

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

**QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL:
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Unidade 3

**A Ação do Agente Comunitário de Saúde no Diagnóstico
e Planejamento das Ações de Saúde**

GUIA DO ALUNO

Belo Horizonte, 2015

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Unidade Sede
Av. Augusto de Lima, 2.061 – Barro Preto / Belo Horizonte/
MG
CEP: 30190-002
Unidade Geraldo Campos Valadão
Rua Uberaba, 780 – Barro Preto / Belo Horizonte/MG
CEP: 30180-080
home page: www.esp.mg.gov.br

Coordenadora Técnica do Curso

Sheilla Coutinho Ferreira

Equipe de Elaboração do Material

Adriana Alves de Andrade M. Franco
Danielle Costa Silveira

Revisão Técnico-Pedagógica

Érica Menezes dos Reis

Juracy Xavier de Oliveira

Roberta Moriya Vaz

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Rod. Prof. Américo Gianetti, s/nº - Ed. Minas
Bairro Serra Verde – Belo Horizonte / MG
home page: www.saude.mg.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
Departamento Gestão da Educação na Saúde

Coordenadoria Geral de Ações Técnicas em Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sala 725
Brasília/DF – CEP: 70058-900

Editor Responsável: Harrison Miranda

Diagramação: ASCOM ESP-MG

Impressão: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais
Reprint 2015

M663q Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Qualificação profissional: agente comunitário de saúde:
unidade 3: a ação do agente comunitário de saúde no diagnóstico e
planejamento das ações de saúde: guia do aluno / Escola de Saúde Pública do
Estado de Minas Gerais. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2012.

89 p.

ISBN: 978-85-62047-28-2

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

NLM WA 18

SUMÁRIO

Competência.....	09
Habilidades.....	09
Conhecimentos.....	09
Programação.....	10

Atividades de Concentração

1º Dia

Atividade I – Acolhimento.....	13
Atividade II – Apresentação das Atividades Desenvolvidas na Dispersão/Prática Supervisionada.....	13
Atividade III – Conceituando Território.....	14
Atividade IV – Território em Movimento.....	16
Atividade V – Conceituando Mapa.....	19

2º Dia

Atividade VI – Mapeando Micro Área do ACS.....	21
Atividade VII – Diagnóstico.....	24
Atividade VIII – Diagnóstico de Saúde.....	24
Atividade IX – Estudo de Caso.....	28
Atividade X – Diagnóstico da Área de Abrangência.....	29

3º Dia

Atividade XI – É necessário Planejar.....	33
Atividade XII – Planejamento em Saúde.....	34
Atividade XIII – Oficina de Saúde.....	37
Atividade XIV – Refletindo sobre o Conceito de Problema.....	39
Atividade XV – Identificando Problema.....	39
Atividade XVI – Priorizando Problema.....	41
Atividade XVII – Plano de Ação(1ª parte).....	46

4º Dia

Atividade XVIII – Plano de Ação(2ª parte).....	49
Atividade XIX – Procedimentos na Visita Domiciliar.....	55
Atividade XX – Ética na Visita Domiciliar.....	56
Atividade XXI – Sem Cadastro não vai.....	59

5º Dia

Atividade XXII – O Significado das Informações do SIAB.....	67
Atividade XXIII – Declaração de Nascidos Vivos.....	70
Atividade XXIV – Cenas Familiares.....	72
Atividade XXV – A Família como Pequena Sociedade.....	74
Atividade XXVI – Orientações para o Desenvolvimento da Dispersão/Prática Supervisionada.....	75
Atividade XXVII – Encerramento da Unidade 3 - Concentração.....	75

Atividade de Dispersão/Prática Supervisionada

Atividade I – Mapa da Área de Abrangência da Equipe de Saúde da Família.....	77
Atividade II – Diagnóstico da Área de Abrangência.....	77
Atividade III – Passos necessários para construir um Plano de Ação em Saúde.....	77
Atividade IV – Planejando o dia a dia do ACS.....	78
Atividade V – Elaboração do Consolidado/Síntese.....	80

Anexos

Anexo I – Algumas Siglas importantes.....	81
Anexo II – Alguns Termos e Definições importantes.....	83

UNIDADE 3

**AÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO NO DIAGNÓSTICO
E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

MATRIZ CURRICULAR

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

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

Competência

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

Habilidades

- Conceituar territorialização;
- Relacionar territorialização ao PSF;
- Identificar os fatores que facilitam e as barreiras encontradas no processo de territorialização;
- Reconhecer o território como espaço sócio-afetivo das pessoas;
- Compreender o território como espaço de promoção da saúde para atuação da Equipe de Saúde da Família;
- Identificar o mapeamento como importante estratégia de conhecimento da realidade;
- Compreender várias formas de diagnóstico;
- Conceituar diagnóstico em saúde;
- Relacionar as informações necessárias que compõem o diagnóstico de saúde em sua área de abrangência;
- Conceituar planejamento;
- Identificar ações de planejamento presentes no processo de trabalho;
- Estimular a população para participar do planejamento, do acompanhamento e da avaliação das ações locais de saúde;
- Participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto à equipe de saúde e comunidade;
- Reconhecer a importância do SIAB para elaboração de políticas públicas e planejamento das ações de saúde;
- Participar do levantamento e da análise de dados para a elaboração do diagnóstico de saúde da área adscrita, tendo por referência as fichas do SIAB, relatórios e outros levantamentos epidemiológicos;
- Informar à comunidade os resultados das informações obtidas para o diagnóstico de saúde e dos levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde;
- Compreender a importância do cadastramento das famílias da área de atuação da ESF.

Conhecimentos

- Conceitos de territorialização, micro-área e área de abrangência; cadastramento familiar e territorial;
- Diagnóstico em saúde da comunidade e medidas de intervenção;
- Mapeamento da comunidade;
- Planejamento e programação em saúde;
- Técnicas de levantamento das condições de vida e de saúde/ doença da população;
- Indicadores socioeconômicos, culturais e epidemiológicos: conceitos, aplicação;
- Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): conceito, finalidades, fluxo, preenchimento dos formulários e análise dos dados;
- Fichas de Acompanhamento;
- Visita domiciliar: conceito e estratégias;
- Cadastramento das famílias.

PROGRAMAÇÃO

PRIMEIRO DIA		
TEMPO ESTIMADO	ATIVIDADE	METODOLOGIA
1 hora	Atividade I – Acolhimento	Exposição dialogada
1 hora	Atividade II – Apresentação das atividades desenvolvidas na Dispersão/Práticas Supervisionada	Apresentação em plenária
Intervalo		
1 hora e 40 minutos	Atividade II – Apresentação das atividades desenvolvidas na Dispersão/Práticas Supervisionada (Continuação)	Apresentação em plenária
Almoço		
40 minutos	Atividade III - Conceituando Território	Atividade em grupo
1 hora e 20 minutos	Atividade IV - Território em Movimento	Discussão dialogada/ Atividade em grupo
Intervalo		
1 hora e 10 min.	Atividade V - Conceituando Mapa	Atividade em grupo
SEGUNDO DIA		em plenária
2 horas	Atividade VI - Mapeando a micro área do ACS	Atividade em grupo
Intervalo		
40 minutos	Atividade VII - Diagnóstico	Roda de conversa
1 hora	Atividade VIII - Diagnóstico em Saúde	Atividade em grupo
Almoço		
50 minutos	Atividade IX – Estudo de Caso	Atividade em grupo
2 horas e 20 minutos	Atividade X –Diagnóstico da Área de Abrangência	Atividade em grupo
Intervalo		
1 hora	Atividade X - Diagnóstico da Área de Abrangência (Continuação)	Atividade em grupo
TERCEIRO DIA		
1 hora	Atividade XI – É necessário Planejar	Atividade em grupo
2 horas e 20 minutos	Atividade XII – Planejamento em Saúde	Exposição Dialogada
Intervalo		
1 hora	Atividade XIII - Oficina de Saúde	Atividade em grupo
40 minutos	Atividade XIV - Diagnóstico em Saúde	Atividade em grupo

Almoço		
30 minutos	Atividade XV – Identificando Problema	Exposição Dialogada
1 hora e 30 minutos	Atividade XVI - Priorizando Problema	Atividade em grupo
Intervalo		
1 hora e 10	Atividade XVII - Plano de Ação (1ª parte)	Exposição Dialogada/ Atividade em grupo
QUARTO DIA		
2 horas	Atividade XVIII– Plano de Ação (2ª parte)	Atividade em grupo
Intervalo		
1 hora e 30 minutos	Atividade XIX – Procedimentos na visita domiciliar	Exposição Dialogada
	Almoço	
2 horas	Atividade XX – Ética na Visita Domiciliar	Dramatização/ Exposição Dialogada
20 minutos	Intervalo	
1 hora e 10 minutos	Atividade XXI – Sem Cadastro não vai	Exposição Dialogada
QUINTO DIA		
2 horas	Atividade XXII – Construindo a árvore da Promoção da Saúde	Atividade em grupo
20 minutos	Intervalo	
1 hora e 40 minutos	Atividade XXIII – Promoção da Saúde na ESF	Exposição dialogada
1 hora e 30 minutos	Almoço	
2 horas	Atividade XXIII – O significado das Informações do SIAB Atividade em grupo	Atividade em grupo
1 hora e 30 minutos	Almoço	
1 hora e 30 minutos	Atividade XXIV – Cenas Familiares	Dramatização
Intervalo		
1 hora	Atividade XXV -Família como Pequena Sociedade	Atividade em grupo
25 minutos	Atividade XXVI - Orientações para o desenvolvimento da Dispersão/Prática Supervisionada	Estudo dirigido
15 minutos	Atividade XXVII - Encerramento da Concentração Unidade 3	Dinâmica

1º DIA



ATIVIDADE I

ACOLHIMENTO

.....
Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Acolher os participantes;
- Verificar os aprendizados dos alunos nas Unidades 1 e 2;
- Apresentar as competências, habilidades e conhecimentos que serão estudados nesta Unidade.

Material

- Papel A4;
- Slides (a preparar).

Desenvolvimento

- Participe da Atividade proposta pelo Docente;
- Escreva em papel A4 3 temas que foram estudados nas Unidades 1 e 2 que tenham sido mais significativos para você e justifique;
- Apresente em plenária, de forma resumida os temas escolhidos e as justificativas;
- Conheça as competências, habilidades e os temas que serão abordados nesta Unidade de estudo;
- Bons estudos!



ATIVIDADE II

APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PERÍODO DE DISPERSÃO DA UNIDADE 2

.....
Tempo estimado: 2 horas e 40 minutos

Objetivo

- Apresentar as Atividades do período de Dispersão/Prática Supervisionada da Unidade 2.

Material

- Consolidado das Atividades desenvolvidas no período de Dispersão/Prática Supervisionada da Unidade 2.

Desenvolvimento

- Apresentar em plenária, o Consolidado produzido no período de Dispersão/Prática Supervisionada da Unidade 2;
- Participe da sistematização da Atividade proposta pelo Docente.



ATIVIDADE III

CONCEITUANDO TERRITÓRIO

.....
Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Reconhecer as barreiras (geográficas, funcionais, econômicas, sociais e culturais) na comunidade.

Material

- Texto de Apoio: “Território: Espaço Social de Construção de Identidade e de Políticas”.

Desenvolvimento

- Forme grupos e siga as orientações do Docente;
- Construa um conceito de território, a partir dos seus conhecimentos prévios e apresente em plenária;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Território: Espaço Social de Construção de Identidade e de Políticas”;
- A partir da leitura do Texto discuta, junto com seus colegas e Docente as seguintes questões:
 1. O que você identifica, dentro de sua área de trabalho, como componentes do território?
 2. Quais passos para realização do processo de territorialização?
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

TERRITÓRIO: ESPAÇO SOCIAL DE CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE E DE POLÍTICAS

.....

A intenção de focar a relação da saúde com a totalidade da vida – com o contexto geral – encontra amparo no capítulo sobre Saúde, da Constituição Federal Brasileira de 1988, que a define no sentido positivo. Aproximando-a das proposições relativas à qualidade de vida, a saúde deve ser observada a partir da interlocução com outras áreas, buscando a integralidade da ação social. As políticas de saúde que vêm sendo delineadas, desde então, têm reafirmado o pressuposto da descentralização e a importância do **espaço local ou território**, considerado como cenário de integração de diversos sujeitos sociais para o desenvolvimento da saúde e de constituição e construção da cidadania. Em outros termos, o espaço deve se constituir o lugar da Promoção da Saúde, por meio da promoção da solidariedade, onde vários sujeitos sociais profissionais da saúde e de outros setores, movimentos populares, organizações não governamentais, conselhos, dentre outros, e o Estado atuam coletivamente com a intenção de promover a melhoria das condições de vida e saúde.

Se a referência for a Estratégia de Saúde da Família, cabe nesse momento, uma indagação: qual é o significado da discussão sobre espaço social território na implantação de equipes de Saúde da Família?

Numa primeira aproximação pode-se afirmar que o processo de apropriação do território pela equipe da Estratégia de Saúde da Família, permite conhecer as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem e amam a depender do segmento social em que se situam.

Esse conhecer implica assumir o compromisso de responsabilizar-se pelos indivíduos e pelos espaços onde esses indivíduos se relacionam. A adesão da clientela à unidade de saúde não é uma mera regionalização formal do atendimento, mas um processo necessário para definir relações de compromisso. Quer se enfatizar, que este é um pré-requisito fundamental, imprescindível para se elaborar estratégias de ação cuja relevância social possa alterar tais condições.

É preciso que se considere, no entanto, que existem diferentes leituras acerca do espaço território, que acabam por determinar as formas e o sentido das intervenções. Segundo o significado mais usual, local é limitado a uma região e, território à área de um país, estado, província ou cidade. No entanto, a maioria das pessoas usa indistintamente as palavras: local, região, área e território atribuindo-lhes o mesmo significado quando se trata da delimitação de um espaço geográfico.

Na Geografia há no mínimo duas correntes de pensamento que apreendem de forma distinta a questão do espaço.

A primeira o apreende de forma naturalizada, como um espaço físico que está dado, onde o ambiente em que se vive é alguma coisa externa à vida da sociedade. Para os defensores de tal concepção são os critérios geográficos e/ou geopolíticos que delimitam os espaços – estes, dados pelos interesses do Estado, onde o social é mais uma variável – que vão definir o território, área, região ou localidade. Esta concepção, ao ser adotada pelo setor saúde, por exemplo, na delimitação de área de responsabilidade de uma equipe de Saúde da Família, definiria apenas um local onde se opera a base do sistema, isto é, o número de família a ser considerado, a localização dos equipamentos de saúde e outros, o número de equipes por área de abrangência, distribuição da população por faixa etária, dentre outras variáveis. Tal abordagem limita-se a uma descrição estática do espaço onde deve atuar a equipe de Saúde da Família.

Essa concepção de apropriação de espaço naturalizado, previamente estabelecido, presta-se, ou melhor, é eficaz, quando se adota a concepção de saúde apoiada no modelo biomédico que a considera como ausência de doença e, esta definida como alteração fiso-patológica. Portanto, também naturalizada, biologizada e, ao tratar o social o faz reduzindo-o a um conjunto de características individuais, os chamados “fatores sociais”, não assumindo o dinamismo da construção do espaço como processo social.

Há uma outra leitura, ou releitura do espaço. Nesta, a apreensão do espaço delimitado em território, área, região, ou localidade é uma construção decorrente do processo histórico, resultante da ação de homens concretos, encontrando-se em permanente transformação. É também um espaço histórico, uma vez que revela as ações passadas e presentes. Sendo território uma construção, é produto da dinâmica onde tensionam-se as forças sociais em jogo. Uma vez que essas tensões e conflitos sociais são permanentes, o território nunca está pronto, mas sim em constante transformação. Ao mesmo tempo em que território é um resultado, é também condição para que relações sociais se concretizem. E, sendo construída no processo histórico é historicamente determinado, ou seja, pertence a uma dada sociedade, de um dado local, que articula as forças sociais de uma determinada maneira.

