e exposições à doenças, como por exemplo, saneamento básico, imunização, prevenção de cáries, doenças do trabalho etc.

Já as **ações de recuperação** são aquelas que atuam sobre os danos e evitam as sequelas e as mortes das pessoas doentes, por exemplo: atendimento médico, tratamento hospitalar, exames diagnósticos, atendimento às urgências e emergências.

Assim, o SUS organizou a atenção à saúde de forma **hierarquizada, em níveis crescentes de complexidade**.



Em contraposição, o modelo de atenção pode constituir-se na resposta dos gestores, serviços e profissionais de saúde para o desenvolvimento de políticas e a organização dos serviços, das ações e do próprio trabalho em saúde. Dessa forma, podem atender às necessidades de saúde dos indivíduos, nas suas singularidades, e dos grupos sociais, na sua relação com suas formas de vida, suas especificidades culturais e políticas. O modelo de atenção busca garantir a continuidade do atendimento nos diversos momentos e contextos em que se objetiva a “atenção à saúde”.

Nesse sentido, existem também propostas de atenção dirigidas a grupos específicos.

Elas podem ser descritas como políticas voltadas para atenção à saúde por ciclo de vida – atenção à saúde do idoso, à criança e ao adolescente, atenção à saúde do adulto; aos portadores de doenças específicas – atenção à hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, DST/Aids, entre outras; e também relativas a questões de gênero – saúde da mulher e, mais recentemente, saúde do homem.

Atualmente, no estado do Paraná há uma discussão sobre a resolutividade, que é a capacidade do serviço para enfrentar os problemas de saúde no modelo de atenção à saúde hierarquizada por níveis de complexidade, através de outro modelo de atenção à saúde denominado **redes de atenção**. Estudaremos este modelo na sequência.

Como o SUS se organizou para ter acesso universal e igualitário?

Para promover o acesso universal e igualitário, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Elas constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo, é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Parte da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. A esse processo dá-se o nome de MUNICIPALIZAÇÃO.
- II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – Participação da comunidade.

Essas três diretrizes formam a base do Sistema Único de Saúde. Todas as políticas e ações que tratem de saúde devem incluí-las. Elas foram detalhadas nas Leis 8.080 e 8.142, publicadas em 1990.

Lei 8.080

Detalha a organização do SUS, estabelece a descentralização das ações e trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, através do atendimento integral à população.

Lei 8.142

Fala sobre a participação da comunidade no acompanhamento de políticas e ações de saúde, criando os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

Controle social

O conceito de controle social é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas e de classe, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis de governo.

Essa participação deve ocorrer através dos Conselhos de Saúde, de representação partidária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços; e nas Conferências de Saúde, que têm a atribuição de deliberar sobre as políticas de saúde e as prioridades do setor.

Conselhos de saúde

Os conselhos de saúde atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, de acordo com o nível de governo que cada um representa. Os conselhos se reúnem, em média, uma vez, e as decisões e ações definidas durante as reuniões devem ser homologadas pelos gestores.

A sociedade, através dos representantes reunidos no Conselho Municipal de Saúde, passou a poder participar da definição das ações e das políticas do município. Mas a participação da comunidade não acontece somente no conselho de saúde ou na conferência de saúde. Ela acontece também no dia a dia de seu trabalho como agente de saúde em cada comunidade, fazendo com que mais e mais pessoas possam ter acesso às informações e orientações sobre como cuidar de sua saúde, da de sua família e de sua comunidade.

No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Intergestores Bipartite (composta por representantes das Secretarias Municipais de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde) e deliberadas pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais de saúde, entidades de classe, etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas pela CIT – Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde).

As conferências de saúde reúnem também os representantes dos diversos setores da sociedade, que são escolhidos por voto ou indicação. As conferências propõem ou indicam ações e políticas que devem acontecer a cada quatro anos. Retomaremos este tema mais detalhadamente no módulo II.

Complementaridade do setor privado

O SUS também prevê em sua organização a Complementaridade pelo setor privado, que é a contratação do setor privado, quando há insuficiência do setor público. Para que isso ocorra, deve-se respeitar três condições:

- 1)** a celebração de contrato conforme as normas de direito público, devendo o interesse público prevalecer sobre o privado;
- 2)** a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS;
- 3)** a integração do serviço privado deverá se dar na lógica organizativa do SUS, de acordo com a rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, cabe ao setor público gerenciar o que será feito, por quem, em que nível e em que lugar. Dentre os serviços privados deverá ser priorizado o serviço sem fins lucrativos.

Estrutura e organização do serviço de saúde: Federal, Estadual e Municipal

Estrutura do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde tem a função de oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando mais qualidade de vida ao brasileiro.

O Ministério tem o desafio de garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e dar condições para que esse direito esteja ao alcance de todos, independente da condição social.

Os assuntos de competência do Ministério da Saúde são:

- Política Nacional de Saúde;
- Coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde;
- Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios;
- Informações de saúde;
- Insumos críticos para a saúde;
- Ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- Vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos;
- Pesquisa científica e tecnologia na área de saúde.

Unidades subordinadas: a estrutura central do Ministério da Saúde é composta por seis secretarias responsáveis por elaborar, propor e implementar as políticas de saúde, sendo, assim, as executoras das atividades finalísticas do órgão. Outras unidades que compõem o ministério são a secretaria executiva, o gabinete do ministro e a consultoria jurídica, responsáveis por atividades de assessoria e assistência direta às ações do ministro. As secretarias são:

1. Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE tem como principais competências a formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. Cabe à SCTIE viabilizar a cooperação técnica a estados, municípios e Distrito Federal, no âmbito da sua atuação; e articular a ação do Ministério da Saúde – no âmbito das suas atribuições – com as organizações governamentais e não-governamentais, com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde. Além disso, a Secretaria também formula, implementa e avalia as Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas, imunobiológicos e outros insumos relacionados; participa da formulação e implementação das ações de regulação do mercado da Saúde; e fomenta, realiza e avalia estudos e projetos no âmbito das suas responsabilidades.

2. Secretaria Executiva – SE

A Secretaria Executiva auxilia o Ministro da Saúde na supervisão e coordenação das atividades das demais Secretarias do Ministério e suas entidades vinculadas. Ela supervisiona e coordena as atividades relacionadas aos sistemas federais de planejamento e orçamento; de organização e modernização administrativa; de contabilidade; de administração financeira e de recursos humanos; de informação e informática; e de serviços gerais. Além disso, a SE também assessora o Ministro da Saúde na formulação de estratégias de colaboração com organismos internacionais e supervisiona e coordena as atividades relativas aos sistemas internos de gestão e aos sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do Sistema Único de Saúde.

3. Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS

A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, em junho de 2003, veio reforçar uma área extremamente estratégica do Ministério, por meio do fortalecimento e ampliação das ações de Vigilância Epidemiológica. Com sua criação, as atividades antes desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde, passaram a ser executadas pela SVS.

Entre suas ações estão incluídos os programas nacionais de combate à dengue, à malária e outras doenças transmitidas por vetores; o Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, como o sarampo, o controle de zoonoses; e a vigilância de doenças emergentes.

A SVS também agrega importantes programas nacionais de combate a doenças como tuberculose, hanseníase, hepatites virais, DST e Aids. Agora, todas as ações de prevenção e controle de doenças estão reunidas na mesma estrutura, possibilitando uma abordagem mais integrada e eficaz.

4. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES

Ao propor um amplo processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde e de regulação profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Ministério da Saúde encontra soluções de execução nacional para uma política de educação permanente em saúde em uma escala ainda não experimentada.

O objetivo é garantir uma oferta efetiva e significativa de cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização para o conjunto dos profissionais da saúde e para diferentes segmentos da população. Para isso, o Ministério da Saúde criou a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, ao mesmo tempo em que desencadeou a análise de projetos, propostas e políticas para a desprecarização dos vínculos de trabalho no sistema de saúde e retomou a mesa nacional de negociação permanente do SUS. Um sinal visível da importância desse movimento em direção à valorização dos trabalhadores foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde na estrutura ministerial.

5. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI

Com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, em outubro de 2010, o Ministério da Saúde passa a gerenciar diretamente a atenção à saúde dos indígenas, levando em conta aspectos culturais, étnicos e epidemiológicos dos 225 povos que vivem no Brasil. Antes, a Funasa era responsável tanto pelas ações de saúde como pela aquisição de insumos, apoio logístico, licitações e contratos.

A nova secretaria será dividida em três áreas: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Também passam a ser funções da SESAI ações de saneamento básico e ambiental das áreas indígenas, como preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação a distância nas comunidades sem água potável, construção de sistema de saneamento, destinação final ao lixo e controle de poluição de nascentes.

6. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP

À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa compete formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do Sistema Único de Saúde e fortalecer a participação social. Além disso, a secretaria articula as ações do Ministério da Saúde, referentes à gestão estratégica e participativa com os diversos setores governamentais e não-governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da área saúde.

Essa secretaria também apoia o processo de controle social do SUS para o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde; e promove, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, a realização das Conferências de Saúde e das Plenárias dos Conselhos de Saúde, com o apoio dos demais órgãos do Ministério.

Unidades vinculadas ao Ministério da Saúde

Alguns órgãos não fazem parte da estrutura central do Ministério da Saúde, mas funcionam de forma vinculada a ele. São as fundações públicas, as autarquias, as empresas públicas e as sociedades de economia mista. Essas unidades têm funções específicas e atividades complementares que devem estar alinhadas com as principais questões da Saúde e com as prioridades do governo.

Autarquias

- Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, definido pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, é um instrumento que o SUS dispõe para realizar seu objetivo de prevenção e promoção da saúde.

O Sistema engloba unidades nos três níveis de governo – Federal, Estadual e Municipal – com responsabilidades compartilhadas.

No nível federal, estão a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS/Fiocruz).

No nível estadual, estão o órgão de vigilância sanitária e o Laboratório Central (Lacen) de cada uma das 27 Unidades da Federação.

No nível municipal, estão os serviços de VISA dos 5561 municípios brasileiros, muitos dos quais ainda em fase de organização.

O que seria a VISA, então?

Atualmente, com a publicação da Lei Orgânica da Saúde, (Lei Federal n.º 8080/90 e Lei Federal n.º 8142/90), entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Como área de abrangência estão: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas de processo (da produção ao consumo) e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

ÁREAS DE ATUAÇÃO	
Locais de produção e comércio de alimentos	fábricas, restaurantes, bares, mercados e supermercados, frutarias, açougues, padarias, produtores de laticínios e outros;
Lojas e áreas de lazer	shoppings, cinemas, ginásios de esporte, postos de gasolina, piscinas, clubes, estádios e academias de ginástica;
Indústria	de cosméticos, medicamentos, produtos para a saúde, saneantes (produtos de limpeza), perfumes e produtos de higiene pessoal;
Laboratórios	banco de sangue e hemoderivados;
Agrotóxicos	indústria e postos de venda destes produtos;
Radiação ionizante	hospitais, clínicas médicas e odontológicas que façam uso para fins diagnósticos.
Locais públicos	escolas, cemitérios, presídios, hospitais, clínicas, farmácias, salões de beleza, asilos.
Portos, aeroportos e fronteiras	
EMPRESA PÚBLICA	
Hemobrás – Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia	
Fundações públicas	
Funasa – Fundação Nacional de Saúde	
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz	
SOCIEDADES DE ECONOMIA MISTA	
Hospital Nossa Senhora da Conceição	
Hospital Fêmina	
Hospital Cristo Redentor	
ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA	
Institutos	
Into – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad	
Inca – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva	
INC – Instituto Nacional de Cardiologia	

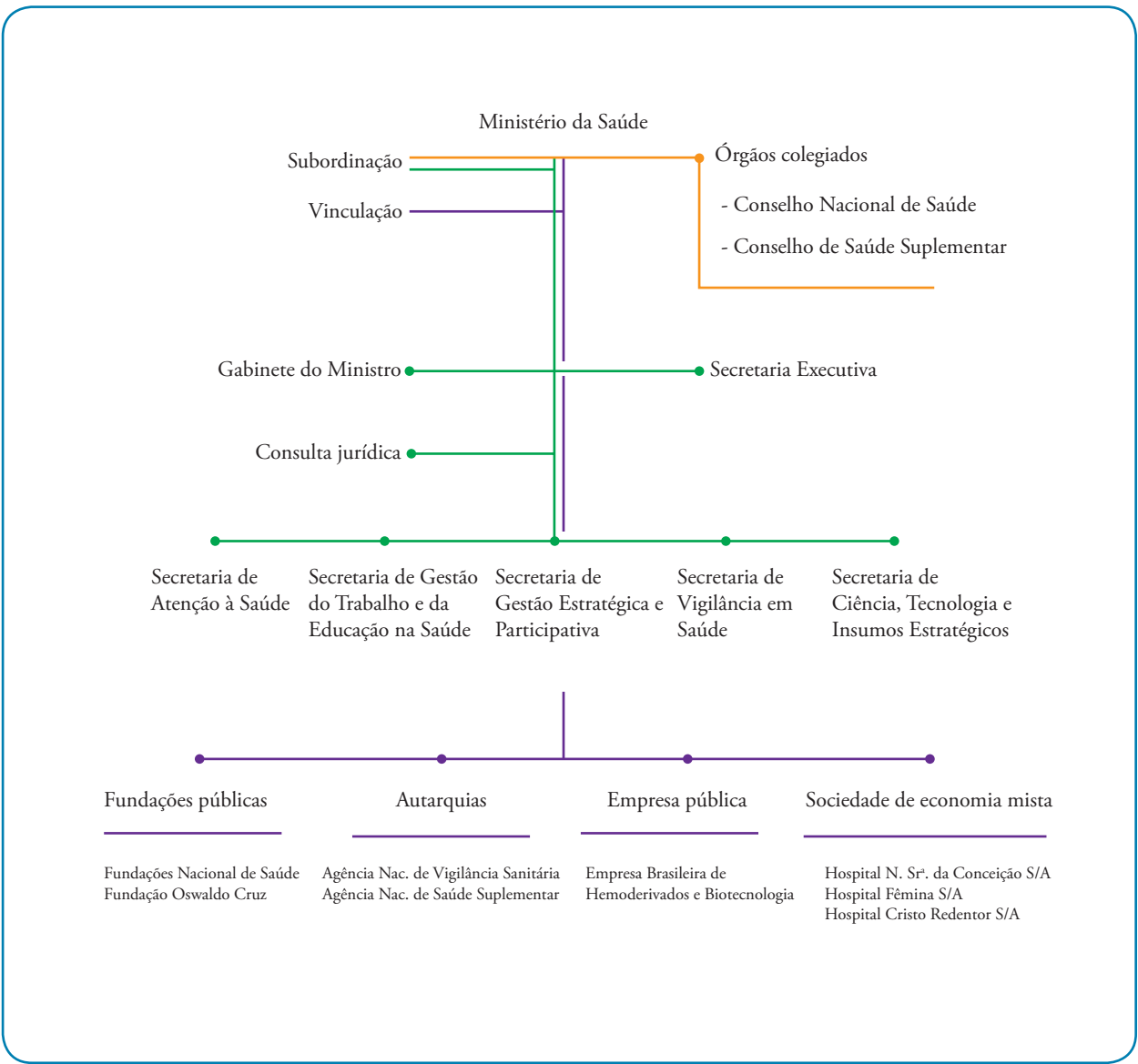
Área jurídica

A Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde é a unidade responsável por apoiar as ações do órgão, de forma que as políticas públicas, o gasto com a saúde e a elaboração de normas, na esfera do SUS, respeitem a Constituição Federal e toda a legislação brasileira.

Órgãos colegiados

O Ministério da Saúde conta ainda com os seguintes órgãos colegiados: o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde Suplementar. Esses órgãos são permanentes e deliberativos sobre temas relacionados à saúde, que reúnem representantes do Governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS.

Organograma do Ministério da Saúde



Estrutura do serviço de saúde nos estados e municípios

A estrutura da saúde pública no Brasil conta também com atuação das secretarias estaduais e municipais de saúde. A Constituição Federal de 1988 deu um importante passo na garantia do direito à saúde com a criação do SUS. As ações deixam de ser centralizados e passam a ser norteadas pela descentralização, com os estados e municípios assumindo suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolvendo ações que dão prioridade à prevenção e à promoção da saúde.

A Vigilância em saúde como prática social

Na área da Vigilância em Saúde as possibilidades de transformações não dependem da simples aplicação de conhecimentos científicos ou normas técnicas. Dependem, também, das diferentes relações sociais entre os membros da comunidade, entre a população e o espaço geográfico e entre as próprias instituições.

Essa diversidade de relações, assim como os variados tipos de interferências que aí acontecem podem promover ou prejudicar a saúde das comunidades. Por isso é importante compreender que a vigilância em saúde não é uma ação sobre a população, mas com a população e seu território.

Por exemplo: é evidente para um profissional da saúde que a presença de pneus acumulando água representa um risco à saúde da população. Neste caso, a norma é bastante clara – os pneus devem ser descartados em locais adequados. Contudo, como raramente há coleta de pneus, cria-se um problema – eles são depositados em qualquer local e, como normalmente ficam expostos ao ar livre, tornam-se propícios ao acúmulo de água da chuva.

Neste exemplo, temos um problema extremamente sério, cuja solução definitiva está além da aplicação de um conhecimento, pois exige uma medida de infraestrutura. Na maior parte das vezes, mudar situações no campo da saúde pode significar atuar sobre condicionantes e determinantes que mexem com questões econômicas, culturais e, até mesmo emocionais.

Apesar de muitas vezes não sabermos a solução dos problemas, é necessário acreditar que é possível transformar uma situação que esteja significando risco à população. Quando afirmamos que a vigilância em saúde é uma prática social, estamos dizendo que não há uma receita pronta que possa ser adotada, mas que através de um trabalho em conjunto com a população, pode-se descobrir e construir um conjunto de possibilidades de ação que vão se alterando com a realidade.

A educação em saúde é uma dessas possibilidades. Muitas formas de agir na relação com a comunidade e com o território têm como resultado uma ação educativa que gera novas maneiras de perceber, de atuar e refletir sobre questões relacionadas à saúde e ao ambiente. Neste sentido ele é um trabalho educativo, pois traz consigo a reflexão e a intenção de educar, de transformar uma situação.

Anotações

[illegible]

Atividade 5

Moral e ética

Olá, no encontro de hoje vamos falar sobre moral e ética. Além de humanização na atenção à saúde.

A ética estuda o comportamento moral do homem na sociedade. Este comportamento, por sua vez, é baseado em valores incorporados pelo indivíduo enquanto ser social. A ética estuda os atos conscientes e voluntários de indivíduos que afetam outras pessoas, grupos sociais, ou a sociedade em seu conjunto. Um comportamento só terá conotação moral se for consciente e voluntário e ocorrer no convívio social. Nesse sentido,

A moral é um conjunto de normas que regula o comportamento individual e social dos homens. Ela responde às necessidades de uma determinada sociedade, em um determinado momento histórico cumprindo, assim, uma importante função social.

As necessidades humanas básicas são as mesmas em todas as culturas, em qualquer época, o que muda é a forma ou os meios utilizados para sua satisfação. Elas variam entre as sociedades com culturas diferentes e até dentro de uma mesma sociedade, em momentos históricos diferentes. Uma nova moral pode substituir uma velha ou conviver com ela, a partir de mudanças na estrutura social, política e econômica.

Do mesmo modo, alguns valores morais se consolidam como positivos ao longo dos anos como: solidariedade, lealdade, honestidade, enquanto outros se consolidam como negativos como egoísmo, vaidade, hipocrisia e desonestidade, por exemplo.

Valores morais

É o homem que dá valor às coisas ou que cria valores na sua relação com a natureza e com os outros homens. Contudo, o fato de as coisas terem um valor para o homem, não significa que há conotação moral neste valor.

O valor moral depende da utilização dada ao objeto: para que fim, interesse ou necessidade servirá. Por exemplo, pense que uma droga foi descoberta e está destinada a salvar vidas, mas é utilizada em uma guerra química e acaba causando mortes.

Só podemos atribuir valor moral a um ato se ele tem consequências que afetam outros indivíduos, um grupo social ou uma sociedade. O juízo de valor que se faz de um ato humano é a atribuição de valor que é dada ao ato de um sujeito por outro sujeito. Aquele que avalia e o que é avaliado estão inseridos em um contexto histórico e social, e utilizam uma escala de valores elaborada à partir de seu contexto de vida, enquanto ser social.

Assim, os atos praticados e os juízos de valor emitidos estão relacionados a uma determinada situação e não a outra. Ou seja, dependendo do resultado obtido com o ato, podemos ter posições diferentes quanto ao mesmo ser moralmente valioso ou não. Por exemplo:

Alguém pode contar uma mentira e ela ter significado benéfico. Teoricamente, a mentira em si teria uma conotação moral não valiosa. Porém, se o resultado foi o bem para o indivíduo, esse ato pode também ser avaliado como moralmente valioso. Se várias pessoas fossem avaliar a situação, provavelmente, teríamos posições diferentes.