Como resultado deve-se entender o modo como ao longo do tempo foi se organizando a vida local definindo, por exemplo, o tipo de equipamentos sociais e onde eles estão situados; as características das habitações e o modo como elas se dispõem e abrigam as pessoas; a circulação dos meios de transporte; a utilização dos espaços e equipamentos como praças, clubes sociais, escola, igrejas, delegacias, entre outros.

A partir dessas considerações, fica evidente a necessidade da equipe de Saúde da Família conhecer a história dos indivíduos, do seu território de responsabilidade e como esse território se insere na dinâmica da cidade. Qual a história da unidade de saúde, das pessoas que frequentam aquele serviço de saúde e a partir daí entender as representações da comunidade sobre a unidade. O modo como os indivíduos na comunidade veem a unidade determina a especificidade das relações que se estabelecem entre a comunidade e os serviços de saúde. Por outro lado, os profissionais da equipe de Saúde da Família têm suas próprias representações sobre a clientela as quais definem os tipos de ações de saúde a serem desenvolvidas e o como elas devem ser realizadas.

É preciso destacar que essa concepção, a superfície solo e as características geofísicas são apenas uma das dimensões do território e que as características geo humanas não são consideradas como variáveis isoladas, fragmentadas, mas com a complexidade de um espaço construído pelas forças sociais. Assim, ao adotar esta concepção na estratégia de Saúde da Família, sabe-se que o território estará em permanente processo de reconstrução, de redefinição e de transformação. Cabe, portanto, às equipes de Saúde da Família um constante processo de conhecimento e desvelamento da realidade – território vivo – onde atuam no sentido já dito de transformação.

Uma outra noção relevante é a de que o território contém inúmeros lugares; e lugar é um conceito-chave da Geografia. Nessa porção do espaço é onde se desenvolve a trama das relações sociais de cada indivíduo, e que produz a identificação com o lugar. O significado de cada lugar é dado pelo seu uso: lugar de produzir ou lugar de consumir; lugar de adoecer e lugar de curar; lugar de amar e lugar de lutar.

Nessa visão, esses espaços locais são concebidos como algo concreto, síntese de múltiplas determinações, campos privilegiados de ação, que podem permitir a implementação de iniciativas inovadoras, com a inclusão de diversos sujeitos locais no estabelecimento de políticas. A Estratégia de Saúde da Família ao ser pensada nessa lógica possibilita a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e no controle das condições que podem interferir na sua saúde e da coletividade onde vivem e trabalham. É necessário que os sujeitos se apoderem do território, o que implica um processo de identificação com os diferentes lugares e as particularidades históricas e políticas desses lugares, possibilitando assim uma participação mais efetiva. É, portanto, o espaço de aprendizado e conquista de cidadania.

Pode-se nesse momento reforçar o entendimento do conceito de território trazendo a ideia de que o território constitui-se como “ator” e não apenas como um “palco”. Isto significa entendê-lo no seu papel ativo, ou seja, como um espaço que

dinamiza as relações, que integra culturalmente e que se converte em um lugar de respostas possíveis aos propósitos sociais, econômicos, políticos e culturais de nossa época.

Apropriar-se do território nessa perspectiva e utilizá-lo efetivamente implica implementar projetos que tenham por princípio a “inovação democrática” que responde à participação dos cidadãos, à cooperação social, à integração das políticas públicas. Este aspecto merece atenção, especialmente porque a inclusão de amplos setores da sociedade civil na formulação, implementação e controle das políticas, têm consequências muito importantes para o desenvolvimento de projetos sociais. No Brasil, este processo é muito recente e tem relação com o processo de democratização. Historicamente, os atores sociais advindos de grupos comunitários e associações sempre estiveram à margem da definição de políticas públicas, sob forte gerência de um Estado burocrático, com tradição política paternalista e clientelista. Esse processo exige, contudo, reconhecer a existência de campos de negociação e conflitos na prática cotidiana.

Reforçando as concepções descritas pode-se dizer que esse espaço representa muito mais que uma superfície geográfica, ou seja, para compreender o território deve-se levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é, o trabalho e a política. Dessa forma, defronta-se com o território vivo, vivendo em permanente construção.

REFERÊNCIA

MENDES, R.; Donato, A. F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. IN:SANARE. Revista de Políticas Públicas. Jan. mar. 2003. Sobral. Ano IV nº 1. Disponível em: <<http://www.esf.org.br>>. Acesso em: maio, 2012.

	<h2 style="text-align: center;">ATIVIDADE IV</h2> <h3 style="text-align: center;">TERRITÓRIO EM MOVIMENTO</h3> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <p style="text-align: center;">Tempo estimado: 1 hora</p>
--	--

Objetivos

- Refletir sobre as formas de divisão territorial em saúde;
- Identificar as várias formas de divisão territorial em saúde (Distrito Sanitário, Regional de Saúde, Área de Abrangência, entre outros).

Material

- Pincel para quadro branco e papel A4;
- Texto de Apoio: “Territorialização em Saúde: um Cenário em Movimento” - Olga Maria de Alencar.

Desenvolvimento

- Participe da exposição dialogada promovida pelo Docente;
- Faça a leitura do texto: “Territorialização em saúde: Um Cenário em Movimento”;
- Forme grupos, preferencialmente por Equipe de Saúde da Família;
- Em grupos, discuta e responda as questões, a seguir:
 1. Quais as formas de divisão territorial em saúde no seu município? De que forma o seu município realizou a divisão territorial?
 2. Quais são as barreiras (geográfica, funcional, cultural e econômica) encontradas no seu município?
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente e esclareça as suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: UM CENÁRIO EM MOMENTO

.....

Olga Maria de Alencar

O Programa Saúde da Família constitui-se como uma estratégia de inversão do modelo assistencial, trazendo consigo a necessidade de transformação e superação das práticas de saúde vigentes no país. Diante disso e entendendo que a lógica dos serviços não é apenas a cura e reabilitação do indivíduo, mas a vigilância à saúde, em que o enfoque é o cidadão com seu pensar e modo de encarar a vida, colocamos em discussão a pergunta: como fazer vigilância?

O primeiro e grande desafio é entender que para que se processe esta tão falada vigilância à saúde emerge a necessidade de conhecer o local. Aqui chamaremos este espaço de território, onde as práticas do processo de vigilância acontecem. Isso nos remete aos princípios do SUS, que traz, como um de seus pressupostos, a regionalização e descentralização da saúde. Para assegurar os princípios do SUS, discutiremos, então, o processo de territorialização em saúde, que visa conhecer a realidade local, ou seja, o território onde o PSF atua, e como se processam as práticas de saúde. Cabe, aqui, antes, uma abordagem dos modelos de divisão territorial em saúde para que possamos compreender o processo de territorialização.

- **Distrito sanitário:** corresponde a uma área delimitada geograficamente para facilitar a administração municipal. Consiste em um processo de mudanças das práticas sanitárias, orientado pela epidemiologia e sob a gestão de uma autoridade local.
- **Regional de saúde:** corresponde a uma área delimitada geograficamente, organizada em torno dos serviços de saúde existentes.
- **Área de abrangência:** corresponde à área de responsabilidade de uma unidade de saúde, baseada na lógica da vigilância em saúde. Apóia em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população. Essa nomenclatura é a que mais se adequa à filosofia do PSF.
- **Microárea:** é um segmento da divisão geográfica da área de abrangência, composto de domicílios, sob a responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde.
- **Domicílio:** é o detalhamento da base territorial da microárea. É a adscrição mínima da área de abrangência.

O que é territorialização?

A palavra territorialização está ligada a território, área geográfica, como exemplo, a área de abrangência de sua equipe de saúde da família (TOMAZ et al, 1998). No entanto, não podemos nos deter em um conceito, assim, tão estático.

Segundo Mendes (1995), territorialização representa muito mais que uma superfície geográfica tendo um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que se caracteriza e se expressa em permanente construção. Afirma, assim, que o processo de apropriação do território, ou seja, a territorialização, não se deve constituir num processo baseado em procedimentos rígidos.

O PSF tem, como um de seus eixos norteadores, a criação de vínculos e laços de compromissos e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A Portaria Ministerial 1886/97, para garantir o eixo norteador acima citado, estabelece como princípio organizativo do PSF, a territorialização em saúde.

Então, territorialização em saúde é um processo de apropriação do espaço-local por parte da equipe de saúde da família. Configura-se na delimitação do território estabelecida pelos atores sociais que nele habitam respeitando sua história, seus valores e suas crenças. Consiste num processo dinâmico em permanente construção.

Ou, ainda, é o reconhecimento de uma área delimitada geograficamente, com seus limites definidos, os recursos sociais existentes, representados em um mapa, com uma população adscrita e em permanente construção, em que necessidades cobram ações.

A acessibilidade à saúde é a relação existente entre a população e os serviços de saúde. Alguns critérios deverão ser observados no processo de territorialização a fim de que não criem barreiras entre os serviços e a população.

As principais barreiras identificadas são:

Geográfica: refere-se à distância percorrida e os obstáculos físicos existentes entre o usuário e a unidade de saúde. Ex: distância maior que 3 km, rios e região montanhosa.

Funcional: serviços inoportunos e não permanentes, em horários inadequados às necessidades da população adscrita. Ex: funcionamento diurno em comunidade onde a maioria da população é diarista sem vínculo empregatício.

Cultural: não levar em consideração os hábitos, crenças e costumes da comunidade. Ex: Agendar atividades no dia do padroeiro de uma comunidade de sua área de abrangência.

Econômica: refere-se à limitação de acesso de alguns serviços que não são prestados pelo SUS. Ex: limitação da lista de medicamentos e exames de alto custo.

Vamos pensar juntos...

Dois fatores são determinantes no processo de territorialização em saúde: a efetiva participação de todos os atores sociais envolvidos no processo e a metodologia do planejamento participativo.

A seguir, apresentaremos algumas pistas a serem seguidas no processo de apropriação do território.

a) Mapa base: O mapa é um recurso fundamental, pois permite a visualização da área de abrangência de forma ampla e de fácil entendimento para a população. É o retrato em movimento, daí alguns autores chamam-no de mapa inteligente, isso, na verdade, significa dizer que ele é dinâmico. Esse tema será abordado de forma mais detalhada posteriormente.

b) Censo demográfico: É uma metodologia utilizada pelo IBGE para coletar dados referentes a população. É o ponto de partida para a divisão das áreas de atuação das equipes de PSF no processo de territorialização em saúde. Tendo como base a divisão é que se estabelece o número de equipes necessárias em cada município. Após a delimitação da área de abrangência, cada equipe irá realizar o seu censo demográfico através do cadastramento das famílias, utilizando como ferramenta a ficha A do SIAB.

c) Organização político-administrativa do município: Considera-se como fundamental o respeito à distribuição por conglomerado estabelecida pela população. Dessa forma, a organização em bairros, vilas, comunidades rurais devem ser respeitadas no processo de territorialização. Vale ressaltar que nem sempre isso pode ser feito, o que, na maioria das vezes, leva a conflitos entre população e serviços de saúde.

d) Movimentos sociais existentes: A população organiza-se para lutar por melhoria do espaço em que reside. Normalmente, ela está organizada na forma de associação de bairros, grupos específicos (como grupo de mãe, portadores de deficiência, etc.), entre outros. Diante desse contexto, torna-se fundamental a articulação entre comunidade e equipes de saúde da família para a construção coletiva da territorialização em saúde.

e) Área de influência: A conceituação de área de influência de um serviço de saúde baseia-se, ainda, na lógica assistencial da demanda espontânea (Mendes,1995).

Agora que já conhecemos o espaço-local onde a equipe de saúde atua, e entendendo que ele é parte integrante para o planejamento das ações de saúde, surgem outros questionamentos: que espaço é este? Que características ele tem? É possível trabalhar com o saúde da família apenas delimitando esse espaço?

Para conhecer esse espaço-local e dando prosseguimento ao processo de territorialização, estudaremos, agora, o mapa inteligente e o diagnóstico de saúde, ferramenta indispensável para apropriação do território.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.273-275.



ATIVIDADE V

CONCEITUANDO MAPA

Tempo estimado: 1 hora e 10 minutos

Objetivo

- Compreender e identificar a importância do mapa para o processo de territorialização em saúde.

Material

- Papel Kraft, pincel atômico.

Desenvolvimento

- Forme grupos;
- Atente-se para a escolha de relator para apresentação em plenária;
- A partir de seus conhecimentos prévios, responda as seguintes questões:
 1. O que é um mapa?
 2. O que é mapear?
 3. Qual a importância do mapeamento para o trabalho do ACS?
 4. Liste os recursos sociais e geográficos importantes para a vida comunitária;
- Participe da sistematização da Atividade proposta pelo Docente.

2º DIA



ATIVIDADE VI

MAPEANDO A MICRO ÁREA DO ACS

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivos

- Compreender a importância e o objetivo de mapear a comunidade;
- Construir ou atualizar o mapa de sua micro área de abrangência.

Material

- Papel Kraft, pincel atômico;
- Texto de Apoio: “Conhecendo a Comunidade através do Mapa Inteligente”.

Desenvolvimento

- Forme grupos, preferencialmente por Equipe de Saúde da Família;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Conhecendo a Comunidade através do Mapa Inteligente”;
- Em grupo, desenhe no papel kraft a sua área de atuação e apresente em plenária;
- Participe da exposição dialogada promovida pelo Docente, socializando suas idéias sobre os seguintes pontos:

1. Para representarmos o ambiente (físico e biota) da nossa área de atuação (território) quais os aspectos importantes que temos que destacar?
2. Quais são os aspectos que temos que destacar para representarmos o nosso território na perspectiva de lugar?
3. Qual a importância do lugar para o trabalho da Equipe de Saúde da Família para o sistema de saúde e para as políticas públicas do Município?



TEXTO DE APOIO

CONHECENDO A COMUNIDADE ATRAVÉS DO MAPA INTELIGENTE¹

A partir das atividades realizadas na unidade 2 você pode aumentar os seus conhecimentos sobre a sua micro área. Ao desenhar o mapa você representa, no papel, o que existe na micro área: ruas, casas, prefeitura, escolas, serviços de saúde, feira, comércio, igrejas, correio, posto policial, os rios, pontes, córregos, e outras coisas importantes. Você identifica, também, as residências das famílias e os principais problemas de saúde e situações referidas, como gestantes, crianças de 0 a 5 anos e outras.

Agora, você e toda a Equipe de Saúde da Família possuem um retrato de sua micro área vista de cima que, ao ser observado, mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do meio ambiente. Esse mapa em construção, além de representar o desenho de toda a área onde trabalha, possibilita a toda a Equipe de Saúde da Família participar também de sua elaboração e atualização, e o que é mais importante, planejar as suas ações em conjunto uma vez que o trabalho de um profissional depende da atuação do outro. Veja algumas dicas que você poderá utilizar para a construção do mapa. Esta sistematização possibilitará a você e sua Equipe fazer os ajustes necessários:

- Você não precisa ser um bom desenhista para fazer o mapa.

¹Texto adaptado do original – Conhecendo a Comunidade através do Mapa Inteligente BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, 2000. p. 76-80. Texto produzido para o material de formação inicial do Agente Comunitário de Saúde da ESP-MG, 2005.

- Não há necessidade de mostrar as casas como elas são. Quadrinhos, por exemplo, servem para indicar que naqueles pontos ficam as famílias que o ACS e a equipe visitam. Da mesma forma, você pôde representar um lixão, um charco, áreas em situações de risco para enchentes e desmoronamento, com símbolos bem fáceis de desenhar.

Você percebe que o mapa não é construído só por uma pessoa. Em todo o seu trabalho, você certamente conta com a ajuda dos seus colegas da Unidade de Saúde, principalmente da enfermeira (o) ou de outro profissional que exerce a função de docência.

Você pode também contar com pessoas, lideranças da comunidade para ajudá-lo na construção do mapa, isso será um ótimo motivo para se conhecerem mais. Durante a construção você mostra o mapa que está fazendo e ouve sugestões para corrigir, acrescentar, de modo que no final o mapa dê uma ideia de como é aquela comunidade.