Esses problemas da relação cotidiana são práticas morais, conduzidas de acordo com valores socialmente incorporados pelos indivíduos de uma determinada sociedade.

Humanização e ética na atenção a saúde

O modelo de atenção à saúde da Estratégia Saúde da Família está centrado no usuário, o que exige das equipes a necessidade de pensar formas de humanizar a assistência à saúde.

Humanizar significa olhar as pessoas que buscam os serviços de saúde como sujeitos de direitos; observar cada pessoa ou família em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com uma história particular, valores, crenças e desejos; significa também ampliar as possibilidades dos usuários exercerem a sua autonomia.

Qualquer pessoa, independente da idade, se tiver condições para apreciar a natureza e as consequências de um ato ou proposta de assistência à sua saúde, deve ter oportunidade de decidir sobre sua saúde. Ou seja, poder agir como pessoa autônoma. Autonomia relaciona-se com tomada de decisão.

Por pessoa autônoma compreende-se aquela que tem condições para deliberar, decidir entre as alternativas que lhe são apresentadas, podendo atuar conforme sua escolha. Para os profissionais de saúde, respeitar o usuário como agente autônomo significa ser capaz de acatar o seu direito de opiniões próprias, de fazer escolhas e agir de acordo com seus valores e crenças, mesmo que suas opções possam discordar das indicações técnicas.

É tarefa dos profissionais de saúde assegurar as condições necessárias para que os usuários possam fazer suas escolhas com autonomia. Os usuários devem ser estimulados a compartilhar das decisões que digam respeito à sua pessoa, à sua família e à sua comunidade. As decisões devem ser livres e esclarecidas, fundamentadas em informações adequadas, de forma que possam aceitar ou recusar o que lhes é proposto.

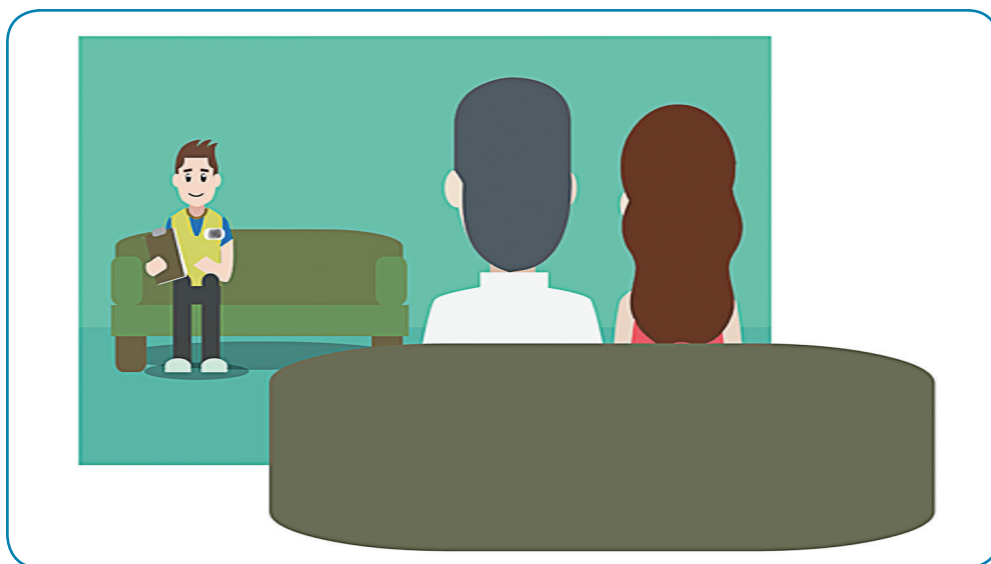


A transformação do modelo assistencial e a humanização do atendimento requerem a garantia do direito à informação ao usuário, pois este é o elemento vital para que o usuário possa tomar decisões. Todos os integrantes da equipe de Saúde da Família devem estar conscientes da responsabilidade individual de esclarecer os usuários sobre questões que lhe são mais afeitas.

As informações não necessitam ser exaustivas ou apresentadas em linguagem técnico-científico. Devem ser simples, compreensíveis, respeitosas e suficientes para garantir a autonomia dos usuários nas suas escolhas e atos.

O desenvolvimento de uma relação de confiança entre profissionais e usuários favorece o respeito pela autonomia dos usuários e permite diminuir sua dependência com relação à autoridade dos profissionais. Convém lembrar que esta relação de confiança na Estratégia de Saúde da Família é reforçada pelo vínculo e responsabilização que decorrem da adscrição das famílias de determinada região a uma equipe específica.

Outros dois princípios éticos que devem ser observados nas atividades do PSF: a privacidade e a confidencialidade das informações. Estes princípios englobam: intimidade, vida privada e honra das pessoas. Os próprios usuários têm direito de decidir quais informações pessoais querem que sejam mantidas sob o seu exclusivo controle e a quem, quando, onde e em quais condições estas informações podem ser reveladas.



Se o usuário tem direito à privacidade, cabe aos elementos da equipe o dever da manutenção do segredo. Vale lembrar que são sigilosas não somente as informações reveladas confidencialmente, mas também aquelas que a equipe de saúde da família venha a conhecer no exercício de suas atividades. Está no âmbito do segredo tudo aquilo que se conhece através dos contatos profissionais com os usuários, inclusive nas visitas domiciliares. Deve-se estar atento para que a visita não seja encarada pelos usuários como um ato invasivo de privacidade. Assim, o dever de assegurar a confidencialidade dos fatos e dos dados torna-se ainda mais indispensável.

O dever de manter o segredo das informações é obrigação ética dos profissionais de saúde. Para isso, devem ser criadas condições nas unidades, para que se mantenham sob sigilo os dados relativos à intimidade do usuário e das famílias. Isso deve ser aplicado igualmente quando se trata da própria família. Um usuário pode não desejar que alguns fatos ou dados de sua privacidade sejam revelados a outros membros da família.

Basta lembrar que é comum as adolescentes não quererem revelar dados de sua vida sexual a seus pais, procurando a unidade de saúde, muitas vezes, sem o conhecimento deles.

É oportuno lembrar que são necessários cuidados no momento da obtenção das informações. Pois elas, muitas vezes, são colhidas nos domicílios, que podem não ter um espaço reservado à conversa entre o membro da equipe que realiza a visita e o usuário. Assim, cabem cuidados, como por exemplo:

Procurar manter um tom baixo de voz ou até mesmo propor a ida do usuário à unidade de saúde.

Com as pessoas idosas, os cuidados devem ser redobrados, pois, algumas vezes, por suas dificuldades auditivas, é necessário falar em um tom de voz mais alto do que o habitual, o que naturalmente pode expor sua privacidade.

No trabalho em equipe, a troca de informações é fundamental, porém, elas devem ser limitadas apenas ao que cada elemento da equipe necessita para realizar suas atividades.

O ACE possui uma situação singular na equipe de saúde da família, pois reside na área de adscrição da unidade. Isso faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade que os outros integrantes da equipe. Ao exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, deve ter muito cuidado para discernir quais informações devem ser repassadas para os outros membros da equipe, de forma a gerar benefícios para a comunidade e orientar o trabalho.

Também existe a possibilidade de o usuário não querer revelar dados de sua privacidade ao ACE por ele ser seu vizinho. Esta possibilidade pode aumentar nos casos de doenças com risco de estigmatização ou segregação, como AIDS ou Hanseníase, por exemplo.

Cabe ainda pensar sob a perspectiva do ACE, ou seja, ele também deve preservar sua privacidade e liberdade, pois é morador da comunidade pela qual é responsável enquanto membro da ESF.

Atividade 6

Trabalho em equipe

Olá! No encontro de hoje vamos falar sobre a construção do trabalho em equipe.

Pensar em equipes de saúde é pensar no trabalho e nas relações, pois as equipes se formam nas relações dos processos de trabalho. Determinação, iniciativa, acomodação ou desânimo não são atributos individuais, mas o resultado das relações que se estabelecem no trabalho das equipes.

As equipes vivem imersas nas relações de poder, de afeto, de trabalho e de gênero. São relações sociais, históricas e culturais que produzem pensamentos, sentimentos, modos de agir e pensar. Nas equipes estão também as disputas das relações de gênero: homem e mulher; as relações afetivas: prestígio e subordinação, favorecidos e desfavorecidos; as relações de classe e as decorrentes da diversidade cultural. Então, a equipe é um tecido de relações: presentes e passadas, de poderes, de saberes e de afetos. Relações entre diferentes profissionais, permeadas pelas relações entre trabalhadores e usuários. São pessoas com formações, saberes, práticas e histórias que se encontram ou desencontram no trabalho de cuidar de pessoas e comunidades.



A equipe oferece uma possibilidade de reconstrução permanente. Nela há momentos de maior potência de trabalho e momentos de maior desarticulação, de desânimo e de resistência. Para que haja uma permanente renovação na equipe é necessário reconhecer que na saúde são necessários distintos olhares, saberes e fazeres. É preciso cooperar uns com os outros em prol de um objetivo comum: o cuidado.

As relações da equipe podem ser tensas e conflituosas e ninguém gosta de conflitos, pois aprendemos que eles são ruins. No entanto, eles evidenciam diferenças que devem ser explicitadas e trabalhadas, pois trazem a possibilidade da mudança.

Ao serem nominados e expressos, os conflitos podem mudar de qualidade e se transformar. A aprendizagem ocorre quando há a possibilidade de superar momentos, transformando dilemas em problemas de gestão e crescimento coletivos.

A abordagem dos conflitos como problema possibilita o que chamamos de problematização. Algo que permite a troca e o movimento das ideias, compreensão e decisões.

A potência da equipe está justamente no crescimento coletivo. As possibilidades de expressar diferenças de opiniões, sentimentos e ideias são processos de democratização das instituições.

Comprometendo-se com as tarefas visíveis e as invisíveis

As reuniões de equipe, para serem proveitosas, têm de ser organizadas com clareza de objetivos e tarefas, sabendo-se onde se quer chegar. Devem também ser realizadas em um clima de respeito entre os participantes. Atrasos, entra e sai da sala, dificuldades para vencer a pauta ou elaborar propostas, término da reunião por esvaziamento indicam dificuldades no funcionamento da equipe.