No entanto, você deve estar atento aos aspectos éticos e jurídicos relacionados às informações obtidas. É importante enfatizar que, por mais bonito e lúdico que seja o mapa, não se pode expor as pessoas acometidas por doenças que representam estigma na sociedade, tais como tuberculose, hanseníase e AIDS. Os usuários tem direito ao mais absoluto sigilo de todas as informações que fornecem. Por isso, elas só devem ser compartilhadas entre os profissionais de saúde e, mesmo assim, com o intuito de contribuir para o tratamento. Sabe-se que no cotidiano do trabalho, infelizmente, os profissionais de saúde muitas vezes fazem comentários inoportunos, sobre aspectos relativos à saúde da pessoa atendida. Mudar essa situação é um dos desafios para toda a equipe do PSF. O ACS tem um papel importantíssimo nessa mudança por ser ele o profissional que mantém contato permanente com os familiares em suas residências. Ele deve solicitar a toda a equipe que tenha o mesmo respeito com as informações que ele coleta.

Observe algumas vantagens do mapa:

- Facilita o planejamento das ações da Equipe de Saúde da Família, pois as atualizações do mapa permitem avaliar a situação de saúde da micro área;
- Possibilita planejar o percurso das visitas de cada dia sem perder tempo;
- Mostra os caminhos mais fáceis para se chegar a um determinado local da microárea;
- Dá visibilidade, por meio de símbolos, às casas com famílias em situação de risco e que necessitam ser priorizadas pela equipe;
- Mostra toda a micro área, dando uma visão global do trabalho a ser executado por todos os profissionais de saúde;
- Mostra as barreiras geográficas que dificultam o caminho das pessoas até os serviços de saúde (rios, morros, mata cerrada, etc.).

Habilidades para a construção do mapa

Existe algumas regras essenciais para que o mapa tenha utilidade. Por isso, ao construí-lo você desenvolve importantes habilidades:

Limites - são pontos de referência que separam a sua área de outra área. Ex: rio, serra, uma rua, ponte e outros. No mapa estes limites são representados por linhas ou traços.

Pontos Cardeais – são elementos que dão a direção e orientam em relação ao que está no norte, sul, leste e oeste. No mapa o ACS deverá indicar onde está o norte, pois isto vai orientar a posição correta do seu mapa evitando, por exemplo, que ele seja desenhado de cabeça para baixo.

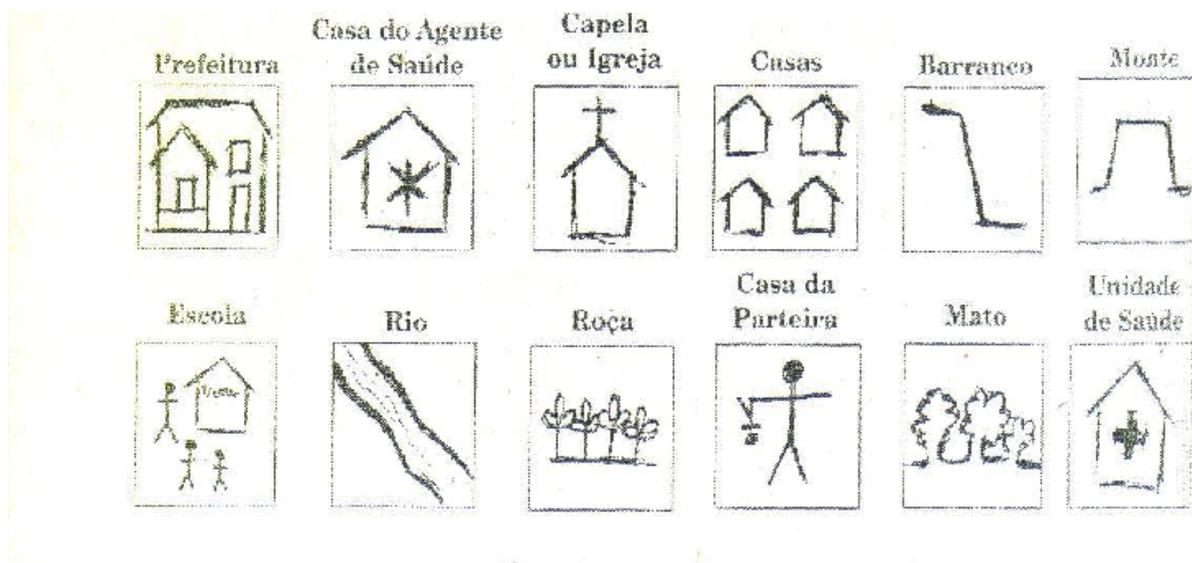
Noção de distância – é fundamental para reproduzir de forma reduzida, no mapa, o que existe na comunidade. Se o Centro de Saúde fica no final da rua, é ali que você coloca o símbolo que representa o Centro. Se a escola fica de um lado da rua e a padaria do outro, é assim que deve desenhar no seu mapa. Cada símbolo ocupa, no mapa, o lugar daquilo que ele representa.

Noção de direção – é importante representar os locais tendo por referência os pontos cardeais. O que fica ao Norte é desenhado ao Norte. O que fica a Oeste é desenhado a Oeste, e assim por diante. Para saber onde ficam os pontos cardeais, a maneira mais simples é verificar onde o sol nasce, ali fica o Leste. Você então aponta o seu braço direito para onde o Sol nasce e o braço esquerdo para onde ele se põe, Oeste. Nessa posição, de braços abertos, a pessoa está de frente para o Norte e de costas para o Sul.

Noção de conjunto dos problemas de saúde – é importante identificar, no mapa, os problemas de saúde da micro área. É como se você colocasse no papel aqueles inúmeros problemas das famílias que lhe vêm a mente o tempo todo, em busca de uma solução. Assim todos os principais problemas podem ser visualizados ao mesmo tempo. Isso facilita a sua análise e principalmente a tomada de decisões, ou seja, onde, quando e como a equipe irá agir.

Na construção do seu mapa inteligente é importante incluir os seguintes serviços: prefeitura, ou sub prefeituras, distritos; unidades básicas de saúde; equipes de saúde da família; hospitais; escolas; creches; igrejas e centros religiosos; delegacias e postos policiais; quadras de esporte, campo de futebol; ruas principais, rios, córregos, lagoas, várzeas; estabelecimentos comerciais e indústrias; pontos de ônibus; casa de parteira, da benzedeira, da curandeira; barreiras geográficas, morros, encostas matas e outros aspectos importantes.

Sugestões de alguns sinais para você usar:



Agora que você se apropriou da forma de elaborar o mapa de sua micro área, está apto a realizar outro mapa que pode ser feito com base no conjunto dos mapas das micro áreas, constituindo o grande mapa do município. Esse mapa do município pode gerar outro mapa abordando apenas um determinado tema, denominado mapa específico. Por exemplo: se for necessário conhecer as ruas, os caminhos, as linhas e itinerários de ônibus de uma comunidade, é possível destacar do mapa original de cada micro área só as informações, e criar um mapa específico, com os símbolos correspondentes.

Às vezes, por exemplo, é preciso saber apenas quais são as áreas de risco de determinada área de abrangência. Nesse caso, a equipe de saúde copia a localização de áreas de riscos nas micro áreas e passa a ter um mapa específico. Assim, quando a equipe de saúde vê no mapa, os possíveis focos de contaminação por esgoto, ela pode tomar as providências corretas para aquelas micro áreas de risco.

Esses mapas são muito importantes, pois permitem que se conheça melhor a realidade das comunidades e que se possa planejar as ações de saúde para resolver os problemas com mais eficácia.

No mapa completo, há informações gerais sobre o território ocupado pela população. Copiando só as informações desejadas, obtêm-se mapas específicos e dinâmicos porque as informações estão constantemente mudando. Um local onde há hoje um grupo de pessoas em situação de risco pode, depois de algum tempo desaparecer em decorrência do trabalho da equipe de saúde juntamente com os ACS, naquela área. Imagine uma comunidade onde há um riacho e sobre ele um tronco de árvore por onde se passa com muito risco e onde sempre ocorrem acidentes. Isto pode desaparecer, se o ACS, a comunidade e a equipe de saúde juntarem suas forças e conseguirem uma passarela ou uma ponte para substituir a situação de risco. Esta desaparece do mapa de área de risco, também do mapa da micro área. Daí a importância da atualização constante dos dados, das informações e dos mapas.

O mapa “inteligente” construído pelo ACS, embora bastante simples e fácil de fazer, constitui, juntamente com as informações coletadas no cadastramento das famílias e nas visitas domiciliares periódicas, uma ajuda à ESF na avaliação da situação de saúde da micro área a fim de planejar as ações para o enfrentamento dos problemas de saúde e encaminhar para outras secretarias ou setores do município as questões que são de responsabilidade desses órgãos.



ATIVIDADE VII

DIAGNÓSTICO

.....
Tempo estimado: 40 minutos

Objetivo

- Identificar os conhecimentos prévios dos alunos em relação a “Diagnóstico”.

Material

- Pincel para quadro branco.

Desenvolvimento

- Participe da roda de conversa promovida pelo Docente, socializando suas idéias sobre as seguintes questões:
 1. O que é diagnóstico de saúde e qual sua finalidade?
 2. Que informações são necessárias para construção do diagnóstico?
 3. Quais os atores envolvidos na construção do diagnóstico?
- Participe da sistematização da Atividade e esclareça as suas dúvidas.



ATIVIDADE VIII

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

.....
Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Refletir sobre o Diagnóstico de saúde.

Material

- Texto de Apoio: “Diagnóstico de saúde: O Retrato Vivo da Comunidade”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Diagnóstico de Saúde: O Retrato Vivo da Comunidade”;
- Forme grupos e siga as orientações:
 - Grupo 1: Diagnóstico demográfico
 - Grupo 2: Diagnóstico sócio econômico
 - Grupo 3: Diagnóstico sócio ambiental
 - Grupo 4: Diagnóstico sócio cultural
- Analise o Diagnóstico que seu grupo ficou responsável e faça uma síntese e apresente em plenária;
- Participe da discussão dialogada promovida pelo Docente, comentando;
- Quais outras informações são necessárias para retratar os problemas de saúde da população?
- Onde localizar as informações?
- Participe da sistematização da Atividade, esclarecendo as suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE: O RETRATO VIVO DA COMUNIDADE

.....
 Olga Maria de Alencar
 Thayza Miranda Pereira

Normalmente, quando escutamos falar a palavra diagnóstico, pensamos logo em doença. Em nosso dia a dia ouvimos muito que o diagnóstico é dengue, diabetes, hipertensão, etc. O diagnóstico tem duas fases: na primeira, o profissional de saúde (médico, enfermeiro, dentista) conversa com a pessoa doente, observa, examina, solicita exames, se necessário. Na 2ª fase, após a coleta das informações, as mesmas são agrupadas, analisadas e classificadas para, só então, o profissional chegar a um diagnóstico. Dado o diagnóstico, o profissional de saúde indica o tratamento, acompanhando os resultados e avaliando se há necessidade de tomar outras providências.

Será que só existe diagnóstico no sentido de definir?
 Claro que não!!!

Diagnóstico é o conhecimento, é o retrato vivo que pode ser feito de uma pessoa, de uma instituição ou de uma comunidade (TOMAZ, 1997).

Você está percebendo que existem várias formas de diagnóstico e que uma delas é o diagnóstico da comunidade. Não se concebe, hoje, trabalhar em saúde da família sem esse diagnóstico, que envolve a participação da comunidade, abordagem intersetorial e a descentralização efetiva das ações de saúde.

Para a construção de projetos de intervenção que viabilizem a melhoria da qualidade de vida da população, é necessário um trabalho coletivo (equipe de saúde e comunidade) de diagnóstico para a identificação, levantamento e análise dos problemas e recursos disponíveis. É dando a palavra à comunidade, escutando-a, observando-a e favorecendo a expressão de suas necessidades, que a equipe de saúde passa a ter todas as informações necessárias para planejar as ações de saúde.

Descreveremos, a seguir, as informações e dados que compõem o diagnóstico de saúde.

1 - Diagnóstico demográfico

Consiste no estudo das características de uma comunidade em relação ao número de pessoas que nascem, vivem, migram e morrem, sua distribuição por sexo, faixa etária e localização (zona rural e urbana). Agora, vamos conhecer mais detalhadamente a importância dos dados do diagnóstico demográfico.

- Faixa etária: Quer dizer o intervalo de idade que existe num determinado grupo de pessoas. Por exemplo, a faixa etária de 0 a 10 anos representa as crianças de sua microárea; a faixa etária de mulheres de 12 a 49 anos representa as mulheres em idade fértil, ou, ainda, as pessoas com mais de 60 anos, que representam os idosos de sua microárea. É através do conhecimento da idade das pessoas, e utilizando os dados do cadastro familiar, que o ACS pode agrupar a população por faixa etária. Esse agrupamento é importante porque permite realizar o planejamento das ações, conforme a necessidade de cada faixa etária. Por exemplo, se o ACS sabe que as doenças imunopreveníveis são mais prevalentes na população menor de 5 anos, ele vai estar atento ao calendário vacinal, orientando as famílias quanto à importância de levar as crianças para a vacinação.

- Como vocês já estudaram, o SIAB traz este agrupamento da seguinte forma:

< de 1 ano	15 a 19 anos
1 a 4 anos	20 a 39 anos
5 a 6 anos	40 a 49 anos
7 a 9 anos	50 a 59 anos
10 a 14 anos	Mais de 60 anos

- **Sexo:** é o conhecimento do número de pessoas da comunidade quanto ao sexo masculino e feminino. Essa divisão é importante, pois sabemos que os problemas e as doenças/agravos ocorrem de forma diferenciada no que diz respeito ao gênero. Exemplo: se numa comunidade a prevalência é maior no gênero feminino, a equipe tem que priorizar as ações de saúde da mulher, como prevenção do câncer ginecológico. Não estamos, aqui, fazendo diferenciação de gênero, apenas priorizando as ações, mas sem, contudo, deixar de lado a assistência à saúde masculina.
- **Migração:** significa a movimentação das pessoas que chegam e que saem da comunidade, determinando a variação no número de pessoas, hábitos e costumes e o aparecimento de doenças. Daí a importância do cadastro ser dinâmico, pois as pessoas mudam de lugar constantemente.

Agora que você, ACS, sabe que, através do diagnóstico demográfico, é possível conhecer a distribuição da população no território, surgem outros questionamentos. De que modo as pessoas vivem? Quais são seus costumes, crenças e valores? Qual é a sua relação com o meio ambiente? Por que o ACS precisa conhecer essas informações?

Este levantamento será realizado através do diagnóstico sócio econômico, socioambiental e sociocultural.

2- Diagnóstico sócio econômico

As informações levantadas sobre condições de moradia, ocupação, escolaridade, meios de comunicação, recursos sociais e transporte irão retratar o diagnóstico sócio econômico de sua área de abrangência. Para construir esse diagnóstico, é necessário elencar as diferenças entre situações na comunidade e entre as comunidades. De acordo com o levantamento desses dados é que poderemos dizer que o nível sócio econômico da comunidade é alto ou baixo, se as pessoas têm boa ou má qualidade de vida.

Agora, vamos ver como você ACS, irá construir o diagnóstico socioeconômico de sua microárea.