No dia a dia de toda e qualquer equipe há objetivos e tarefas que são visíveis e outras que são invisíveis:

- Porque precisa do salário;
- Porque acredita que está ajudando à população;
- Porque se não fizer, o serviço não recebe a verba do ministério;
- Porque foi o emprego que encontrou no momento;
- Porque gosta do trabalho que faz.

Diante de tantos motivos diferentes, pode-se perceber que em uma equipe estão presentes, também, os interesses e os objetivos individuais. Esses objetivos, individuais ou do grupo, no entanto, podem se modificar, para que a equipe desenvolva tarefas comuns, direcionadas por objetivos comuns. Para isso, as pessoas precisam conversar, dialogar, expor seus pontos de vista, assim como escutar o que os outros têm a dizer.

E qual a tarefa invisível colocada para a equipe?

A tarefa considerada invisível tem a ver com os afetos e os vínculos que se estabelecem entre os membros da equipe. Cada pessoa, ao integrar uma equipe, traz consigo suas experiências pessoais e de trabalhos já realizados individualmente ou em outras equipes. Cada um tem seu jeito próprio de fazer as coisas e no trabalho em equipe somos levados a encontrar outras pessoas para que possamos trabalhar.

De certa maneira, o trabalho em equipe permite a cada um dos seus membros um “reencontro” da imagem que faz de si com a imagem que faz do outro.

Para que o trabalho em equipe aconteça de fato é necessário um esforço contínuo de cada um de seus membros, no sentido de atualizar ou reconstruir essa imagem que tem de si e do outro, já que há uma tendência de “cris-talização” e isso impede ou dificulta os relacionamentos dentro da equipe.

Mantendo o trabalho em equipe

A manutenção do trabalho em equipe se dá pela clareza dos objetivos da proposta de trabalho (tarefa visível) e também pela relação afetiva entre seus membros (tarefa invisível). As condições para que haja na equipe um espaço de fala e escuta, respeito mútuo e confiança são: disponibilidade interna, cooperação e aceitação das diferenças, confiança na capacidade de transformação pessoal, escuta e acolhimento. Vejamos o que cada uma delas significa:

- **Disponibilidade interna:** é a força e disposição para contribuir na construção de algo comum;
- **Cooperação e aceitação das diferenças:** a diferença é um elemento que enriquece a equipe, pois torna claro que cada um tem “saberes”, “dizeres” e “fazer” diferentes e que é preciso ultrapassar preconceitos para a execução da tarefa. O oposto de cooperação é a competição;
- **Confiança na capacidade de transformação pessoal:** é fundamental acreditar que os indivíduos são capazes de mudar e que isso é fruto do amadurecimento pessoal e das oportunidades de desenvolvimento das suas potencialidades e da disposição para enfrentar as dificuldades.
- **Escuta e acolhimento:** através da fala, as diferenças se tornam explícitas, podendo, assim, serem entendidas e acolhidas.

Anotações

[illegible]

Atividade 7

A Comunicação em Saúde

A comunicação está profundamente inserida na atuação da Vigilância em Saúde. A ação do ACE é um trabalho comunicativo e de educação. Na verdade, é impossível falar em educação sem levar em conta a comunicação e vice-versa. Cabe perguntar:

- Qual tipo de comunicação o ACE está exercendo?
- Qual tipo de comunicação o ACE deve exercer em seu trabalho?

De acordo com o dicionário, comunicar significa o ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, quer através da linguagem falada ou escrita, por meio de outros sinais, signos ou símbolos ou através de aparelhamento técnico especializado, sonoro e visual (Dicionário Eletrônico Aurélio – Século XXI).

Podemos então dizer que **comunicar é**

- A capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, de conversar, com vistas ao bom entendimento entre as pessoas;
- Convivência, trato, convívio.

E quais são as formas de comunicação?

Existem várias formas de comunicação:

- **Comunicação interpessoal:** é direta, estabelecida entre duas ou mais pessoas. Pode ser feita pelas pessoas frente a frente ou por carta, telefone, e-mail ou bate papo virtual;
- **Comunicação de massa:** é dirigida a uma faixa grande de público e efetuada pelos meios de comunicação de massa como jornais, revistas, TV, rádio, etc.;
- **Comunicação não verbal:** é baseada em signos independentes de linguagem falada, como as imagens, a música, etc.

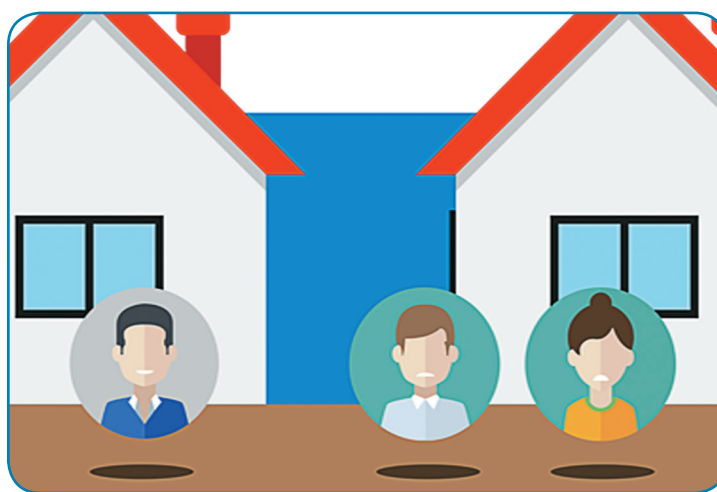
A palavra comunicar vem do latim e quer dizer tornar comum, partilhar, repartir, associar. A comunicação permite que experiências, sensações, ideias ou pensamentos possam ser compartilhados com os outros.

Assim, se comunicar é compartilhar, dialogar, tornar comum uma experiência ou conhecimento. Podemos entender o trabalho do ACE como uma ação comunicativa, na qual a interação em sociedade tem grande importância.

Nas suas ações, o ACE está sempre comunicando algo, mesmo que não seja intencionalmente. Suas práticas na comunidade estão de alguma forma passando uma mensagem. Pesquisas realizadas sobre o trabalho dos antigos guardas sanitários mostraram que suas ações influenciaram na forma como as comunidades rurais entendiam as doenças.

As comunidades aprendiam ou confirmavam seus conhecimentos ao observarem o trabalho dos guardas sanitários. Por exemplo, quando os guardas pediam ao morador uma amostra de fezes para exame, a população entendia que devia haver mesmo alguma evidência de doença nas fezes, caso contrário, o governo não iria gastar gasolina nos carros para ir e vir com aquele material nos potes.

Quando os guardas faziam buscas de moluscos transmissores da esquistossomose nas águas dos córregos, os moradores da região percebiam que aqueles animais, aparentemente “lesmas inofensivas”, deveriam realmente oferecer perigo, pois os guardas não estariam caçando lesmas à toa.



Esses exemplos tornam evidente que a comunicação não se faz só através da palavra. E mesmo quando usamos a palavra para nos comunicar existem diferentes entonações de voz, pausas, alterações de volume que também dão um sentido para quem ouve.

Temos que lembrar que nossa presença e o nosso corpo também falam enquanto falamos. Chamamos a isso de comunicação não verbal. Erguer a sobrancelha, sorrir, apertar as mãos, mexer no cabelo, fechar os olhos, movimentar a cabeça, além da própria postura e posição do corpo frente ao outro... tudo isso também diz muita coisa, tem um significado, o qual aprendemos intuitivamente a reconhecer.

Além disso, a comunicação é uma via de mão dupla, ou seja, todos os envolvidos numa situação de interlocução emitem signos. Enquanto ouve, uma pessoa mostra suas reações: sorri, franze a testa, se mexe, muda sua postura corporal... todos entendem esses sinais. A comunicação é um jogo dinâmico, simultâneo e rico, mesmo que se trate de uma conversa entre duas pessoas.

Pode-se imaginar, então, como é complexa a relação de comunicação entre o profissional de saúde e a comunidade onde ele trabalha. Sua abordagem, sua vestimenta, o veículo que o trouxe, seus contatos locais, suas atividades anteriores na comunidade trazem inúmeras informações que interferem naquilo que ele intencionalmente pretende comunicar. Isso é o que chamamos de contexto da comunicação.

Chama-se contexto de comunicação as situações externas e internas em que se dá a comunicação.

Por exemplo, se o ACE convoca uma reunião para uma palestra sobre determinado problema de saúde e as pessoas da comunidade não comparecem, ele pode descobrir que elas não foram porque ele foi visto conversando com alguém de má reputação na comunidade. Embora isso não tenha nada a ver com os conteúdos da palestra, criou-se um contexto muito desfavorável para a palestra.

Não podemos esquecer que a população tem suas próprias referências, não só com relação aos conhecimentos e práticas propostas, mas também com relação aos profissionais de saúde e aos outros atores sociais da comunidade. Cada pessoa ou cada grupo têm internamente suas referências acerca das coisas, a partir do modo como as experimentou ou conheceu.

Não há um só saber nem uma só forma de se conhecer. Assim como o ACE possui um determinado conhecimento, a população que ele atende também tem os seus próprios saberes, seu modo de encontrar soluções e sua capacidade de resolver os problemas.

Finalmente, nunca é demais lembrar que em torno da ação comunicativa há relações de poder. Não é difícil imaginar exemplos que ilustrem o fato de que quem concentra a informação concentra o poder. São muitas as situações em que uma pessoa (ou um grupo) comanda em benefício próprio e segundo os seus interesses, usando o poder da informação, enquanto outro é comandado e passa a depender e reverenciar o saber do primeiro.

Técnicas para escutar ativamente

O escutar ativamente permite às pessoas saberem que estão sendo escutadas e entendidas. Quando elas sentem que estão sendo ouvidas, expressam-se de forma mais completa. Ademais, a pessoa que escuta ativamente obtém informações úteis sobre a pessoa que está falando. Para escutar ativamente é necessário: focalizar, aceitar, refletir e estimular.

Focalizar

Olhe diretamente para a pessoa que fala. O rosto, os olhos, postura e gestos são instrumentos de comunicação muito importantes. Desviar os olhos perturba a pessoa que está falando.

Aceitar

Aceite os sentimentos expressados pela outra pessoa, ainda que não esteja de acordo com eles. Não julgue, não critique, não discuta e não pergunte por quê. Não faça comentários, a não ser para ajudar a pessoa que está falando a clarificar seus sentimentos.

Procure colocar-se no lugar da pessoa que está falando, a fim de compreender melhor o que ela está querendo dizer e por que o assunto é tão importante para ela.

Não discuta mentalmente. Discussões internas criam uma barreira entre você e a pessoa que fala, tornando a escuta impossível.