- **Condições de moradia:** são informações sobre os tipos de casa (tijolo, taipa, madeira, material reaproveitado, etc.) e as condições de saneamento (se há esgoto, coleta de lixo, fossa, abastecimento público de água, e se a água do domicílio é tratada). Essas informações permitem que o ACS saiba como moram e em quais condições vivem as famílias sob sua responsabilidade. Por exemplo: se as famílias de sua micro área não têm água tratada, nem redes de esgoto, estarão suscetíveis a doenças como diarreia, hepatite A e verminoses. A falta de saneamento básico destas famílias resultará na poluição do meio ambiente, que, por sua vez, pode levar doenças para outros lugares.
- **Atividade econômica:** diz respeito ao trabalho ou ocupação das pessoas, se estão desempregadas, se conseguem sustentar sua família ou se estão em situação de extrema pobreza - situação de risco. Se, na sua micro área, há um elevado índice de desemprego, a probabilidade de adoecer é bem maior, visto que sem o dinheiro as pessoas não conseguem ter boas condições de moradia, alimentação adequada, acesso ao lazer, gerando, dessa forma, uma baixa qualidade de vida.
- **Escolaridade:** esse dado permite analisar se as pessoas com mais de 15 anos são alfabetizadas ou não, possibilitando, ainda, o maior ou menor acesso às atividades econômicas. Para a equipe de saúde, essa informação é fundamental para o planejamento das ações de educação e saúde, por exemplo. Outro dado importante para ser analisado é a frequência escolar na faixa etária de 7 a 14 anos. O ACS pode verificar com isso, se há, por exemplo, trabalho infantil em sua micro área.
- **Comunicação:** refere-se à existência de rádio, serviço de correio, telefone, ou seja, quais os mecanismos que a comunidade utiliza para se comunicar, tornando o acesso às informações entre as pessoas ou entre comunidades mais fáceis ou difíceis. Essas informações são essenciais para o processo de organização das atividades de educação e saúde, como campanhas de vacinação, grupos operativos, reuniões comunitárias, etc.
- **Recursos sociais:** O ACS irá colocar no diagnóstico os recursos sociais existentes, tais como igrejas, escolas, comércios, associações de moradores, creche, praças, campo de futebol, quadra de esporte, terreiro de macumba, rezadeiras etc.
- **Transporte:** segundo dicionário da língua portuguesa, transporte é um veículo que serve para transportar de um lugar para outro cargas ou pessoas. Esta informação é importante no diagnóstico comunitário, pois permite avaliar as condições de vida da população. São meios de transporte: carro, carroça, bicicleta, cavalo, moto etc.

3- Diagnóstico sócio ambiental

Após a identificação dos elementos do diagnóstico de saúde da comunidade, como o diagnóstico demográfico e socioeconômico, vamos analisar o perfil do meio ambiente e sua importância em relação ao processo saúde doença.

O meio ambiente pode ser definido como tudo que faz parte da natureza e que, direta ou indiretamente, pode influenciar o modo de viver das pessoas. Assim sendo, o meio ambiente é composto por quatro elementos: água, terra, clima e o ar.

Nos grandes centros urbanos, por exemplo, a poluição do ar por fábricas e automóveis pode levar a problemas respiratórios. Enquanto em outras regiões onde o clima é seco e com escassez de água, por exemplo, há uma maior prevalência nas doenças diarreicas.

Fique de olho

Alguns pontos que o ACS deverá observar em sua micro área

- A região onde você atua tem água em abundância ou não? Tem mar? Tem lagoa? Tem cachoeira? Tem rios?
- A terra é seca, úmida, fértil, boa para o plantio?
- Há período longo de seca, provocando dificuldade e até migração?
- E o relevo é montanhoso, plano, há muito barranco?
- O clima é quente, frio, chuvoso? Há problema de inundação gerando desabrigo das famílias?

Afinal, qual a finalidade de conhecer o meio ambiente?

É conhecendo o meio ambiente que podemos promover sua conservação, pois ele é fundamental para a nossa vida e bem estar. É responsabilidade do ACS conhecer e preservar o meio ambiente evitando danos que podem desencadear problemas de saúde em sua comunidade. Por exemplo: uma lagoa ou açude, de onde a comunidade retira água para beber, cozinhar, banhar-se podem tornar-se poluídos quando as pessoas utilizam para banhar animais ou defecam e urinam em suas proximidades; a água poluída passa a ser veículo de doenças como diarreias e verminoses.

Como descrever o perfil do meio ambiente de sua micro área?

Estes dados não estão disponíveis nos sistemas de informações oficiais, então, para isso, o ACS deverá utilizar a técnica da observação direta. É muito simples. Você, ACS, irá visitar e observar alguns locais importantes de sua micro área, como margens de rios, lagoas, cachoeira, áreas ao redor das fábricas, das roças, dos terrenos baldios, etc.

Nessa observação, você irá registrar os seguintes itens:

- existência de lixo e/ou dejetos nestes locais;
- presença de queimadas e/ou desmatamento;
- presença de fumaça e/ou poeira provenientes das fábricas e exploração de minério;
- existência de terrenos baldios como depósito de lixo (lixões);
- utilização de agrotóxicos na agricultura;
- presença de animais soltos nas ruas.

4- Diagnóstico sócio cultural

Toda comunidade tem seus hábitos, crenças, valores e conceitos que formam sua cultura. Para conhecer os aspectos culturais de uma comunidade, as informações do cadastro familiar, somadas a outras informações registradas em reuniões comunitárias e nas visitas domiciliares do ACS, constituem os dados socioculturais. Para realizar o diagnóstico sociocultural, o ACS irá procurar algumas informações sobre a estrutura familiar, a religião, o conhecimento popular sobre saúde e a organização da comunidade (TOMAZ, 1997).

- **Estrutura familiar:** no cadastro familiar do SIAB, é possível identificar a composição familiar. No entanto, outras informações são necessárias para que o ACS possa planejar suas ações. Durante as visitas, você deverá identificar quem na família detém o poder na tomada de decisões quando se trata das questões de saúde e quem é responsável pelos cuidados de saúde. Isso é importante, pois permite que o ACS identifique a quem ele irá se dirigir na ocasião de suas visitas. Exemplo: Sabemos que, culturalmente, a prática de dar chá de funcho ao recém-nascido, como prevenção de cólica, é passada pela avó às suas filhas. Então, durante uma visita de puerpério, certamente, a avó será a pessoa indicada para ouvir as orientações dadas pelo ACS.
- **Religião:** conhecer o tipo de religião da comunidade é de suma importância para o trabalho do ACS, pois isso facilitará a compreensão de algumas atitudes que são inerentes às religiões. Exemplo: Existe uma religião que não permite a transfusão de sangue, outra que só aceita os métodos contraceptivos naturais. Portanto, é importante conhecer e respeitar as diferentes crenças da comunidade, o que facilita o vínculo do ACS com a comunidade.
- **Conhecimento da comunidade sobre a saúde:** nas comunidades, existem pessoas que possuem conhecimentos e práticas que são utilizadas tanto para a prevenção quanto para a cura de doenças. Raizeiros, benzedeiros, rezadeiras,

parteiras e curandeiros conhecem a comunidade; sabem dizer em que as pessoas acreditam e como elas usam as plantas para curar seus males. É importante que o ACS, junto com a equipe, identifique essas pessoas na comunidade e, mais além, que os elejam como membros participantes do planejamento das ações de saúde.

- **Organização da comunidade:** o ACS deverá identificar se na comunidade existem líderes comunitários, grupos, associações, cooperativas, entidades filantrópicas, enfim, quais as formas organizacionais existentes e quais atividades elas realizam. É importante que a equipe de saúde conheça essas organizações e entidades para, juntos, desenvolverem um trabalho coletivo na busca de soluções para os problemas identificados.

Conclui-se que as informações que compõem os diversos diagnósticos da saúde da comunidade são de grande relevância para o planejamento do trabalho da equipe de saúde da família. Neste sentido, o trabalho competente e comprometido do ACS é fundamental para garantia da fidedignidade dos dados que resultarão, em última análise, nas ações futuras em benefício da comunidade.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.283-287.

	<h2 style="text-align: center;">ATIVIDADE IX</h2> <h3 style="text-align: center;">ESTUDO DE CASO</h3> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">Tempo estimado: 40 minutos</p>
--	---

Objetivos

- Compreender e refletir sobre o diagnóstico a partir de uma situação real;
- Preparar para a construção do diagnóstico de sua área de abrangência.

Material

- Estudo de caso.

Desenvolvimento

- Em grupo, analise e discuta o caso e registre as respostas das questões a seguir:
 1. Identificar no Texto os vários tipos de Diagnóstico e as informações que os compõem;
 2. Listar outras informações que a equipe do PSF Angola deveria ter colocado em seu Diagnóstico;
- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.

	<h2 style="text-align: center;">TEXTO DE APOIO</h2> <h3 style="text-align: center;">O PSF DE ANGOLA</h3> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
---	--

A área de abrangência do PSF Angola fica localizada ao leste do município tendo como limite ao norte o PSF Flores, ao sul o PSF Serrote, ao leste PSF Mundaú e a oeste o PSF Trairi. Abrange dez ruas das quais a maioria é plana, asfaltadas, com rede de esgoto, iluminação pública, coleta de lixo e água tratada. A maioria dos domicílios é de tijolos. Existe um sítio distante a 3km da unidade de saúde, desprovido de saneamento básico e água tratada, onde moram 6 famílias de baixa renda, sem escolaridade e a maioria desempregados. Nesta área de abrangência residem 3038 pessoas, sendo que 51,2% são mulheres. Possui uma densidade familiar média de 3,77 pessoas / família. A faixa etária predominantemente é adulta (20-39 anos) o que representa 37,5% da população geral. Na comunidade existe um grupo escolar, dois bares, uma igreja, uma associação, um campo de futebol e um córrego contaminado, em que as pessoas costumam praticar a pescaria e que no período das enchentes alaga alguns domicílios e algumas ruas, que ficam intransitáveis.

Existem também grupos folclóricos como marujada, congado, festa junina e São Benedito. Tem uma culinária típica, benzedeiros, contadores de “causos”, cultos e celebrações.

O lazer está voltado para o futebol, caminhadas, brincadeiras de roda e queimado, jogos de carta nos bares. Existe um grande número de homens alcoolistas.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.288.

	<p>ATIVIDADE X</p> <p>DIAGNÓSTICO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA</p> <p>.....</p> <p>Tempo estimado: 2 horas</p>
---	--

Objetivo

- Construir o Diagnóstico da área de abrangência.

Material

- Fichas do SIAB preenchidas mensalmente;
- Relatório da Rede Social da comunidade e dos Serviços de Saúde disponíveis no município; Mapas da comunidade/ área de abrangência construídos durante esta Unidade.

Desenvolvimento

- Forme grupos por Equipes de Saúde da Família;
- Discuta os dados de sua comunidade e construa o Diagnóstico de sua área de abrangência.(Utilize como exemplo para elaboração, o Diagnóstico da comunidade do PSF Angola);
- Participe da sistematização da Atividade e esclareça as suas dúvidas.

Aspectos Geográficos	Aspectos Demográficos
Aspectos socioeconômicos	
Indicadores Epidemiológicos	Observações

Oriente-se pelo Modelo abaixo:

Diagnóstico Comunitário de Saúde do PSF Angola

Aspectos Geográficos	Aspectos Demográficos
<p>O PSF Angola Fica localizado ao leste do município Feliz tendo como limite:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Norte: PSF Flores -Sul: PSF Serrote -Leste: PSF Mundaú -Oeste: PSF Trairi <p>Pertencem a esta área de abrangência os bairros Felicidade, Alegria e Esperança.</p> <p>O bairro Esperança cresceu muito nos últimos dois anos com a construção de aproximadamente 100 casas populares para famílias desabrigadas na última enchente. Este bairro está em fase de desenvolvimento e, ainda, não possui calçamento. Na época de chuvas, as ruas ficam intransitáveis e durante o inverno o índice de doenças respiratórias cresce significativamente.</p> <p>Excetuando o bairro Esperança, as ruas da área de abrangência do PSF Angola são planas, asfaltadas e com boa infraestrutura de escoamento.</p>	<p>Nesta área de abrangência residem 3038 pessoas, sendo que 51,2% são mulheres. A densidade familiar média é de 3,77pessoas / família. A faixa etária predominante é adulta (20-39 anos) o que representa 37,5% da população geral. A taxa de analfabetismo, em maiores de 15 anos, é de 11,7%, sendo que esta proporção é maior no sexo feminino.</p>
Aspectos sócio-econômicos	Recursos sócio-culturais
<p>Quanto ao saneamento básico a área de abrangência possui:</p> <ul style="list-style-type: none"> -rede de esgoto em 90% das casas; -100% de casas com iluminação pública; -86% dos domicílios têm coleta de lixo; -97,6% dos domicílios possuem sistema público de abastecimento de água; -90% dos domicílios são de tijolos. <p>Existe um sítio distante 3km da Unidade de Saúde, desprovido de saneamento básico e água tratada, onde moram 6 famílias em situação de risco.</p>	<p>Na comunidade existe um grupo escolar, 15 bares, 6 igrejas (1 católica e 5 evangélicas), uma associação de bairro, um campo de futebol e um córrego contaminado, onde as pessoas costumam praticar a pescaria e as crianças gostam de nadar. No período das enchentes, este córrego transborda, pois algumas famílias jogam lixo em suas margens.</p> <p>Quanto aos aspectos sócio-culturais a área de abrangência possui grupos folclóricos como marujada, congado, festa junina e São Benedito. Tem uma culinária típica, benzedeiros, contadores de “causos”, cultos e celebrações. O lazer está voltado para o futebol, caminhadas, brincadeiras de roda e queimada, jogos de carta nos bares.</p>

Indicadores Epidemiológicos	Observações
<p>No ano de 2004 foram notificados 4 casos de leptospirose, 1 caso de tuberculose e 5 casos de dengue hemorrágica. As três doenças prevalentes no ano de 2004 foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Doença do aparelho circulatório (58,6%); -Doença do aparelho respiratório (15,8%); -Doenças de pele (15,5%). <p>A análise dos indicadores foi realizada em conjunto com a comunidade onde foram observados os seguintes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -cobertura de aleitamento materno: 32%; -cobertura vacinal: 92,5%; -desnutrição em crianças de 6 meses a 5 anos: 24,6%; -proporção de adolescentes grávidas: 21%; dos partos prematuros 35% são de mães adolescentes; -95% das gestações em adolescentes não foram planejadas. 	

3º DIA



ATIVIDADE XI

É NECESSÁRIO PLANEJAR

.....
Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Identificar o conhecimento prévio dos alunos em relação ao planejamento das ações de saúde.

Material

- Estudo de Caso: (Situações 1 e Situação 2).

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 2 grandes grupos;
- Informe aos alunos que um grupo discutirá a situação 1 incluindo as seguintes perguntas:
 1. Por que o passeio da equipe do bairro Flores foi cancelado?
 2. Vocês acham que a equipe do bairro Flores elaborou o convite à comunidade de maneira correta? Justifiquem sua resposta.
 3. A organização do evento da equipe do bairro Flores foi adequada? Por quê?
- Após discussão da situação 1, um grupo deverá fazer uma avaliação da atuação do outro grupo, considerando os seguintes aspectos:
 1. grau de participação dos elementos do grupo na discussão;
 2. capacidade de comunicação, entendimento do assunto, etc;
- Siga as orientações do docente:
- Participe da discussão com a turma, incluindo as seguintes questões:
 1. Por que coube ao médico e à enfermeira da equipe do bairro Angola a busca dos patrocinadores?
 2. Você pode afirmar que todos os membros das duas equipes participaram da organização do evento? Justifique sua resposta.
 3. Qual o objetivo dos membros da equipe do bairro Angola ao discutirem a realização do evento na reunião da equipe?
 4. Você concorda com esta atitude?
 5. O uso de fichas de inscrição contribuiu para o sucesso do evento? Justifique.
 6. Porque a secretaria de saúde disponibilizou o transporte para a equipe do bairro Angola e não disponibilizou para a equipe do bairro Flores? Explique.
- Sistematizar a Atividade, elaborando o conceito de Planejamento a partir das questões apresentadas.



TEXTO DE APOIO

.....

Em comemoração ao dia nacional de combate a hipertensão arterial, o município de Água Limpa contatou com o dono do pesque-pague que disponibilizou o seu estabelecimento para o dia 26/04/2007 de 9:00 as 17:00 horas. A coordenação do PSF propôs a duas equipes do Saúde da Família a realização de uma atividade comemorativa do dia do hipertenso, comunicando aos mesmos a disponibilidade do local, data e horário.

SITUAÇÃO 1

A equipe do bairro Flores convidou todos os hipertensos (125 usuários), através do ACS, para um grande passeio ao pesque-pague que se localiza a 10 km do Município, ficando decidido que o ponto de encontro seria no PSF às 8:00 horas, com retorno às 17:00 horas. Conseguiram junto aos comerciantes locais o patrocínio para a confecção de camisas, o lanche da manhã e tarde, ficando o almoço por conta dos usuários. No dia marcado, às 8:00 horas compareceram 60 usuários e os membros da equipe como combinado entre eles. Passado 1 hora a equipe entrou em contato com a secretaria de saúde, para saber o motivo do atraso do transporte. Para decepção de todos, o passeio foi cancelado, pois a equipe pensou que a secretaria iria disponibilizar o transporte.

SITUAÇÃO 2

A equipe do bairro Angola ficou super entusiasmada com a ideia da atividade extra muro, portanto o assunto foi colocado como pauta para próxima reunião de equipe. No dia da reunião, a equipe após vários conflitos resolveu que o primeiro passo seria conversar com o grupo de hipertensos par saber a opinião deles. Durante a reunião do dia 07/04 com os hipertensos foi estendido o convite aos mesmos. Foi explicado que os interessados teriam que preencher uma ficha de inscrição no período de 11 a 14 de abril de 14:00 às 17:00 horas na USF, que o custeio do almoço seria de responsabilidade de cada usuário e que ficará sob a responsabilidade da equipe as demais providências para organização do evento.

Após o término do período de inscrições, que totalizaram 45 inscritos, a enfermeira enviou à coordenação do PSF um memorando comunicando a adesão da equipe e solicitando transporte para todos, o que foi prontamente atendido. A equipe reuniu novamente para a divisão de tarefas ficando estabelecido que: os ACS e auxiliar de enfermagem ficaram responsáveis para organizar as atividades recreativas; enfermeiro(a) e o médico(a) pela busca de patrocínio para lanche e confecção de camisetas, e auxiliar de serviços gerais e administrativo pelo preparo e distribuição do lanche. No dia previsto todos compareceram e o evento foi um sucesso, apesar da ausência do médico. O evento foi fotografado pela enfermeira, e as fotos colocadas no mural da USF.

REFRÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.288.



ATIVIDADE XII PLANEJAMENTO EM SAÚDE

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir e compreender o planejamento em saúde.

Material

- Texto de Apoio: "Planejamento em Saúde" .

Desenvolvimento

- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Planejamento em Saúde” com os alunos;
- Participe da exposição dialogada promovida pelo Docente;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente e esclareça as suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

.....
Joemia Rodrigues Alves

O ato de planejar está ligado a racionalidade humana o que é feito de forma intuitiva, através da programação cotidiana de suas ações individuais e coletivas. O homem planeja empiricamente ao pensar na ação a ser executada (construção da ideia), escolhe o lugar, o momento e a forma mais apropriada para que obtenha mais sucesso, em menos tempo e de maneira mais fácil. Para tanto, durante a execução refaz sua ideia inicial, modifica os caminhos propostos e cria mecanismos de contornar os obstáculos. Sem tomar consciência, estabelece sua maneira peculiar de fazer aquilo a que se propõe e, quando em grupo convence, ou não, os demais a segui-lo.

Segundo Aleixo (1997), o homem primitivo quando estabelecia uma forma de caçar para sua tribo, criava um plano operacional a partir de um planejamento orientado por erros e acertos anteriores.

Mas, o que é planejar cientificamente?

“Planejar, significa elaborar democraticamente, explicitar de forma organizada e procurar realizar uma determinada proposta de trabalho, direcionada a uma situação que se queira modificar ou manter” (Aleixo,1997, pág.17).

Planejamento é a mediação entre o conhecimento e a ação, entre o presente e o futuro, pois das ações de hoje, dependem os resultados de amanhã. É o cálculo que precede e preside a ação, sendo este cálculo situacional e sistematizado. É constituído pelo trabalho de elaboração da ação através de roteiro e método estabelecidos previamente. Além disso, é necessário, também, prever planos e programas com seus respectivos objetivos.

Assim, qual a importância do planejamento?

Como foi dito anteriormente, todos nós planejamos de maneira empírica (senso comum). Contudo, quando se trata de ações institucionais, o planejamento científico passa a ser **ferramenta** fundamental para a **administração** destas organizações. No caso específico do setor saúde, por exemplo, onde prevalecem instituições bastante complexas, torna-se muito complicada a organização dos serviços sem o planejamento.

Vamos pensar juntos...

Dessa forma, o ato de planejar exige um método específico. No planejamento, ele é essencial para a construção de um plano de ação, viabilizando ações que promovam o alcance dos resultados esperados.

Segundo Aleixo (1997), foi a atividade bélica, que mais valorizou e executou o ato de planejar metodologicamente, de forma reproduzível e aprimorável, introduzindo conceitos de tática operacional, hierarquização, divisão de tarefas, análise de recursos, processos e resultados, monitoramento, informação, governabilidade, capacidade de governo entre outros. Os métodos de planejamento mais conhecidos são o método normativo e o método estratégico situacional. Em saúde trabalhamos com o método estratégico situacional.

Planejamento Estratégico Situacional em Saúde - PES

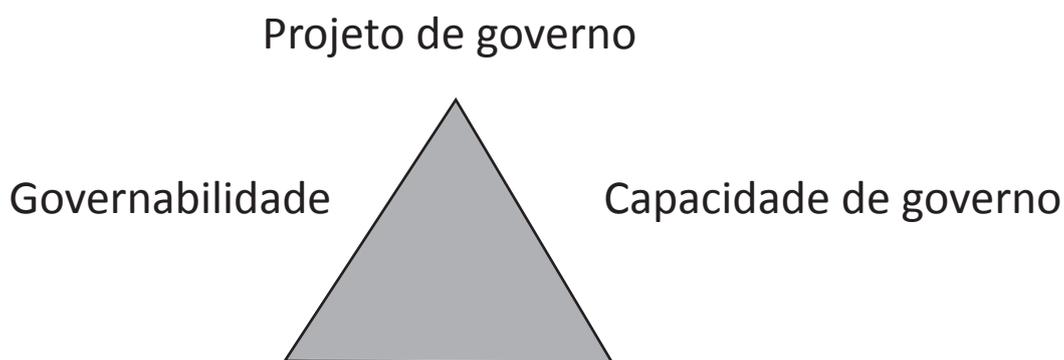
Para entendermos o PES é necessário compreendermos os conceitos básicos que o constituem. São eles:

- 1) **Ator Social:** É um coletivo de pessoas que atuando numa determinada realidade de maneira organizada, é capaz de transformá-la. Para isto, estes atores sociais devem ter capacidade de gerir recursos de ordem econômica, cognitiva, organizacional e humana;
- 2) **Território:** É o espaço local (realidade) onde o ator social deseja intervir;
- 3) **Situação:** São as características do território a ser trabalhado, interpretadas e explicadas pelos planejadores, observadas durante o processo de planejamento;
- 4) **Momento:** É o espaço temporal de intervenção nos problemas identificados na análise situacional;
- 5) **Problema:** É a distância existente entre a realidade desejada pelos atores sociais e a situação encontrada. Contudo, esta situação só se caracteriza como problema, quando considerada inaceitável e, ao mesmo tempo, passível de ser transformada, através de estratégias contidas num plano de intervenção;
- 6) **Estratégia:** São maneiras de construir a viabilidade e execução do plano. Constitui uma ferramenta para administrar conflitos e aumentar a governabilidade sobre os recursos;
- 7) **Conflito:** É o choque de ideias entre os atores sociais que planejam. O conflito é causado por diferentes interpretações da realidade trabalhada;
- 8) **Governabilidade:** Capacidade de gestão do plano, nos seus diversos momentos, apresentando condições favoráveis à obtenção de recursos e alocação dos mesmos de acordo com as prioridades;
- 9) **Capacidade de governo:** É determinada pela experiência e conhecimento da equipe que planeja sobre todo o processo do planejamento;
- 10) **Projeto de governo:** Ações a serem executadas pelo ator social para alterar ou manter determinada realidade;
- 11) **Plano:** Segundo Matus (1993), o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento. Funciona como instrumento para determinarmos os momentos que permeiam o ato de planejar. Permite o compartilhamento e/ou negociações dos projetos elaborados;
- 12) **Surpresa:** São acontecimentos com pouca ou nenhuma chance de ocorrerem. Por isto quando eventualmente acontecem, requerem ações específicas para lidar com os mesmos;

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) parte da identificação dos problemas pelos atores sociais, análise da realidade nas quais esses estão inseridos, estabelecendo um plano para intervir.

O PES é composto de quatro momentos:

1. **Momento explicativo:** É aquele onde os problemas são identificados, descritos e analisados dentro do conceito de situação.
2. **Momento normativo:** Momento de elaboração do plano de ação, a partir da seleção dos problemas prioritários, dentro de um equilíbrio do triângulo de Matus:



3. **Momento estratégico:** Corresponde ao momento de estudar a viabilidade do plano, traçar estratégias para aquisição de aliados e estabelecer ações para operacionalização do mesmo.

4. **Momento tático – operacional:** Diz respeito às operações de intervenção na realidade. É neste momento que temos um processo contínuo e mais efetivo de avaliação e negociação, denominado monitoramento do plano.

O Planejamento estratégico situacional é uma metodologia de planejamento iniciada a partir da análise dos problemas identificados pelos atores sociais na realidade a ser trabalhada, seguido da elaboração de um plano de ação, onde a viabilidade, operacionalização e monitoramento deste plano ocorrem de maneira processual e contínua.

Além disso, para planejarmos, corretamente, necessitamos compartilhar de uma mesma linguagem que permita um diálogo com todos os envolvidos no processo, tendo como resultado o Planejamento **Participativo em Saúde**.

Planejamento participativo: MAPP – método Altadir de planejamento popular desenvolvido por Carlos Matus. (aplicado na estratégia de saúde da família)

Este método foi desenvolvido para um processo de planejamento com a comunidade, facilitando a construção de uma gestão participativa e democrática. A partir de discussões coletivas; identificação e análise de problemas, segue-se a elaboração de propostas para resolvê-los.

Em um processo de planejamento numa equipe de saúde da família, todos os membros da equipe devem estar envolvidos juntamente com a comunidade adscrita, através de suas lideranças e representações comunitárias. Outros atores sociais, tais como conselho municipal de saúde, secretarias municipais, organizações não governamentais, entidades religiosas, comércio local, também, devem estar envolvidos ainda que indiretamente.

Para planejar de forma participativa há que se fazer quatro perguntas:

1-Onde fazer?

No território adscrito, ou seja, a área de abrangência da equipe de saúde da família.

2-O que fazer?

Conhecer a realidade para analisar a situação e verificar a nossa governabilidade sobre os problemas encontrados. A este processo de conhecimento sistemático da realidade, chamamos de diagnóstico comunitário.

3-Como fazer?

Através da elaboração de um plano de ação.

4-Com quem fazer?

Com os atores sociais: parceiros envolvidos em todo o processo ou em algum momento específico de forma direta ou indireta.

O objetivo deste método é encontrar soluções efetivas para os problemas, pois a união e compromisso de todos são capazes de promover as mudanças necessárias.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.266-269.

	<p>ATIVIDADE XIII</p> <p>OFICINA DE SAÚDE</p> <p>.....</p> <p>Tempo estimado: 1 hora</p>
---	--

Objetivo

- Identificar os passos para a realização de uma oficina.

Material

- Texto de Apoio: “Oficina de saúde: um espaço coletivo de ideias”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura circular do Texto de Apoio: “Oficina de saúde: Um Espaço Coletivo de Ideias”;
- Siga as orientações do Docente;
- Em grupo, elabore uma oficina a partir do que foi discutido sobre Planejamento e Oficina em Saúde;



TEXTO DE APOIO

OFICINA DE SAÚDE: ESPAÇO COLETIVO DE IDEIAS

.....

Oficina, de acordo com Houaiss (2001, p.2053), é o lugar onde se elabora, fabrica ou conserta algo. É também chamada de laboratório – “Work Shop” – lugar de trabalho; indica natureza eminentemente prática ou aplicada.

O trabalho com oficinas no Programa Saúde da Família consiste numa reunião de pessoas com interesses ou problemas comuns, com um tema delimitado e apresentado que permita a participação voluntária da população. Pressupõe uma sequência de encontros onde serão acordados o horário e duração do processo como um todo.

ENTÃO VAMOS REFLETIR JUNTOS

É preciso ser especialista para realizar uma oficina?

CLARO QUE NÃO!!!

As Equipes de saúde da família têm como prática cotidiana realizar atividades de educação em saúde e uma das estratégias utilizadas para tal é a utilização de oficina como metodologia de trabalho. Portanto, não precisa ser Expert para realizar uma oficina. Basta querer!

Como o ACS participa desta atividade?

Ele participa realizando encontros em sua micro área, estimulando a participação da comunidade para, juntos, refletirem, discutirem e encontrarem solução para os problemas. É muito simples! O próprio ACS pode conduzir a oficina. Para isso ele precisa escolher o tema, com base nas necessidades da comunidade, organizar a oficina e divulgar para as famílias de sua micro área.

Como se organiza uma oficina?

A realização da oficina pressupõe atividades de organização e a definição de um programa.

Na organização da oficina deverá ser definida a composição dos grupos, a distribuição das tarefas entre os grupos e a determinação dos objetivos de cada um. Deve ser previsto, também, local adequado para cada grupo. O local deve ser amplo, de modo a acolher todo o grupo com conforto; deve contar com boa iluminação e ser bem arejado. Os materiais de trabalho deverão ser listados e providenciados.

O programa da oficina pode incluir:

estudo individual, consulta bibliográfica, palestras, discussões em grupos pequenos e em plenária, exercícios práticos, redação de trabalhos e relatórios, preenchimento de formulários de avaliação, eventos culturais e de recreação, descanso etc; saídas ao campo e realização de pesquisas; aplicação de técnicas de grupo, tais como dramatização, jogos, técnica de relaxamento, e outras.

A duração de uma oficina varia de acordo com os objetivos e a complexidade do tema, podendo durar de duas horas a vários dias.

Para a execução da oficina e o sucesso dos trabalhos é necessária uma equipe composta por:

- coordenador: responsável pela coordenação geral da oficina em todos os seus momentos;
- moderador: é o condutor das discussões durante a oficina ;
- relator: responsável pela elaboração, junto com a equipe, do trabalho geral do grupo;
- monitor: responsável pela preparação e providências relativas aos recursos materiais;
- participantes: a equipe de saúde da família – ESF e representantes dos vários segmentos da comunidade.

Neste texto você ACS aprendeu que oficina é uma estratégia para fazer educação em saúde. Aprendeu, também, que não é nenhum bicho-de-sete-cabeças. Então, movimente-se, faça e aconteça em sua micro área.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.337-338.

	<p>ATIVIDADE XIV</p> <p>REFLETINDO SOBRE CONCEITO DE PROBLEMA</p> <p>.....</p> <p>Tempo estimado: 30 minutos</p>
---	--

Objetivo

- Refletir sobre o conceito de problema.

Material

- Papel A4.

Desenvolvimento

- Em grupos, discuta, responda e registre as seguintes questões;
 1. O que é problema para você?
 2. Qual o objetivo de priorizar problemas?
- Participe da exposição dialogada promovida pelo Docente;
- Participe da sistematização da Atividade e reflita sobre: O levantamento de problemas não tem conotação negativa, porém possibilita produzir a busca de soluções!

	<p>ATIVIDADE XV</p> <p>IDENTIFICANDO PROBLEMA</p> <p>.....</p> <p>Tempo estimado: 40 minutos</p>
---	--

Objetivo

- Compreender o conceito de problema.

Material

- Texto de Apoio: “A noção de problema”.

Desenvolvimento

- Siga as orientações do Docente;
- Faça a leitura circular do Texto de Apoio;
- Sistematizar, junto com a turma, o conceito de “problema” e esclarecer as dúvidas;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente;
- Esclareça suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

A NOÇÃO DE PROBLEMA

“Da aparência à essência ou de como a partir da ponta do novelo se chega ao cerne do problema”.