Não entre em competição com a outra pessoa. Primeiro ouça o que ela tem a dizer, pois a maioria das pessoas acha mais fácil falar do que ouvir.

Seja paciente. Não apresse nem interrompa a pessoa que está falando, dê à ela tempo para que possa dizer o que pensa.



Não suponha que as outras pessoas usem as palavras da mesma forma que você. Às vezes as palavras significam coisas diferentes para diferentes pessoas.

Não suponha que a pessoa está mentindo, tentando envergonhá-lo ou que está enfurecida só porque fala com muito entusiasmo.

Verbalize para a pessoa que está falando sua aceitação sobre o assunto, dizendo por exemplo: “eu te entendo” ou “posso imaginar como você se sente”.

Refletir

Repita com suas próprias palavras a ideia central do assunto que está sendo falado. A pessoa que está falando perceberá que foi compreendida e que você entendeu que a situação é séria.

Aja como um espelho que reflete para a pessoa que está falando os sentimentos expressados por ela, utilizando frases como: “Eu percebo que esta situação o deixou irritado” ou “Você quer dizer que é como se fosse...”.

Devolva as perguntas feitas. Isso ajuda a organizar o pensamento sobre o assunto e a entender melhor a necessidade que gerou a pergunta. Por exemplo: “Como, então, podemos fazer para...?” ou “Na sua opinião, o que você acha...?”.

Estimular

Verbalize seu interesse no que está sendo falado, prestando atenção ao que a pessoa está dizendo. Comente com ela. Utilize expressões como: “Que interessante!”, “Continue”.

Faça perguntas que animem a outra pessoa a dar detalhes sobre a situação. Elas podem ser iniciadas por “Me fale sobre...” ou “Eu queria entender melhor...”.

Pergunte o que não entendeu, mostre o quanto necessita de mais explicação, ou simplesmente demonstre que está escutando.

Para finalizar, vamos refletir mais um pouco sobre escutar ativamente a partir do texto a seguir:

Escute!

Quando eu peço a você que me escute

E você começa a me dar conselhos, você não fez o que eu pedi.

Quando eu peço a você que me escute

E você começa a me dizer por que eu não devia me sentir assim,

Você está desrespeitando meus sentimentos.

Quando eu peço a você que me escute

E você sente que tem alguma coisa para resolver meu problema

Você não está me escutando, por mais estranho que isso pareça.

Escute! A única coisa que lhe pedi é que me escutasse,

Não que falasse ou fizesse alguma coisa

Simplesmente me ouça.

Tudo isso eu posso fazer por mim mesmo.

Eu não sou uma pessoa desamparada.

Eu posso estar um pouco desanimado.

Quando você faz alguma coisa para mim

Que eu posso e preciso fazer por mim mesmo,

Você está contribuindo para os meus receios e imperfeições.

Mas quando você aceita o que eu sinto,

Não importando o quão irracional meus sentimentos sejam,

Então eu posso parar de tentar convencer você e começar a tentar entender

O que na verdade está por trás desse sentimento.

E quando este sentimento se torna claro,

As respostas são óbvias e eu não preciso de conselhos.

Sentimentos irracionais fazem sentido quando nós compreendemos o que

está por trás deles.

Por isso, por favor, escute e simplesmente me ouça.

E, se você quiser falar, espere um pouco por sua vez — e eu lhe escutarei.

O'DONNELL, R. La escucha. En: PANGRAZZI, A. [Ed]. **El mosaico de la misericordia: la relación de ayuda en la pastoral sanitaria.** [S.l.]: Sal Terrae/ Santander, 1989. p. 31-43.

Anotações

[illegible]

Atividade 8

Visita domiciliar

Olá! Hoje vamos conversar sobre visita domiciliar e sobre o contexto histórico no qual se enquadra o ACE.

Assim como os agentes comunitários de saúde (ACS), os agentes de combate às endemias (ACE) trabalham em contato direto com a população e esse é um dos fatores mais importantes para garantir o sucesso do trabalho. Tanto o ACS como o ACE são atores importantes para a obtenção de resultados positivos.

O ACE é um profissional fundamental para o controle de endemias e deve trabalhar de forma integrada às equipes de atenção básica na Estratégia Saúde da Família, participando das reuniões e trabalhando sempre em parceria com o ACS. Como estão em contato permanente com a comunidade onde trabalham, os agentes conhecem os principais problemas da região e pode envolver a população na busca da solução dessas questões.

São vários os instrumentos que podem ser utilizados para coletar as informações e cada um deles tem um objetivo. A soma de todos eles ajuda a fazer o diagnóstico. São eles:

- Visita domiciliar/entrevista;
- Cadastramento dos domicílios;
- Mapa da comunidade;
- Reuniões comunitárias.

A visita domiciliar é uma das atividades mais importantes do agente, devendo ser feita sempre porque faz parte da sua rotina de trabalho. É através dela que é possível:

- Identificar as pessoas que estão bem de saúde e as que não estão;
- Mobilizar as pessoas em relação à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;
- Identificar casos suspeitos dos agravos e doenças à saúde;
- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;
- Realizar identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;
- Mobilizar as pessoas para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
- Ensinar às pessoas medidas simples de prevenção e orientá-las.

Mas, para que uma visita domiciliar seja bem feita, ela precisa ser planejada.

Planejar é ver os detalhes da visita antes de fazê-la, buscando aproveitar melhor o tempo de acordo com o disponibilizado pelas pessoas visitadas.

Assim, antes de se direcionar à casa das pessoas, é preciso atentar a alguns pontos:

- Quando for a primeira visita à família, antes de qualquer coisa, é importante que o ACE se apresente: diga seu nome, qual o seu trabalho, o motivo da visita e perguntar se pode ser recebido naquele momento.
- É importante esclarecer às pessoas o motivo da visita, e qual a utilidade e importância desse encontro.
- É recomendável escolher um bom horário e definir o tempo de duração da visita. Isso não quer dizer que você não possa mudar o horário ou ficar mais um tempo, se necessário. Na hora da visita, é preciso ter sensibilidade para saber se as pessoas querem ou não conversar mais um pouco.
- Só se deve pedir informações que têm sentido. É necessário explicar o porquê das perguntas e para que elas vão servir.

Depois de fazer a visita, verifique se os objetivos foram alcançados, analisando o que deu certo ou não para corrigir as possíveis falhas. Isso é importante para planejar as próximas visitas.

Abordagem familiar: do contexto histórico ao papel do ACE

Durante muito tempo no Brasil, as políticas sociais aconteciam de forma fragmentada e partida, dirigidas para o atendimento individualizado das pessoas, sem considerar seu contexto familiar e comunitário.

As ações de controle de endemias foram centralizadas pela esfera federal, que, desde os anos 1970, era responsável pelos chamados “agentes de saúde pública”. Mas, seguindo um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1999 as ações de vigilância passaram a ser descentralizadas e hoje o município é o principal responsável por elas.

Apenas em 2006 foi publicada a Lei 11.350, que descreve e regulamenta o trabalho do ACE. O texto diz que o esse agente tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS.

Na organização da atenção, o agente comunitário de saúde e o agente de controle de endemias desempenham papéis fundamentais, pois se constituem como elos entre a comunidade e os serviços de saúde. Assim como os demais membros da equipe, tais agentes devem ter corresponsabilização com a saúde da população de sua área de abrangência. Por isso, devem desenvolver ações de promoção, prevenção e controle dos agravos, seja nos domicílios ou nos demais espaços da comunidade. Embora realizem ações comuns, há um núcleo de atividades que é específico a cada um deles.

Tudo isso deve sempre levar à reflexão que atuar junto à família significa penetrar num espaço onde o indivíduo pode ser visto, integralmente, no seu contexto. Portanto, pensar uma política de assistência à saúde nesse espaço requer uma ampla visão e conhecimento dessa complexa organização.

Quando uma família permite que o ACE entre em sua casa, ela está permitindo não somente o entrar no espaço físico, mas sim, em tudo o que esse espaço representa.

Talvez, a mais importante das habilidades consista no ser sensível, ou seja, ser capaz de compreender o momento certo e a maneira adequada de aproximar-se e estabelecer uma relação de confiança. A partir disso é construído o vínculo necessário ao desenvolvimento das ações educativas, preventivas e de recuperação da saúde.



A família vem se modificando e se reestruturando nos últimos tempos. Hoje, cada família tem uma dinâmica de vida própria e é inadequado enquadrá-la num modelo único ou ideal.

O agente, na sua função de orientar, monitorar, esclarecer e ouvir, passa a exercer, também, o papel de educador. Assim, é fundamental que ele compreenda as implicações que isso representa.

Anotações

[illegible]

Atividade 9

Técnica de Entrevista

A entrevista é uma técnica em que se recorre à comunidade para obter conhecimentos, informações e dados.

Para realizar uma entrevista, você precisa, antes de tudo, definir claramente seu objetivo e seu conteúdo, além de elaborar um roteiro para orientar-se durante o processo. Definir o tempo necessário para fazer a entrevista também é fundamental.

Vamos lá?

- 1)** Comece explicando ao entrevistado de maneira simples os objetivos e conteúdo da entrevista. Se necessário, converse um pouco sobre assuntos pessoais, como: trabalho, onde mora, quantos filhos tem etc.
- 2)** Atenda primeiro as necessidades sentidas pelo entrevistado e demonstre interesse e atenção estimulando-o a responder as perguntas.
- 3)** Lembre-se sempre de ouvi-lo com atenção e esgotar cada assunto antes de passar para o seguinte.
- 4)** Use formas de perguntas que permitam o aprofundamento das respostas, ou seja, utilize sempre que possível “o que”, “quem”, “quando”, “onde” e “por quê”.
- 5)** Tenha cuidado para não desviar do assunto. Faça com que o entrevistado se sinta à vontade, como se estivesse numa conversa comum e não em um interrogatório.
- 6)** Após a entrevista, faça uma análise com as seguintes perguntas:
 - Os objetivos propostos foram alcançados?
 - O entrevistado sentiu-se à vontade?
 - As perguntas foram formuladas de forma clara e com palavras simples?

Esse questionamento é importante para verificar se ainda resta alguma dúvida e para que você possa prosseguir com o seu trabalho.

Vantagens

A vantagem da entrevista é que ela facilita a visualização dos problemas e encontro das soluções, já que permite a obtenção de informações, bem como a apresentação de soluções para os problemas que aparecerem.

Ela também possibilita o relacionamento e a confiança entre agente e morador, algo fundamental no trabalho do ACE.