Problema: o que é? Uma questão (qualquer pergunta, qualquer indagação)? Uma questão complexa? Uma questão cuja resposta é desconhecida? Um mistério? Um obstáculo? Uma dificuldade? Uma dúvida?

Uma questão; uma questão complexa; uma resposta desconhecida; um mistério; um obstáculo... em si, não caracteriza o problema. Aquilo que faz com que uma situação se apresente como problema é a necessidade que temos de superá-la. Afinal o que é problema?

Um problema é, então, uma questão cuja resposta se desconhece e se necessita conhecer; um obstáculo que é necessário transpor; uma dificuldade que precisa ser superada; uma dúvida que não pode deixar de ser dissipada. Ou, ainda, como afirma Alves (2005.p.23), problema é a distância existente entre a realidade desejada pelos atores sociais e a situação encontrada.

O problema tem uma dimensão subjetiva e uma dimensão objetiva. Isto significa que para afirmarmos que existe um problema temos de verificar:

- a) a existência de uma situação de necessidade;
- b) a existência de uma conscientização (isto é, de sujeitos que percebam) da necessidade.

A essência do problema, por vezes, está “escondida” por trás das manifestações. A analogia mais simples é encontrada na medicina: quando alguém tem febre (que é manifestação de algo que está errado no organismo) há necessidade de se verificar o que está causando a febre (para curar a pessoa). Se for usado apenas antitérmico, a manifestação será combatida e o problema permanecerá. É importante não confundir a manifestação do problema com a sua essência, a sua raiz. Muitas vezes, essas manifestações são percebidas como “aparência” dos problemas. No entanto, revelam alguma coisa que é preciso buscar, que é preciso desvelar: a essência, a raiz do problema.

O que se deve fazer, então para separar o que é essência do problema daquilo que é sua manifestação?

Primeiramente, deve-se perceber a importância, o “valor” que a manifestação do problema tem, pois se a manifestação esconde a essência só é possível chegar a esta através daquela. É através da manifestação, portanto, que o sujeito mais atento chega à raiz do problema, localizando-o dentro de um determinado todo. O importante é não confundir a manifestação com a essência do problema. O importante é não parar por aí.

Para se chegar à essência do problema, o importante é perguntar. Muitas perguntas deverão ser feitas. É perguntar, perguntar, perguntar, sem ter a preocupação de encontrar respostas fáceis.

O ACS é antes de tudo um investigador, daí sua necessidade de estar sempre perguntando. Por que e para que o ACS pergunta tanto? Ele pergunta para poder criar uma situação que faça a comunidade parar para refletir sobre seus problemas, identificando o que precisa ser feito para solucioná-los e, posteriormente, planejar a ação.

David Werner apud Brasil (2000. p.59) idealizou o jogo de perguntas para auxiliar o grupo a descobrir as causas mais profundas, ou seja, a essência dos problemas -**mas por quê?** Veja um exemplo:

“A criança esta com o pé inflamado”

Mas por quê?

“Porque pisou no espinho”.

Mas por quê?

“Porque estava descalça”.

Mas por quê?

“Porque não tinha sandália”.

Mas por que não tinha?

“Porque arrebentou e seu pai não tinha dinheiro para comprar outra”

Mas por quê?

Assim, perguntando e refletindo podemos chegar à ponta do problema.

As perguntas formuladas não esgotam, quase sempre, a problemática em toda a sua complexidade.

Entretanto, elas são indispensáveis para que o sujeito possa chegar à essência do problema, que deve ser buscada na totalidade histórico-social e, no caso específico do trabalho da Equipe de Saúde da Família, no todo complexo da política de saúde pública brasileira.

Continuando nesta linha de reflexão, podemos perceber que o que denominamos de “cerne do problema” ou raiz do problema, não pode ser compreendido como tendo um componente único. Este “cerne” é uma complexidade que o sujeito necessita conhecer. E qual seria esse “cerne do problema?”.

Tentando responder à questão acima, podemos concluir que a essência do problema deve ser buscada, de um lado, no conjunto de elementos que reflete o contexto histórico-social no qual os sujeitos estão inseridos e, de outro lado, nas limitações dos próprios sujeitos envolvidos (que devem estar atentos aos fatores que influenciam as suas práticas cotidianas); nas condições do local de trabalho e nas limitações da comunidade local.

Finalmente, queremos ressaltar que o caminho que vai da manifestação à essência do problema é um desafio que se apresenta constantemente ao sujeito. Não é um caminho em linha reta. É um caminho tortuoso que implica em idas e vindas, em avanços sucessivos em relação a uma clareza maior do “problema em si” e de suas diferentes direções. Portanto, nada como uma boa ponta para desnovelar um bom novelo.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.343-345.

	<p>ATIVIDADE XVI</p> <p>PRIORIZANDO PROBLEMAS</p> <p>.....</p> <p>Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos</p>
---	---

Objetivos

- Definir o que é problema de saúde em sua comunidade;
- Identificar os problemas de saúde da comunidade e levantar estratégias de solução.

Material

- Texto de Apoio: “Identificando e priorizando problemas”;
- Texto de Apoio: “Explicação do problema e identificação das soluções necessárias”;
- Planilhas: “Priorização e seleção de problemas” e “ Mapa de soluções”.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos, por Equipe de Saúde da Família e solicitar que façam a leitura dos Textos de Apoio;
- Solicitar aos grupos que reflitam sobre a realidade da sua comunidade e levantem os problemas, identificando os principais problemas;
- Siga as orientações do docente e preencha as “planilhas de priorização e de seleção de problemas” e Mapas de Soluções;
- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da atividade e esclareça as dúvidas.

Planilha 1:

PLANILHA DE PRIORIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS PROBLEMAS				
Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Total
1- Elevado índice de gravidez na adolescência	3	3	2	8
2- Elevado índice de crianças desnutridas de 2 a 5 anos	2	2	1	5

Exemplo de seleção de problemas para construção da planilha 2

Planilha 2:

PLANILHA DE PRIORIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS PROBLEMAS				
Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Total
1-				
2-				
3-				
4-				

Planilha 3:

Mapa de soluções	
Causas	Soluções
1- Dificil acesso dos adolescentes a unidade de saúde	Estabelecer um dia de atendimento exclusivo para os adolescentes
2-Desconhecimento dos métodos contraceptivos	Criar oficinas lúdicas para discutir planejamento familiar na adolescência
3- Falta de diálogos entre pais e adolescentes	Elaboração do projeto adolescer em família

Exemplo de soluções para construção da planilha 4

Planilha 4:

Mapa de soluções	
Causas	Soluções

Legendas:

Critério importância e urgência	
Pouca	1 ponto
Média	2 pontos
Muita	3 pontos

Critério capacidade de enfrentamento do problema	
Não tem capacidade	0 ponto
Capacidade parcial	1 ponto
Capacidade total	2 pontos



TEXTO DE APOIO

IDENTIFICANDO E PRIORIZANDO PROBLEMAS²

Para identificação dos problemas, a equipe de saúde da família deve apoderar-se do diagnóstico comunitário de saúde realizado anteriormente, visando a obtenção da listagem dos principais problemas e necessidades identificadas, que esse diagnóstico ajudou a reconhecer. Como por exemplo: alto índice de gravidez na adolescência, elevado índice de desnutrição em crianças de 2 a 5 anos, etc. Nem sempre os problemas são os mesmos para a equipe de saúde e a comunidade. Mas, como em uma comunidade os problemas são muitos, é preciso que o ACS ajude as pessoas a definir os problemas mais urgentes, ou seja, as prioridades. O ACS tem um papel fundamental nesta hora, uma vez que ele faz parte, ao mesmo tempo, da comunidade e da equipe de saúde da família.

Após a identificação dos problemas, torna-se necessário priorizá-los, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo.

Para a priorização dos problemas, três critérios devem ser observados:

- a. importância do problema;
- b. urgência do problema;
- c. capacidade do grupo para enfrentá-lo.

Cabe ao grupo uma definição do problema e identificação dos recursos que poderão ser utilizados na sua resolução, avaliando e respeitando as diferenças de opiniões entre a equipe de saúde da família e os membros da comunidade, quanto à priorização dos problemas.

Uma maneira de priorizar os problemas é a construção de uma planilha, onde os problemas identificados são analisados segundo os critérios acima mencionados. Para cada critério deverá ser atribuído um valor, distribuído em categorias.

Para o critério importância e urgência utilizar a pontuação:

- Pouca = 1 ponto;
- Média = 2 pontos;
- Muita = 3 pontos.

Para o critério **capacidade de enfrentamento do problema**, utilizar a pontuação:

- Não tem capacidade = 0;
- Capacidade parcial = 1;
- Capacidade total = 2.

Vamos exemplificar uma seleção de problemas:

PLANILHA DE PRIORIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS PROBLEMAS				
Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Total
1- Elevado índice de gravidez na adolescência	3	3	2	8
2- Elevado índice de crianças desnutridas de 2 a 5 anos	2	2	1	5

²Texto extraído do material de Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde, ESP-MG, 2005.

A seleção dos problemas é feita através da análise dos pontos obtidos. Será prioritário aquele que obtiver maior número de pontos. No nosso exemplo, o problema elevado índice de gravidez na adolescência foi selecionado como prioridade. Não queremos dizer, com isto, que os demais problemas não podem ser trabalhados posteriormente. Pelo contrário, é participando do plano, que a comunidade e a equipe têm condições de ir solucionando um problema de cada vez.

O ACS, com o apoio da equipe, deve estimular ações conjuntas em parceria com a prefeitura, instituições não governamentais e outros grupos sociais existentes na comunidade, para que os problemas priorizados sejam efetivamente solucionados. Concluindo, cada problema selecionado ou priorizado deve ser descrito e analisado, afim de que suas causas e consequências sejam identificadas.



TEXTO DE APOIO

EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS E IDENTIFICAÇÃO DAS SOLUÇÕES NECESSÁRIAS

.....

Como descrito anteriormente, é necessário analisar o problema priorizado pelo grupo, considerando três aspectos: como ele se caracteriza (descrição), o porquê do problema (suas causas), e a proposta de enfrentamento desse problema (soluções necessárias).

Como exemplo, na planilha anterior a comunidade elegeu como prioridade o problema do **elevado índice de gravidez na adolescência**. Vejamos quais etapas explicarão este problema.

Como descrever um problema

A descrição do problema é feita utilizando as informações coletadas no diagnóstico comunitário de saúde. Deve-se procurar caracterizar ou descrever, com o máximo de precisão, a maneira como o problema se manifesta. Utilizar, quando possível, dados quantitativos para mensurar a magnitude do problema. A isto nós chamamos de **descritores do problema**.

No exemplo abaixo, será utilizado o dado encontrado no diagnóstico de saúde da área de abrangência do PSF Angola (p.10), sendo os seguintes os descritores do problema:

D1: 21% de gravidez na adolescência;

D2: dos partos prematuros 35% são de mães adolescentes;

D3: 95% das gestações em adolescentes não foram planejadas.

O passo, seguinte é identificar as causas que levaram à ocorrência do problema. No nosso exemplo surge a pergunta: porque os adolescentes estão engravidando?

A partir deste questionamento o grupo, agora, irá listar as causas, através da técnica de tempestade cerebral. É muito importante que todos da oficina participem, dando sua opinião para que as informações sejam, realmente, o retrato da realidade.

Em seguida as causas deverão ser agrupadas e colocadas no mapa de soluções, que nada mais é do que a descrição de uma solução para cada causa. Neste momento, não estaremos falando de como resolver o problema, mas sim qual a solução necessária para o mesmo. O caminho ou modo de resolver o problema será discutido na elaboração do plano de ação. Tema este a ser abordado no próximo texto.

Tendo como base o exemplo da gravidez na adolescência, vejamos agora, como fazer o mapa de soluções.

Mapa de soluções	
Causas	Soluções
Difícil acesso dos adolescentes à Unidade de Saúde	Estabelecer um dia de atendimento exclusivo para os adolescentes.
Desconhecimento dos métodos contraceptivos	Criar oficinas lúdicas para discutir planejamento familiar na adolescência.
Falta de diálogo entre pais e adolescentes	Elaboração do Projeto Adolescer em Família.

As soluções apontadas, na verdade, são estratégias para o alcance dos objetivos do plano de ação a ser elaborado. Agora, cabe ao grupo de trabalho decidir e elaborar um plano de ação que contemple a vontade de todos os atores sociais envolvidos, o que será estudado nas próximas atividades.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.353-354.



ATIVIDADE XVII

PLANO DE AÇÃO - 1ª PARTE

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Conhecer o conceito prévio dos alunos sobre do Plano de Ação.

Material

- Texto de Apoio: “Plano de ação: Ferramenta do Planejamento”.

Desenvolvimento

- Participe da exposição dialogada promovida pelo Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Plano de ação: Ferramenta do Planejamento”;
- Responda e preencha as questões do quadro a seguir;
- Participe da sistematização da Atividade e esclareça as suas dúvidas.

O que é plano de ação?	Quais os passos para executar um plano de ação?	Como resolver?



TEXTO DE APOIO

PLANO DE AÇÃO: UMA FERRAMENTA DE PLANEJAMENTO

O plano de ação é um dos momentos do planejamento em saúde. Consiste numa ferramenta indispensável para o trabalho das equipes de saúde da família. Com o intuito de fortalecer o vínculo com a comunidade e tornar o processo de planejamento em saúde um ato coletivo e democrático, utilizaremos para a elaboração do plano de ação a metodologia do planejamento participativo, com algumas adaptações para melhor adequação ao processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Segundo Ciapone e Peduzzi (2001, p.23) a participação dos diferentes atores envolvidos no processo é fundamental, especialmente a participação comunitária, o que condiz com os pressupostos do planejamento estratégico. Afirma o autor que é através da participação que a comunidade “empodera-se” para tomar decisões com o objetivo de solucionar problemas. Neste sentido, comunidade e equipe buscam parcerias para que os avanços no setor saúde ocorram de maneira articulada com as expectativas da comunidade, em busca da melhoria da qualidade de vida numa perspectiva intersetorial.

O diagnóstico comunitário de saúde permite levantar os problemas, as necessidades e os recursos existentes na área de abrangência para, juntos, equipe e comunidade, elaborarem o plano de ação. Isto é importante para o sucesso do plano, uma vez que projetos verticalizados geralmente estão fadados ao fracasso.

O objetivo do plano de ação é buscar soluções, de forma compartilhada, para os problemas identificados, entre os que vivem o problema (comunidade) e os que buscam resolvê-los (equipe de saúde da família). Para elaboração do plano, um grupo de trabalho deve ser constituído para definir os objetivos, determinar os meios e os métodos, mobilizar os recursos necessários e avaliar os resultados.

O diagnóstico comunitário de saúde permite levantar os problemas, as necessidades e os recursos existentes na área de abrangência para, juntos, equipe e comunidade, elaborarem o plano de ação. Isto é importante para o sucesso do plano, uma vez que projetos verticalizados geralmente estão fadados ao fracasso.

Para que elaborar um plano de ação?

O objetivo do plano de ação é buscar soluções, de forma compartilhada, para os problemas identificados, entre os que vivem o problema (comunidade) e os que buscam resolvê-los (equipe de saúde da família). Para elaboração do plano, um grupo de trabalho deve ser constituído para definir os objetivos, determinar os meios e os métodos, mobilizar os recursos necessários e avaliar os resultados.