Anotações

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Atividade 10

Conhecendo a comunidade através dos mapas

Olá! Hoje vamos falar sobre territorialização.

Todos nós vivemos em um espaço geográfico e desenvolvemos nossas vidas em lugares que são também chamados de territórios. Apesar dos muitos conceitos, o território é uma área delimitada onde a vida acontece submetida a certas inter-relações, regras ou normas.

Geralmente se admite que o território representa um limite de poder, ou de responsabilidade do governo ou de um setor. Trata-se, nesse caso, de divisões político-administrativas. Dessa forma, o território maior contém vários territórios menores e, portanto, existe uma hierarquia de territórios. Por exemplo, o território nacional é a extensão total da República Federativa do Brasil; os territórios estaduais (26 estados e um Distrito Federal) são áreas em que a República é fragmentada para facilitar a governabilidade, e os municípios (mais de 5.500) são fragmentações dos estados que são subdivididos com a mesma finalidade.



Em alguns casos podem-se criar territórios com objetivos específicos para integrar áreas semelhantes em uma ou várias características.

Por exemplo, no Brasil, existem cinco regiões: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Cada uma delas agrega vários estados. Mas existe outra maneira de se criar territórios, como no caso do território que compreende a Amazônia Legal. Nesse caso, foram integradas áreas relativamente homogêneas em seus aspectos naturais e socioeconômicos e que, além de conterem áreas totais de vários estados, compreendem partes de outros, como Maranhão e o Mato Grosso.



O território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público ou privado e, sobretudo, populacional. Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder. O setor saúde também tem suas divisões territoriais nos estados e municípios. Em geral obedecem a critérios de equilíbrio das populações a serem atendidas pelo Sistema de Saúde e ao acesso da população aos serviços de saúde.

Então, território é um espaço ou lugar, construído no dia a dia. São muito variáveis e dinâmicos, e sua característica mais importante é ser uma área de atuação com responsabilidade.

O fato de cada território ter uma população não quer dizer que ela esteja uniformemente distribuída no território. Nas áreas urbanas, o povoamento é mais denso e, nas rurais, mais disperso e rarefeito. Isso pode ser percebido por meio de indicadores, como a densidade demográfica, mas também através da observação dos modos de vida. As pessoas nessas áreas vivem e trabalham de formas bastante diferentes.

Em geral, a localização de populações em um território não é uma escolha das pessoas. Participam desse processo a história da ocupação do território, o poder aquisitivo, educacional e cultural de uma determinada população. E ainda podemos citar na ocupação do território a força política e econômica. Dessa forma, em uma cidade, a urbanização será mais ou menos intensa dependendo das circunstâncias de vida das pessoas, como o nível econômico e a sua inserção nos processos produtivos.

Podem também existir características comuns a uma grande maioria das pessoas que vivem em um estado ou em uma região, e que também condicionam as condições de vida e saúde. Por exemplo, na Região Norte se consome muito peixe, e na Região Sul se bebe mais vinho. Essas são especificidades das dietas regionais.

Sem dúvida, conhecer a área de abrangência e o modo de ser e viver da comunidade de um determinado território é muito importante para o trabalho do ACE.

Território, condições de vida e situação de saúde

No conceito ampliado de saúde que estudamos anteriormente, ficou claro que a saúde é muito mais do que não ter uma doença.

A saúde e a doença sofrem influências de várias origens tais como a genética, o ambiente, o comportamento e o sistema de serviços de saúde. Todos atuam numa mesma teia. Conforme o problema de saúde, um fator pode ser mais decisivo que outro.

Por exemplo, nas doenças diretamente associadas a malformações congênitas, o peso da biologia é maior. Nas doenças sexualmente transmissíveis, os estilos de vida são mais importantes. Nas intoxicações por agrotóxicos os fatores ambientais são predominantes. Mas todos os fatores atuam sobre todos os problemas de saúde de forma integrada.

Em geral, considera-se que o ambiente e os modos de vida têm um maior peso na produção social dos problemas de saúde.

Os seres humanos transformam os lugares onde vivem de forma permanente, e o desenvolvimento científico e tecnológico amplia a intensidade destas transformações. De modo geral, considera-se que nas áreas rurais as transformações são menores, e nelas os homens estão mais próximos e com mais contato com o ambiente natural. Ao contrário, nas áreas urbanas, a relação com o ambiente natural é quase inexistente, e as densidades da população são mais elevadas.

Nesse ambiente construído, além das habitações, ruas, supermercados etc., estão expressas as mudanças qualitativas e quantitativas dos componentes naturais. Dentre os processos mais conhecidos que deterioram os componentes ambientais e a saúde da população, estão a contaminação e a poluição.

As pessoas também vivem em um ambiente social e se relacionam através de redes entre indivíduos e grupos sociais.

Essas redes definem padrões culturais, produtivos e de consumo.

Além disso, elas moldam os sentimentos, valores, reações e hábitos associados às diferentes situações. Por isso se fala em um ambiente psicossocial.

O modo de vida é condicionado pela renda familiar proveniente de qualquer fonte (salário ou não), que, por sua vez, influencia os padrões de consumo, de bens e serviços. O relacionamento entre pessoas e lugares se constrói no cotidiano.

Estes ambientes mudam de forma permanente no espaço e no tempo, assim como muda também a percepção das pessoas sobre eles. Este é um aspecto muito importante para a saúde. Por vezes a percepção sobre a deterioração do meio ambiente ocorre de diferentes formas e intensidades para cada indivíduo. São exemplos disso a exposição a processos que produzem agravos à saúde, como os vetores transmissores de doenças como a dengue, o ruído no ambiente de trabalho ou nas ruas, ou o ar que respiramos nas grandes cidades.

Dimensões das condições de vida

É no dia a dia que as pessoas se expõem a situações que beneficiam ou prejudicam sua saúde, pois construímos socialmente nosso bem-estar e nossa saúde. No território, as pessoas estudam, produzem, consomem e estão expostas a situações que prejudicam a saúde. Em geral, essa não é uma escolha dos indivíduos nem das famílias, já que em alguns momentos a exposição pode ser acidental. É apenas o resultado da falta de opções para evitar ou eliminar as situações de vulnerabilidade e muitas vezes também ocorre por puro desconhecimento.

Os lugares com condições de vida desfavoráveis são em geral marcados pelos seguintes fatores:

- saneamento precário;
- contaminação das águas, do ar, dos solos ou dos alimentos;
- conflitos no relacionamento interpessoal;
- falta de recursos econômicos.

No geral, são lugares com enormes limitações para o consumo de bens e serviços, incluindo os mais elementares, como beber água de qualidade e alimentar-se três vezes ao dia.

Assim, as condições de vida de grupos sociais nos territórios definem um conjunto de problemas, necessidades e insatisfações que variam no tempo. Essas condições podem melhorar ou piorar, dependendo da efetiva participação de instituições e organizações formais, informais e da própria população.

O território na vigilância em saúde

Na saúde coletiva, o território tem várias conotações. Por um lado, o Sistema de Saúde se organiza sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que deve ser coerente com os níveis de atenção primário, secundário e terciário.

Por outro lado, na organização das práticas de vigilância em saúde, é fundamental o reconhecimento do território, ou seja, identificar e interpretar a organização de vida das populações que nele habitam as condições de vida da população, e as diferentes situações ambientais que os afetam.

Portanto, para se fazer vigilância em saúde, é preciso entender como funcionam e se articulam num território as condições econômicas, sociais e culturais; como se dá a vida das populações; quais os atores sociais e a sua íntima relação com os seus espaços e seus lugares.

É importante ressaltar que, dentro da concepção do território na saúde, está a articulação do setor com outras estruturas político-administrativas. Elas oferecem serviços como educação, transporte, distribuição de água, coleta de esgotos, de lixo e de oferta de emprego.

O território e o trabalho do ACE

O território é a base do trabalho do ACE, é a sua área de atuação. Os limites desse território são fixados pelo funcionamento e estrutura do SUS municipal.

O trabalho do ACE começa a partir da delimitação da sua área de atuação, o seu território. É nele que se desenvolvem os processos que produzem os problemas e necessidades de saúde da população residente. É essencial conhecer a atuação das diversas instituições governamentais e não-governamentais que atuam na área para ganhar capacidade de análise sobre as diferentes informações coletadas, conhecer os papéis dessas entidades na gestão da saúde e procurar as articulações indispensáveis na busca de alternativas para a solução dos problemas da comunidade.

Para melhor conhecer o seu território, o ACE deve subdividi-lo em áreas que mostrem as diferentes situações de grupos populacionais, e assim identificar as diferenças socioeconômicas da população residente. Lembre que existe uma forte relação entre as condições de vida e o processo de adoecimento e morte nas populações.

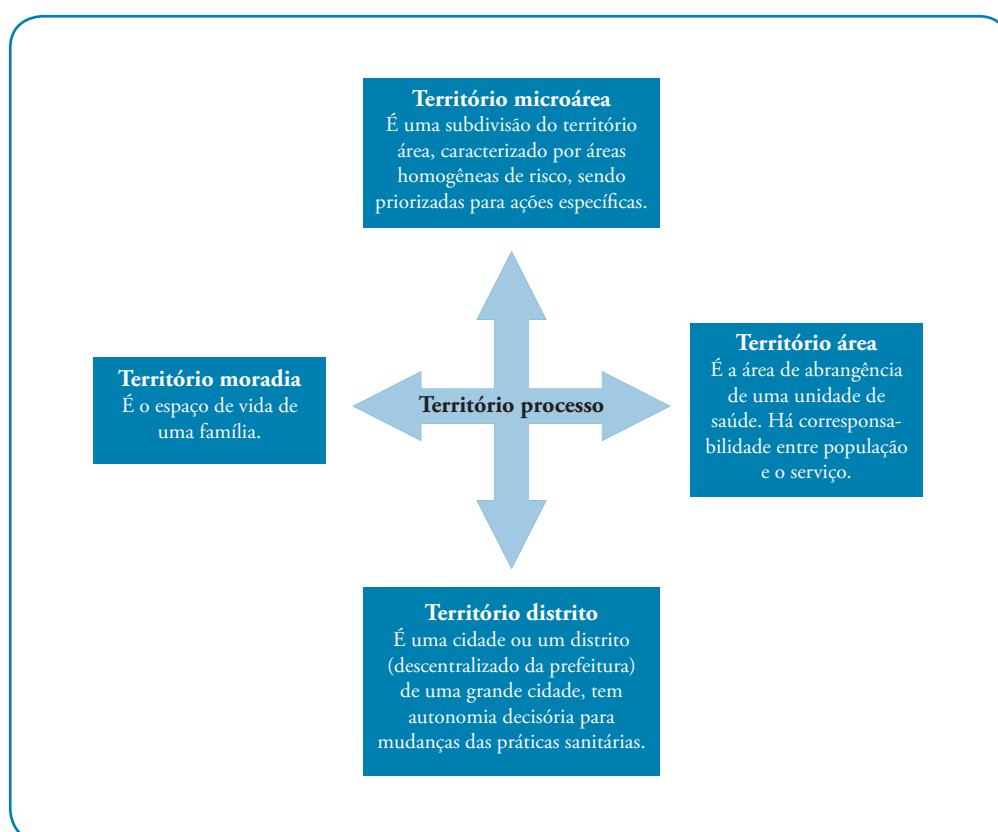
Anotações

Atividade 11

Conhecendo áreas de risco

O território é um espaço em permanente construção, produto da dinâmica de movimentos sociais, nunca acabados, em constante construção e reconstrução.