Vejamos alguns conceitos operacionais para realização do plano de ação:

- **Atores sociais:** é um coletivo de pessoas que atuando numa determinada realidade de maneira organizada é capaz de transformá-la. Para isto, estes atores sociais devem ter capacidade de gerir recursos de ordem econômica, cognitiva, organizacional e humana. Os atores devem se relacionar de forma significativa com o problema.
- **Problema:** é a distância existente entre a realidade desejada pelos atores sociais e a situação encontrada. Ou, ainda, é um “mal-estar” que pode ser identificado pelos atores.
- **Interesse diante do problema:** posicionamento ou atitude de cada ator diante da realidade catalogada como problema, que pode ser classificado como: positivo (favorável à transformação), indiferente ou neutro e negativo (contrário à transformação).
- **Espaço do problema:** delimitação dos limites ou fronteiras do problema com relação a outros problemas e, também, com relação ao espaço ou área de atuação do ator que explica (dentro ou fora desse espaço).
- **Descritores do problema:** indicadores qualitativos e quantitativos que caracterizam o problema na situação inicial. Servem para verificar os resultados das operações que pretendem afetá-lo.
- **Explicação situacional:** identificação das causas do problema em função das perspectivas e interesses dos atores.
- **Causas:** problemas que geram o problema central.
- **Estratégias:** ações, atividades ou projetos que deverão ser desencadeados para enfrentamento do problema; combinação de recursos econômicos, cognitivos, organizacionais e de poder, com a finalidade de alcançar um resultado coincidente com o objetivo proposto.

De acordo com Ciapone e Peduzzi (2001, p.26), o planejamento participativo é um método voltado para a resolução de problemas, entendendo-se problema como: *“algo detectado que incomoda um dado ator social e o motiva a buscar soluções adequadas para enfrentá-lo”*.

Assim, entende-se que processar um problema implica necessariamente em:

- Explicar sua origem e seu desenvolvimento, através da descrição detalhada, usando indicadores da realidade;
- Fazer planos, para atacar as causas do problema, o que implica necessariamente buscar parcerias;
- Analisar a viabilidade política do plano ou verificar o modo de construir sua viabilidade;
- Atacar o problema na prática, o que implica ter uma visão dos problemas locais o mais próximo possível da situação concreta, isto é, sem generalizá-los na descrição, tampouco nas propostas de solução.

O planejamento e, por conseguinte, o plano de ação não é uma camisa de força em que os sonhos se encerram. Eles possibilitam que a nossa visão de futuro se torne realizável, permitindo-nos escrever a história dos caminhos possíveis na busca de construir, compartilhar e criar uma comunidade participativa, humana e solidária.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.349-350.

4º DIA



ATIVIDADE XVIII

PLANO DE AÇÃO - 2ª PARTE

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Construir um Plano de Ação para os problemas identificados na área de abrangência de cada Equipe de Saúde da Família.

Material

- Papel A4, papel kraft, pincéis, canetas e lápis;
- Texto de Apoio: “Elaborando um Plano de Ação”.

Desenvolvimento

- Forme grupos, por Equipe de Saúde da Família e realize a leitura do Texto de Apoio: “Elaborando um plano de ação”;
- Sob as orientações do Docente, construa um Plano de Ação preenchendo o quadro, a seguir e apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade e reflita sobre:



Para refletir:

Planejar faz parte do cotidiano das pessoas, na maioria das vezes, planejamos inconscientemente. O Plano de Ação não é nenhum “bicho de sete cabeças”. E você, ACS é capaz de fazê-lo, junto com sua Equipe. Afinal, a vida se constrói com ações e para vivê-la é preciso que as ações aconteçam!

Plano de Ação							
Estratégia	Ações	Atividades	Responsáveis	Participantes	Recursos Humanos	Materiais	Cronog.



TEXTO DE APOIO

ELABORANDO UM PLANO DE AÇÃO

Superado o desafio de priorizar os problemas, analisá-los e explicar suas causas, cabe agora executar a mais difícil das etapas do planejamento: elaboração do plano de ação. Esta etapa, mais técnica, requer conhecimentos específicos em planejamento. Daí a necessidade de elencar, na comunidade, os atores com maior familiaridade em elaborar projetos. Normalmente, estas pessoas são os membros das associações de bairro.

A elaboração do plano consiste, essencialmente, na definição de como concretizar as soluções apontadas. Para isso os seguintes passos deverão ser seguidos:

- **Definição da proposta:** compreende o objetivo central do plano devendo explicitar de forma sucinta e clara o conteúdo do trabalho a ser realizado (o que), o resultado a que se pretende alcançar (para que) e o grupo ou população a quem se destina (para quem). No nosso exemplo, a proposta é **reduzir a prevalência de gravidez na adolescência**.
- **Definição das metas:** representação quantificável da proposta, considerando um determinado período de tempo. Sua descrição deverá refletir uma situação que se deseja alcançar e permitir o acompanhamento dos resultados. Por exemplo: reduzir o índice de gravidez na adolescência para 16% no ano de 2007.
- **Definição das estratégias utilizadas para alcançar a meta.** Como já vimos anteriormente, estratégias são os mecanismos, ou ainda, o modo de fazer, o método de viabilizar o plano. Por exemplo: uma estratégia apontada foi a criação do Projeto Adolescer em Família.

Dentro da estratégia estão as ações e as atividades necessárias para que o plano tenha resultado satisfatório.

Ações – explicitam o conteúdo do que se pretende realizar. A ação é a parte política do plano, ou seja, o comprometimento de todos os atores sociais envolvidos na proposta.

Atividades - são as partes operacionais da estratégia, ou seja, são providências a serem tomadas para que a ação aconteça.

- **Definição dos atores sociais envolvidos no plano.** Para gestão do plano, os atores sociais serão divididos em dois grupos: o primeiro grupo que irá se responsabilizar, diretamente, pela condução do plano - chamaremos aqui de responsáveis. O segundo grupo que será escolhido para realizar as atividades - chamaremos de participantes.
 - **Estabelecimento de recursos:** corresponde a tudo, (recursos humanos e materiais) que será recrutado, utilizado e requerido para a operacionalização do plano. Quando necessário, poderá ser colocado o orçamento, ou seja, a descrição dos recursos com o respectivo valor a ser gasto. Normalmente, o orçamento é inserido no plano somente quando a ESF necessita de recursos externos que fogem à sua governabilidade.
 - **Definição do prazo:** Consiste na estimativa do tempo de duração do plano de ação. Todo plano de ação tem começo (elaboração), meio (monitoramento) e fim (avaliação).
 - **Elaboração de um cronograma:** é a distribuição das atividades em um tempo cronológico, e a sucessão como cada atividade irá ocorrer ao longo do tempo previsto para o desenvolvimento do plano.
- Para facilitar a visualização e o acompanhamento do plano, sugerimos que o mesmo seja colocado em uma planilha. Agora iremos mostrar um exemplo de uma planilha para facilitar sua compreensão. O nosso problema será **o elevado índice de gravidez na adolescência**.

PROPOSTA: Diminuir o índice de gravidez na adolescência na área de abrangência do PSF Angola.

META: Reduzir para 16% o índice de gravidez na adolescência no ano de 2006.

Plano de Ação							
Estratégia	Ações	Atividades	Valor Unitário (R\$)				Cronog.
			Responsáveis	Participantes	Recursos Humanos	Materiais	
Implantar Projeto Adolescer em Família na escola do bairro.	Envolver a escola, pais e grupos sociais existentes na comunidade no processo de implantação do projeto	Marcar reunião com os professores, pais e representantes dos grupos sociais para explicar o projeto.	ACS Representante do usuário no conselho local de saúde	ACS Representante do usuário no conselho local de saúde	ESF + Usuário	ESF	20/01/07
		Realizar a reunião de sensibilização com os professores, pais e grupos sociais	ACS / Médico da equipe	ESF professores Alunos Pais Representantes dos grupos sociais do bairro	ESF	Cópia do projeto* data -show *lanche	30/01/07
Implantar Projeto Adolescer em Família na escola do bairro.	Envolver a escola, pais e grupos sociais existentes na comunidade no processo de implantação do projeto	Criar oficinas lúdicas para discutir planejamento familiar na adolescência	ACS / Enfermeiro	*ESF professor(es) Representantes dos alunos Representante dos pais	ESF	*Papel kraft *Papel A4 *Pincéis Balões	fevereiro / 2007

O passo seguinte do plano de ação é desenhar o cronograma.

COMO FAZER CRONOGRAMA?

É muito simples. Agora você vai elaborar uma planilha onde serão colocadas as atividades e o prazo de execução de cada uma. Veja o exemplo abaixo:

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES PROPOSTAS											PERÍODO DE __a__	
Atividades	Meses											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Marcar reunião com os professores, pais e representantes dos grupos sociais para explicar o projeto												
Realizar a reunião de sensibilização com os professores, pais e grupos sociais												
Criar oficinas lúdicas para discutir planejamento familiar na adolescência												
Realizar as oficinas de planejamento familiar												
Marcar reunião com os professores, pais e representantes dos grupos sociais para explicar o projeto.						ACS Representante do usuário no conselho local de saúde						

Uma vez elaborado o plano de ação, cabe agora trabalhar outra dimensão – a avaliação que deve ser de forma processual e contínua, para garantir o cumprimento das atividades propostas. A checagem sistemática da realização das atividades é o que chamamos de “monitoramento”. O plano deverá ter um sistema de monitoramento periódico, o que permite corrigir os erros e entraves sem prejudicá-lo.

MAS, COMO MONITORAR?

Assim como a elaboração do plano, o processo de monitoramento deve ser feito de forma coletiva e participativa, onde os responsáveis pelo plano deverão reunir periodicamente com os demais participantes, para discutir o andamento das atividades e os resultados obtidos até então.

Sugerimos um modelo de planilha de monitoramento do plano de ação que pode ser modificado de acordo com a necessidade de cada equipe.

Vejamos o exemplo abaixo:

PLANILHA DE MONITORAMENTO DO PLANO DE AÇÃO
PROPOSTA: Diminuir o índice de gravidez na adolescência na área de abrangência do PSF Angola
META: Reduzir para 16% o índice de gravidez na adolescência no ano de 2006
ESTRATÉGIA: Implantar Projeto Adolescer em Família na escola do bairro
AÇÃO: Envolver a escola, pais e grupos sociais existentes na comunidade no processo de implantação do projeto.

Atividades	Responsável	Prazo	Situação atual	Novo prazo	Resultado

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.365-368.



ATIVIDADE XIX

PROCEDIMENTOS NA VISITA DOMICILIAR

.....
Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Compartilhar as diferentes experiências em visitas domiciliares;
- Refletir e compreender a importância de se fazer a visita domiciliar com qualidade.

Material

- Texto de Apoio: “Falando da visita domiciliar”.

Desenvolvimento

- Participe da exposição dialogada, junto com seus colegas e Docente;
- Forme grupos e siga as orientações do Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Falando da Visita Domiciliar”;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente;



TEXTO DE APOIO

FALANDO DA VISITA DOMICILIAR

.....

A visita domiciliar é uma das atividades mais importantes do Agente Comunitário de Saúde. É através dela que ele vai poder fazer o cadastramento e o acompanhamento das famílias e, principalmente o trabalho educativo, orientando as pessoas como evitar as doenças e cuidar melhor da sua saúde.

As visitas domiciliares devem ser feitas sempre. Elas fazem parte da rotina do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Quando visitamos uma família utilizamos a entrevista, que é uma conversa direcionada com às pessoas. Fazendo o acompanhamento das famílias através da visita domiciliar, é possível:

- identificar as pessoas que estão bem de saúde e as que não estão;
- conhecer os principais problemas de saúde das pessoas;
- conhecer as condições de moradia, de trabalho, os hábitos, as crenças, os costumes e os valores;
- descobrir o que as pessoas precisam saber para cuidar melhor de sua saúde;
- ajudar as pessoas a refletirem sobre os seus problemas de saúde e ajudá-las a organizar suas ações para tentar resolvê-los;
- identificar as famílias que precisam de um acompanhamento mais próximo e mais frequente;
- ensinar às pessoas medidas simples de prevenção e orientá-las a usar corretamente os medicamentos.

Uma visita, para ser bem feita, precisa ser planejada. Planejar é ver os detalhes da visita antes de fazê-la. Planejando, o Agente Comunitário de Saúde aproveita melhor o seu tempo e respeita o tempo das pessoas que vai visitar. Assim, antes de fazer uma visita...

Dá licença! Posso entrar?

É preciso:

- Ter claro o motivo da visita: se é para fazer o cadastramento da família, para o acompanhamento das crianças, ou gestantes ou de alguma pessoa doente. É importante informar às pessoas o motivo da visita, sua utilidade e importância;
- Quando você for visitar pela primeira vez a casa de uma família, antes de qualquer coisa, é importante que você se apresente: diga seu nome, qual o seu trabalho, a importância que ele tem, o motivo da sua visita e se você pode ser recebido naquele momento;

- É importante saber o nome de alguém da família que você vai visitar. É uma demonstração de interesse e respeito pelas pessoas;
- 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 tempinho, se for necessário. Na hora da visita, é preciso ter sensibilidade para saber se as pessoas querem ou não conversar mais um pouquinho;
- Para conquistar a confiança e o respeito das pessoas, é preciso valorizar os seus costumes, as suas crenças, o seu modo de ser, seus problemas e seus sentimentos. E é preciso saber que todas as informações que lhe são repassadas pela família são confidenciais e você deve guardar sigilo, por questões éticas;
- Antes de começar a fazer perguntas, é bom conversar um pouco com as pessoas sobre assuntos que elas gostam de falar, sobre o trabalho, a casa, as crianças, as notícias de rádio, as novelas de televisão etc.;
- Só se deve pedir informações que têm sentido. É necessário explicar o porquê das perguntas, a importância das respostas e para que elas vão servir;
- A entrevista é uma oportunidade para ensinar e aprender. É bom fazer perguntas não só para conseguir informações, mas também para levar as pessoas a pensarem de novas maneiras.

Depois de fazer uma visita...

O Agente Comunitário de Saúde deve verificar se conseguiu as informações necessárias, vendo o que deu certo na visita, para poder corrigir as falhas. Isso é importante para planejar as próximas visitas. Toda família deve ser visitada uma vez por mês, mas ela pode receber mais de uma visita, se existir alguma situação de risco, como:

- recém-nascido com menos de dois quilos e meio;
- criança desnutrida;
- recém-nascido que não está sendo amamentado no peito;
- criança com doenças graves;
- gestante com problemas de saúde;
- outras pessoas com problemas de saúde;
- famílias isoladas por barreiras geográficas, culturais.

Além disso, na primeira semana de vida do bebê, é muito importante que ele seja visitado, assim como a mãe de resguardo (a puérpera). Sempre que existirem situações de risco, você deve apresentar o problema para o seu docente/supervisor e procurar com ele um jeito de dar prioridade a esses casos e planejar ações para resolvê-los.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.211-213.



ATIVIDADE XX

ÉTICA NA VISITA DOMICILIAR

.....
Tempo estimado: 2 horas

Objetivos

- Compreender e valorizar atitudes de respeito e tolerância às diferenças culturais, religiosas, sexuais, raciais, econômicas e sociais nas relações estabelecidas com as famílias;
- Reconhecer a importância da postura ética na visita domiciliar.

Material

- Texto de Apoio: “Visita Domiciliar: saberes e posturas”.

Desenvolvimento

- Formem grupo e participe da dramatização;
- Siga as orientações:

GRUPO 1 – SITUAÇÃO 1

Dramatizar uma situação de visita domiciliar baseada nas vivências de trabalho onde o ACS encontra uma situação de conflito com divergência de valores (culturais, religiosos ou raciais, etc.) e falhas na comunicação entre o Agente e a família. O ACS deverá demonstrar uma postura de descompromisso com o trabalho, se limitando ao procedimento necessário que veio fazer na visita, demonstrando desinteresse em relação às condições de vida da família. A situação deve ser dramatizada em três tempos:

Tempo 1 – preparação do ACS para visita;

Tempo 2 – o ACS chega a casa no cotidiano da família;

Tempo 3 – visita domiciliar em situação de conflito;

GRUPO 2 - SITUAÇÃO 2

Dramatizar uma situação de visita domiciliar baseada nas vivências de trabalho onde o ACS encontra uma situação de conflito no domicílio com divergência de valores (culturais, religiosos ou raciais, etc.) e falhas na comunicação entre o Agente e a família. O ACS deve assumir uma postura de tentar conquistar a confiança e o respeito da família durante a visita. Também deve ser dramatizada em três tempos:

Tempo 1 – preparação do ACS para visita;

Tempo 2 – o ACS chega na casa, no cotidiano da família;

Tempo 3 – visita domiciliar em situação de conflito;

GRUPO 3 – OBSERVADORES

Observar atentamente as situações dramatizadas, anotando todos os pontos que avaliarem importantes e após as dramatizações, em plenária, divulgar todas as questões registradas.