O território processo, como você pode ver na figura a seguir, ultrapassa as características geográficas e físicas. Ele é, na verdade, um espaço de vida pulsante, de alegrias, conflitos, política, cultura, ganho econômico e características epidemiológicas. É representado na sua dinâmica por uma configuração que interage com os problemas que se distribuem em um espaço conforme as condições de vida dos diferentes grupos populacionais. Veja:



Assim, com base na figura, no território processo temos:

Território distrito sanitário

Tem um caráter político-administrativo e compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com necessidades e recursos definidos. Pode ser um distrito de um município ou o próprio município.

Território área de abrangência

Corresponde à área de responsabilidade de uma unidade de saúde. Baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo de população.

É importante destacar que o conceito de território área de abrangência envolve, ainda, a noção de corresponsabilidade da população e da unidade de saúde sobre as ações de promoção da saúde dentro desse território. Assim, a participação das lideranças locais no processo de definição da área de abrangência e no levantamento dos principais problemas de saúde da área definida torna-se imprescindível para o sucesso das ações de saúde.

Território área de influência

É resultado da lógica assistencial da demanda espontânea, na qual a população procura atenção de seus problemas de saúde considerando os fatores de acessibilidade. Por exemplo, aquelas pessoas que mesmo morando próximas a uma UBS podem procurar assistência em outra devido à equipe de saúde, ao atendimento prestado ou ao horário de atendimento.

Território microárea de risco

Define-se como a extensão territorial onde é possível afirmar que a população tem condições de vida homogênea de risco. Através da caracterização desse perfil é que serão definidas ações de saúde específicas.

Território domicílio ou território moradia

É o espaço de vida de uma família. O seu detalhamento possibilita a adscrição de clientela, além de favorecer o estabelecimento de ações de controle de saúde específicas.

Problema de saúde

É toda situação encontrada no território estudado que, sob o ponto de vista do ator social (equipe, população, governo), não deveria estar acontecendo.

O território e a Unidade Básica de Saúde – UBS

A UBS tem como objetivo atender uma determinada área de abrangência populacional, ou seja, um território.

Na perspectiva de um novo modelo assistencial que contemple além do atendimento à demanda também a vigilância à saúde, o território deve ser entendido como um espaço de permanente construção, produto de uma dinâmica social.

A antiga área de abrangência ganha outros significados, que complementam, além da simples delimitação geográfica, a interação desta com os problemas econômicos, políticos, culturais e sanitários da região.

É necessário que a apropriação do território seja realizada por parte da equipe local, com a participação da população. E deve ser feita de forma contínua e não enquanto um fato pontual. Isto pode ser feito inicialmente através de oficinas de trabalho para desencadear o processo de territorialização e, posteriormente, através de diversas estratégias. Dentre elas, a visita domiciliar, para manter a atualização dos dados e como espaço importante para se conhecer melhor a comunidade, além da prestação de cuidados e orientações de saúde.

O território como instrumento para o planejamento local

A criação de distritos sanitários na saúde enquanto uma estratégia de organização do SUS prevê a apropriação do território como elemento essencial para o planejamento e a gestão dos serviços de saúde ofertados à população. É a construção de um modelo assistencial voltado para a realidade social.

No processo de territorialização, as informações da área a ser estudada representam a parte estratégica do processo. Frequentemente, os sistemas de informação produzem apenas dados descritivos e os computadores são utilizados só como instrumentos de entrada dos dados, não havendo uso desse imenso acervo. Os sistemas de informação em saúde, em geral, são constituídos por grandes bancos de dados de nível central, que têm como características:

- grande agregação de informações, mas que são pouco compartilhadas com as unidades básicas de saúde;
- levantamentos centrados na coleta de dados médicos ou de doenças;
- inexistência de participação da comunidade na coleta de dados.

O compartilhamento dos dados com as unidades básicas é condição indispensável para mostrar as desigualdades das condições de vida de uma população, permitindo um planejamento local mais adequado à realidade da área a ser estudada. Permite detectar as necessidades e problemas da população e agrupar fatias da população com características semelhantes em microáreas, facilitando o processo de planejamento local.

Utilização de fontes secundárias: no primeiro momento de uma coleta de informações é imprescindível a busca e análise dos dados já disponíveis. Se não existirem, é preciso que seja realizado um censo, que pode ser feito por meio de cadastramento. Algo semelhante ao utilizado para identificação das famílias dentro do PSF.

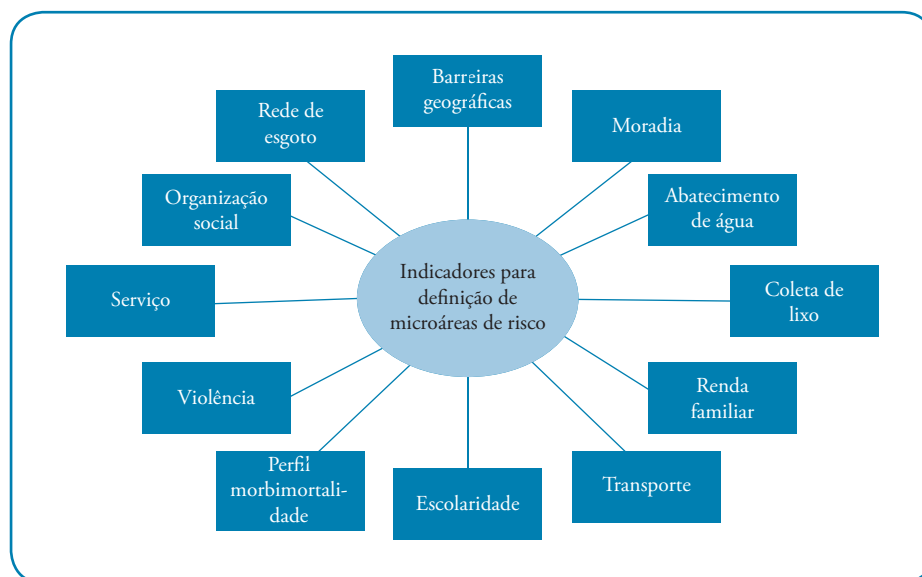
A utilização de dados já disponíveis facilita e orienta o trabalho de campo, além de evitar gastos e esforços na busca de informações duplicadas. Elas podem ser encontradas no IBGE, nas Secretarias Estaduais e Municipais, nas companhias de abastecimento de água e esgoto, limpeza urbana, energia elétrica, nos conselhos de saúde e nas demais instituições da comunidade.

Utilização de fontes primárias: a pesquisa das fontes primárias utiliza-se de um roteiro básico para direcionar o diálogo e o registro das informações. Deve-se buscar informações qualitativas, que não se refiram às características individuais dos entrevistados ou de sua família, mas às características da área onde moram.

É muito importante a escolha dos informantes-chaves, que devem ser moradores que conheçam as características da área que está sendo estudada. Em linhas gerais, o roteiro deve contemplar informações relativas às características do solo, meio ambiente, infraestrutura, dotações orçamentárias e aspectos socioeconômicos.

A regra geral a ser seguida no levantamento dos dados primários é a de identificar diferenças significativas nas condições de vida das populações. A coleta de informações deve ser adequada para cada área. Por exemplo, se o nível de renda é baixo, é oportuno discriminar a renda familiar em número de salários mínimos.

Reconhecimento do território: para o reconhecimento do território é importante fazer um passeio ambiental pela área de abrangência a ser pesquisada. A observação deve salientar aspectos físicos como topografia, condições e



densidade das habitações, sistema de drenagem, eventual presença de esgoto a céu aberto, acúmulo de lixo, córregos e outros aspectos visíveis que indiquem diferenças nas condições de vida entre os residentes na área.

Mapa inteligente: todas as informações obtidas das fontes secundárias, primárias e do passeio ambiental devem ser analisadas e referenciadas num mapa da área de abrangência, registrando possíveis limites, barreiras geográficas e a divisão em microáreas com características de vida semelhantes. Os mapas devem ser “mapas vivos”, para colher as diferenças sociais e localizar geográfica e socialmente as desigualdades do território.

Essa percepção de trabalhar de acordo com os problemas no território traz a intencionalidade de influenciar as práticas sanitárias. O objetivo é a mudança para um modelo assistencial que responda às necessidades e aos problemas de saúde da população daquele território e não apenas à demanda espontânea.

Resgatando o conceito de território processo enquanto espaço de vida pulsante, em permanente movimento, o conhecimento do território é um trabalho que nunca cessa e que deve fazer parte da rotina de uma UBS. As estratégias para conhecer melhor o seu território vão sendo criadas e esta é uma tarefa que não deve ser propriedade de um, mas de todos os profissionais da UBS. O grande desafio é transformar as informações obtidas em instrumentos de trabalho para a construção de um modelo assistencial que atenda as necessidades de saúde da comunidade e que permita o seu espaço de participação.

Observe, a seguir, dois quadros com informações necessárias para conhecer o território: no primeiro, deseja-se traçar um perfil das condições socioeconômicas do local; no segundo, das condições de saúde.

Quadro 1: Perfil das condições socioeconômicas

Objetivo	Informações necessárias	Fontes (como fazer)	Finalidade
Levantar número de habitantes	População por sexo e faixa etária Se possível por bairro	Dados secundários: IBGE, pesquisas anteriores Dados primários: censo local	Análise demográfica
Identificar condições de moradia	Características da construção; posse da moradia; abastecimento de água; destino dos dejetos, coleta de lixo, energia elétrica, pavimentação	Dados secundários: Secretarias do município, companhia de abastecimento de água, esgoto e luz. Dados primários: informantes chaves e passeio ambiental	Análise das condições de moradia
Identificar condições ambientais	Fontes de poluição ambiental: •rios ou lagos contaminados •depósitos de lixo •indústrias •terrenos baldios	Dados secundários: Sec. Meio Ambiente. Dados primários: informantes chaves e passeio ambiental	Levantamento das áreas com risco ambiental
Identificar condições de trabalho, lazer e educação	Número de desempregados, renda, ocupação, geração de emprego na área, recursos disponíveis para lazer, taxa de analfabetismo, oferta de escolas e creches	Dados secundários: Sec. Meio Ambiente, Inst. Ambiental do Paraná Dados primários: informantes chaves e passeio ambiental	Análise das condições sócioeconômicas da população
Identificar condições de transporte	Linhas de ônibus, horários, outros meios de transporte	Dados secundários: secretarias do município Dados primários: informantes chaves e passeio e passeio ambiental	Análise das condições transporte disponíveis

Quadro 2: Perfil das condições de saúde

Objetivo	Informações necessárias	Fontes (como fazer)	Finalidade
Levantar o perfil de morbi mortalidade da área de abrangência da UBS	Número de óbitos, segundo causa básica e faixa etária; frequência de doenças de notificação obrigatória e outras; problemas de saúde do ponto de vista das lideranças; estado nutricional da população; grupos de risco.	Dados secundários: secretarias de saúde, SIM, SINASC, SISVAN, SINAM Dados primários: informantes chaves	Análise da situação de saúde do indivíduo, família e comunidade
Identificar a infraestrutura de RH da UBS para o atendimento da população	Recursos humanos existentes por turno, categoria, carga horária, vínculo empregatício	Dados secundários: secretarias da saúde Dados primários: Entrevistas na UBS	Análise de recursos da UBS e sua adequação ao atendimento das necessidades; planejamento e programação da oferta de serviços da UBS
Identificar serviços de saúde oferecidos pela UBS	•Número de consultas médicas em cada clínica •Outros atendimentos da equipe •Programas oferecidos e cobertura •Atendimento odontológico	Dados secundários: secretarias da saúde e UBS Dados primários: Entrevistas na UBS	Análise de recursos da UBS e sua adequação ao atendimento das necessidades; planejamento e programação da oferta de serviços da UBS
Identificar as formas de organização social da comunidade	Associação de moradores, conselho local de saúde, recursos sociais, lideranças comunitárias	Dados secundários: prefeitura local Dados primários: Entrevistas com informantes chaves	Análise do potencial de recursos existentes para a efetivação da mudança de propostas

Anotações

[illegible]

Atividade 12

ACE como agente de promoção e prevenção

Olá! Hoje vamos falar sobre o ACE como agente de promoção de saúde e prevenção de doenças. O trabalho do ACE faz parte do processo coletivo de trabalho da equipe de saúde local. Cabe a estes profissionais o processo de identificação, descrição, análise e intervenção sobre os problemas, necessidades e condições de vida dos diversos grupos populacionais.

Como o ACE pode contribuir para a redução de riscos à saúde das pessoas?

A participação do ACE no trabalho da equipe de saúde local se dá em três momentos do processo de trabalho:

- 1)** Identificação e análise dos problemas e necessidades de saúde;
- 2)** Definição e execução de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e agravos, especialmente nas ações de vigilância ambiental;
- 3)** Avaliação das ações executadas.

Para realizar um bom trabalho, o ACE precisa:

- Conhecer o território;
- Ser ativo e ter iniciativa;
- Observar as pessoas e os ambientes;
- Agir com respeito e ética perante a comunidade e demais profissionais.

As ações de promoção da saúde envolvem desde ações de educação em saúde, dirigidas a grupos específicos da população como crianças, jovens, mulheres, trabalhadores, idosos, até ações mais amplas de comunicação social, dirigidas à população em geral.

As ações educativas podem ser realizadas em vários espaços, como as casas das pessoas, estabelecimentos comerciais e industriais, escolas, associações, creches e outros estabelecimentos da cidade.

As ações de comunicação social envolvem a difusão de informações que possibilitem a sensibilização e a mobilização das pessoas em torno dos problemas de saúde de âmbito individual e coletivo. Estas ações podem ser realizadas através dos meios de comunicação, como jornais, rádio e televisão. Como exemplo, pode-se citar as campanhas de prevenção da dengue. Você com certeza já viu alguma na TV, não é verdade?



O ACE pode ainda incentivar a formação de grupos na comunidade para o desenvolvimento de ações de preservação do ambiente físico, da vegetação e da fauna das diversas regiões visando à manutenção do equilíbrio ecológico.

As ações de prevenção da doença têm como foco de intervenção as ações de vigilância ambiental, vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador que se relacionam com o controle de determinantes, riscos e danos à saúde da população.

As ações da vigilância ambiental tomam como ponto de partida o entendimento do ambiente físico e social como espaço de produção da saúde-doença no plano individual e coletivo. Estas ações têm privilegiado o controle da água de consumo humano, o controle dos resíduos e o controle de vetores de transmissão de doenças.

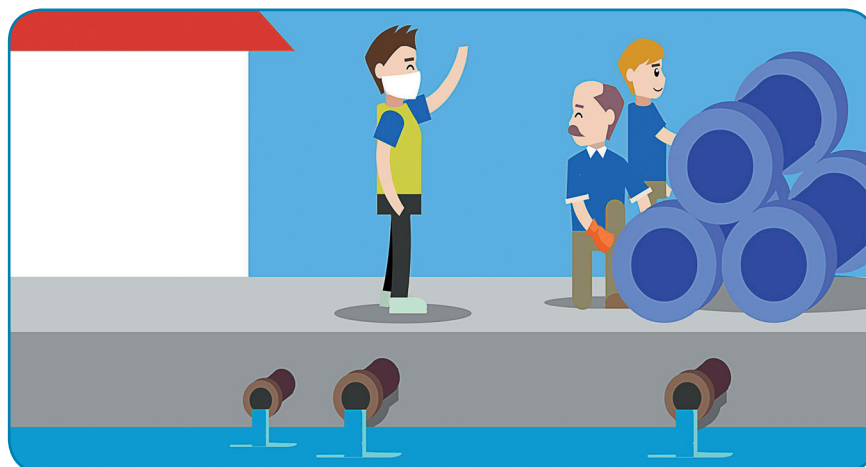
Com relação ao controle da água, cabe ao ACE acompanhar o monitoramento da qualidade da água servida. O objetivo é identificar eventuais situações de risco para a ocorrência de doenças de veiculação hídrica como diarreias, cólera, esquistossomose, por exemplo. Pode desenvolver atividades diretamente junto à comunidade, orientando acerca dos riscos associados ao consumo da água não tratada ou contaminada, e informando sobre alternativas de melhoria da qualidade da água de consumo doméstico.

Com relação ao controle de resíduos, compete ao ACE a orientação quanto ao acondicionamento e destino final do lixo e outros resíduos. Esta orientação pode ser dirigida à própria população, principalmente nas áreas rurais, onde existem deficiências na coleta e destinação final dos resíduos, bem como às instituições de limpeza pública.

Dessa forma, o agente pode estimular a comunidade a incorporar novos comportamentos com relação aos resíduos produzidos, informando acerca dos riscos ambientais e das diversas alternativas de controle.

O ACE tem um papel fundamental na identificação da presença e no controle de vetores, como insetos e roedores, que transmitem doenças na sua área de atuação.

Considerando a situação epidemiológica local, cabe ao ACE identificar se sua área é “área de risco” atual ou potencial para endemias ou epidemias, a exemplo da dengue, doença de Chagas, etc. Também faz parte de suas ações a coleta do material necessário para as análises entomológicas de identificação e classificação dos vetores. Deve ainda participar das ações de controle e tratamento de focos e das ações de vigilância, tanto nos locais onde o vetor foi encontrado e eliminado, quanto onde não houve ocorrência de casos ou presença de vetores.



É importante o ACE participar também das ações de vigilância da saúde das populações expostas aos riscos e danos causados pelo contato continuado com inseticidas ou agrotóxicos, seja por causa do controle de vetores, seja pelo uso de produtos químicos na agricultura. Estas populações podem incluir tanto os trabalhadores rurais quanto os moradores de áreas vizinhas. Compete ao ACE reconhecer a existência de algum tipo de contaminação ambiental, como de metais pesados, fumaças e vapores, em áreas próximas a zonas industriais.

O agente participa também das ações de controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, juntamente com a equipe de saúde local. Ele deve estar atento à situação dos serviços de interesse da saúde, dentre eles as escolas, os hospitais, os clubes, as academias, os parques, os cemitérios, bem como aos processos produtivos que podem pôr em risco o trabalhador e o meio ambiente.

No seu trabalho o ACE deve estar atento a quatro verbos importantes e que orientam a maioria das suas ações:

- Identificar – é uma ação que implica numa constante atenção. É preciso que o ACE seja treinado a perceber as situações que ofereçam riscos ou danos à saúde da população, tanto no meio ambiente quanto nos estabelecimentos e serviços da comunidade.
- Informar – como atua no território, o ACE é um elemento muito importante para a coleta de dados da situação de saúde da comunidade, informando e auxiliando no diagnóstico de saúde de sua área de referência.
- Executar – o ACE é um profissional importante na realização de ações de manejo ambiental para o controle de vetores e zoonoses e de controle das demais situações de risco sanitário, ocupacional, ambiental e de calamidade pública.
- Orientar – esta é a ação educativa do ACE. É a ação de examinar cuidadosamente os diferentes aspectos de uma situação de risco ou agravamento, discutindo com a comunidade as medidas necessárias para a solução do problema.

Além dos quatro verbos que constituem a base do trabalho do ACE, inúmeros verbos fazem parte do seu dia a dia: ouvir, conversar, observar, estimular, convencer, mobilizar, recusar, ajudar, notificar, convocar, convidar, encaminhar e tantos outros... Afinal, a vida se constrói com ações e para vivê-la é preciso que as ações aconteçam.

Anotações

[illegible]

Atividade 13

Concluindo...

Aqui termina o nosso Curso Autoinstrucional para Agentes De Combate Às Endemias. Agora é a sua vez de colocar em prática tudo o que discutimos e fazer o melhor pela sua comunidade. Esperamos que este curso contribua para sua qualificação profissional e que auxilie no seu dia a dia como agente de combate às endemias e como cidadão.

Nos vemos em uma próxima oportunidade. Até lá!



Anotações

[illegible]