- Observar atentamente as situações dramatizadas, anotando todos os pontos que avaliarem importantes e após as dramatizações, em plenária, divulgar todas as questões registradas.
- Faça a leitura do Texto Apoio: “Visita Domiciliar: saberes e posturas”;
- A partir dos registros publicizados pelo Grupo 3 e a leitura do Texto, participe do debate, junto com a turma e reflita acerca da seguinte assertiva:
 - Cada país, região, estado, município, comunidade e família possui uma cultura própria com seus valores, seus códigos de conduta e comunicação, seus rituais, credos, etc.;
 - Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



Para refletir:

Como respeitar a dinâmica de funcionamento própria de cada grupo familiar?

- **Existem padrões de certo e de errado para formulação de opiniões sobre os diversos tipos de famílias com as quais o ACS trabalha?**
- **Como compreender aquilo que é divergente aos nossos valores e padrões culturais? Quais cuidados teremos de ter para não criarmos rótulos?**



TEXTO DE APOIO

VISITA DOMICILIAR: SABERES E POSTURAS

.....

A identidade profissional do agente de saúde vem se construindo a partir de suas ações de educação e de assistência às famílias nos domicílios e dos vínculos afetivos que estabelecem com estas.

O agente de saúde, como integrante do lugar onde trabalha, consegue com maior facilidade entender o ponto de vista, os sentimentos e os comportamentos das pessoas com as quais interagem, estabelecendo uma relação de confiança e credibilidade necessárias e capazes de desencadear mudanças positivas no comportamento das pessoas em relação a sua saúde.

Grande parte do sucesso do trabalho dos agentes de saúde se deve justamente a sua forma de compreender, vivenciar e visitar os domicílios como lares. Para os ACS's, o domicílio não é apenas um domicílio, uma casa, mas também, um lar, ou seja, um espaço de vivências afetivas carregado de significados para todos que ali moram.

Para que esta competência do ACS seja cada vez mais desenvolvida, destacamos abaixo alguns aspectos do saber-fazer (habilidades práticas) e do saber-ser (atitudes, valores) importantes neste trabalho de visita domiciliar necessários ao aprimoramento da relação ético-profissional de todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família:

SABER FAZER

Na visita domiciliar o saber-fazer do ACS compreende três aspectos importantes:

A) Ter clareza do objetivo da visita. O objetivo principal de uma visita parte de uma necessidade de saúde. É importante que haja um planejamento da visita no sentido de estabelecer um roteiro que sirva de base para a conversa e marcar horário adequado à família. O roteiro é apenas para dar suporte a isto e não algo a ser obedecido ao pé da letra;

B) Conhecer bem os procedimentos específicos da sua prática profissional em relação aos cuidados necessários à promoção e prevenção da saúde.

C) Saber conhecer e se comunicar com a família. Isto pode ser feito observando, ouvindo e perguntando:

- Sempre que for a primeira vez que você estiver visitando a família é importante que o profissional se identifique, esclareça o seu papel e o motivo de sua visita, bem como certificar-se de que foi bem entendido o sentido do seu trabalho junto a essa família;
- Saber e chamar as pessoas da família pelos seus nomes demonstra respeito e interesse, além de proporcionar um melhor nível de confiança entre as pessoas;
- É importante estabelecer um clima agradável para conversa e se possível tentar envolver as outras pessoas da família presentes na casa. Isto favorece um clima de roda de conversa e não de entrevista técnica;
- Numa visita é importante observar, ouvir e reunir informações. Você pode conhecer os costumes e os hábitos de uma família observando a forma como os móveis estão arrumados no ambiente, as formas de tratamento entre seus membros, a rotina das pessoas e do lar, pelos programas de rádio e TV preferidos, por atividades de lazer e, até mesmo, através da maneira como se apresentam os enfeites e objetos de estimação que faz a decoração da casa, etc;
- Pergunte também sobre a família e os amigos, e não somente sobre os problemas de saúde;
- Se for necessário fazer anotações, cuide para que estas não cortem a fala das pessoas;
- Não se limitar a fazer perguntas que as pessoas já saibam as respostas que um profissional da saúde quer escutar. Por exemplo: Você está dando de mamar no peito? Qual a sua alimentação? Você lava os alimentos antes de consumi-los? Estas informações podem ser obtidas com perguntas que explorem o como as pessoas fazem e se cuidam, por exemplo: Como é a sua rotina durante o dia? O que você faz desde a hora que acorda até a noite? Como você está dando de mamar no peito? Estas perguntas sinalizam para o modo de viver da família e podem ser respondidas sem que as pessoas se sintam invadidas em sua privacidade;
- É imprescindível que as perguntas e a conversa levem as pessoas da família a refletirem sobre seus problemas e seus recursos para superá-los porque, muitas vezes, a família não consegue perceber novas soluções e o profissional pode ajudá-la a perceber novas formas de solução para seus problemas;
- Certificar-se de que realmente houve troca de saberes, pois as pessoas possuem níveis de escolaridade e compreensão do mundo de formas bastante diversificadas. Para isto, é importante usar um vocabulário e/ou outros recursos que ajudem a comunicação e garantam a compreensão da informação. Por exemplo, quando se está orientando pessoas que não sabem ler a utilizar corretamente uma dada medicação para facilitar a compreensão, é interessante fazer desenhos nas receitas e nos rótulos dos remédios tais como:

<p>= sol, indicando que deve ser tomado durante o dia, = lua para indicar que deve ser usado durante a noite,</p>

- As crenças e valores que integram uma dinâmica familiar são para serem compreendidas e não julgadas em termos de certo e errado. É responsabilidade do profissional da saúde buscar conhecer cada vez melhor a família, respeitá-la e procurar adaptar a sua prática para atender as necessidades desta e não o contrário.

SABER SER

No trabalho do ACS é importante cultivar atitudes e valores, tais como:

- Compreender a casa como espaço da intimidade e da privacidade das pessoas e o profissional da saúde precisa buscar sempre o consentimento e permissão da família para entrar. Isto é sempre uma conquista;
- Ter bom senso para perceber quando as pessoas querem ou não continuar a conversa durante aquele momento. É importante respeitar o tempo que você pensou para visita, mas também estar aberto para modificar os seus horários, ficar ou não um tempo a mais com a família pode ter um importante significado para uma boa relação de confiança entre esta e o profissional;
- Procurar sempre estar numa posição, junto com as famílias, de apoio para descobrir novas alternativas de solução para os conflitos vivenciados pelas famílias, não se colocando na posição de “dono-da-verdade” e portador de soluções para todos os problemas;
- Cuidar para sempre entender os fatos, comportamentos e sentimentos a partir do ponto de vista da família, procurando ser solidário às suas esperanças, conquistas, sofrimentos, dores e receios. É preciso ser competente para enxergar permanentemente as diferenças culturais sem fazer julgamentos de bom ou mal ou certo ou errado;
- Manter o absoluto sigilo de todas as informações obtidas durante a visita faz parte da postura ética profissional;
- É importante que em cada comunidade/território a Equipe de Saúde da Família discuta os comportamentos, gestos, vestuários, linguagem, etc., por parte dos profissionais de saúde que possam ser mal interpretadas e causar conflitos de valores religiosos e culturais. Ex.: usar roupas indiscretas e/ou inapropriadas ao horário de trabalho, fumar durante a visita domiciliar, etc.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.211-213.

	<p>ATIVIDADE XXI</p> <p>SEM CADASTRO NÃO VAI</p> <p>.....</p> <p>Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos</p>
---	--

Objetivo

- Compreender a importância do cadastramento das famílias da área de atuação da ESF.

Material

- Texto de apoio: “Cadastrando as famílias”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura circular do Texto Apoio: “Cadastrando as famílias”;
- Participe da exposição dialogada promovida pelo Docente;
- Socialize as suas ideias;
- Participe da sistematização da Atividade e esclareça as suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

CADASTRANDO AS FAMÍLIAS

Para conhecer as condições de vida das famílias que vai acompanhar, o ACS precisa cadastrar todas as famílias.

O cadastramento é colocar no papel todas as informações a respeito da comunidade, e para isso o ACS tem fichas para preencher. O cadastramento vai mostrar como são as famílias do ACS: quem são, quantos são, quais as faixas etárias, quais seus problemas de saúde mais comuns, condições de moradia e saneamento, como se divertem, trabalham, procuram resolver seus problemas, etc. Pode-se então perceber a importância do cadastramento familiar, devendo ser utilizado no planejamento do seu trabalho, ajudando o ACS a priorizar suas ações.

Para o trabalho da ESF, o cadastro das famílias constitui uma informação primordial, devendo todo o cadastro estar atualizado. O cadastro deve ser utilizado na rotina do trabalho do ACS.

De acordo com as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, cada agente acompanha em média 575 pessoas da sua comunidade.

O cadastramento ajuda o ACS, a saber, por onde começar seu trabalho, e priorizar suas atividades. A informação coletada pelo agente tem um objetivo muito importante, com elas a equipe da unidade de saúde vai saber que é preciso fazer, para evitar as doenças que mais ameaçam a comunidade.

Após cadastrar as famílias, as fichas vão para a unidade de saúde para formar o cadastro daquela comunidade. As informações devem ser analisadas e discutidas pelo ACS com a equipe de saúde.

Algumas coisas que você não pode esquecer:

- Cada família deve ter um só formulário preenchido, não importa o número de pessoas na casa.
- As informações que você conseguir serão úteis para planejar o seu trabalho na organização das visitas familiares, nas reuniões comunitárias e em outras atividades.
- A ficha de cadastramento deve ficar com você. A cada mês, o ACS deverá levá-la à unidade de saúde, para junto com a equipe, organizar as informações e planejar seu trabalho.
- Anote em seu caderno qualquer outra informação sobre a família que você considerar importante, para discutir com a equipe da unidade de saúde. Ex.: suspeita de violência familiar.
- As anotações na ficha devem ser feitas a lápis. Se você errar, é só apagar.

Em cada visita, o ACS deve estar com seu cadastro (Ficha A) em mãos para realizar atualizações necessárias, por exemplo, numa visita a puerpera para cadastrar o bebê, o filho do Sr. João que chegou com a esposa e filhos para morar com os pais, e uma família que veio da capital ou outra localidade morar na sua comunidade etc.

Os dados coletados pelo agente têm um objetivo muito importante, pois a partir deste cadastro, as informações deverão ser analisadas e discutidas em ESF para fazer o diagnóstico da comunidade e para planejar o trabalho da Equipe.

Orientações para preenchimento da ficha de cadastramento - Ficha A

FICHA A (1)		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (2)			UF (3)
ENDEREÇO (4)			NÚMERO (5)	BAIRRO (6)	CEP (7)
MUNICÍPIO (8)	SEGMENTO (9)	ÁREA (10)	MICROÁREA (11)	FAMÍLIA (12)	DATA (13)

Agora, repare bem na parte de cima da ficha de cadastro. No alto, à esquerda, está identificada a Ficha A (1). Depois vem a referência à secretaria Municipal de Saúde e ao Sistema de Informação da atenção básica - SIAB (2) - que é um sistema de informação, montado pelo Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde, responsável pelo PACS/PSF, para juntar todas as informações de saúde das micro áreas dos municípios brasileiros onde você, agente, atua, assim como as Equipes de Saúde da Família. As informações registradas na Ficha A são encaminhadas para a Secretaria de Saúde do município e, parte delas, vai para a Secretaria de Saúde do Estado e, finalmente, para o Ministério da Saúde. A ficha de cadastramento é um instrumento que permite aos gestores municipais, estaduais e federal conhecerem a realidade da saúde das pessoas dos municípios brasileiros. E tudo começa com o seu trabalho!

Vamos continuar?

No canto direito da ficha, ao lado das letras UF (Unidade da Federação) (3) há dois quadrinhos que devem ser preenchidos com as duas letras referentes à sigla do Estado. Por exemplo: PB para Paraíba; MG para Minas Gerais; BA para Bahia, e assim por diante.

Logo abaixo você encontra espaço para escrever o endereço da família (4) como o nome da rua (ou avenida, ou praça, ou beco, ou fazenda, ou estrada, ou qualquer que seja a denominação), o número da casa (5), o bairro (6) e o CEP (7) que é a sigla para o Código de Endereçamento Postal. Na linha de baixo vem os espaços que devem ser preenchidos, com números fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (o código do município) (8); pela secretaria Municipal de Saúde (segmento e área) (9) e (10), ou pela equipe de saúde (micro área) (11). A equipe de saúde vai lhe ajudar a encontrar esses números e explicar o que eles significam.

Depois estão os três quadrinhos para o próprio ACS registrar o número da família na ficha (12). A primeira família será o número 001, a 10ª será o10, a centésima 100 e assim por diante. Por fim, o espaço para data (13) onde o ACS deve colocar o dia, mês e ano em que está sendo feito o cadastramento daquela família.

Vamos agora continuar a orientação para preencher o cadastro da família. Observe a ficha a seguir:

Cadastro da Família							
PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME (1)	DATA NAS.(2)	IDADE (3)	SEXO (4)	ALFABETIZADO (5)		OCUPAÇÃO(6)	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (Sigla) (7)
				SIM	NÃO		
Nelson de Jesus Souza	04/06/65	40	M	X		Agricultor	TB,ALC
Maria de Fátima	21/12/81	24	F	X		Comerciária	GES
Umbelina Lima Souza	-	63	F		X	Dona de Casa	DIA , HA
Ana Rosa Oliveira	05/11/86	19	F		X	Empregada da domestica	-

Abaixo da palavra Nome (1), tem uma linha reservada para cada pessoa da casa (inclusive empregados que moram ali) que tenha 15 anos ou mais. À direita, a continuidade de cada linha, estão os espaços (campos) para dizer dia, mês e ano do nascimento (2), a idade (3), sexo (4) de cada pessoa (M para masculino e F para feminino).

Caso não tenha informação sobre a data do nascimento, anotar a idade que a pessoa diz ter.

O quadro alfabetizado (5) é para informar se a pessoa sabe ler ou não. Não é alfabetizada a pessoa que só sabe escrever o nome. Se for alfabetizado, marque um X na coluna sim. Se não é alfabetizada marque com um X a coluna não.

Depois vem o espaço (6) para informar a ocupação de cada um. Se a pessoa estiver de férias, ou de licença ou afastado temporariamente do trabalho, você deve anotar a ocupação mesmo assim. O trabalho doméstico é uma ocupação, mesmo que não seja remunerado. Se a pessoa tiver mais de uma ocupação, registre aquela a que ela dedica mais horas de trabalho.

Será considerada desempregada a pessoa que foi desligada do emprego e não está fazendo qualquer atividade, como prestação de serviços a terceiros, "bicos".

Por fim, vem o quadro (7) para registrar o tipo de doença ou condição em que se encontra a pessoa. O ACS não deve solicitar comprovação de diagnóstico e não deve registrar os casos que foram tratados e já alcançados cura.

ATENÇÃO

O ACS, além de referir doenças existentes na família, deve referir condições em que as pessoas se encontram, como: gestação, deficiência, dependência de drogas, etc. Nestes casos, deve ser anotado a condição referida.

É interessante que você saiba o que se considera DEFICIÊNCIA, para saber melhor como anotar essa condição de que as pessoas são portadoras: DEFICIÊNCIA é o defeito, ou condição física, ou mental de duração longa ou permanente que, de alguma forma, dificulta ou impede uma pessoa da realização de determinadas atividades cotidianas escolares, de trabalho ou de lazer. Isso inclui desde situações em que o indivíduo consegue realizar sozinho todas as atividades que necessita, porém com dificuldade ou através de adaptações, até aquelas em que o indivíduo sempre precisa de ajuda nos cuidados pessoais e outras atividades.

A seguir a parte do cadastro para identificação de pessoas de 0 a 14 anos, 11 meses e 29 dias, isto é, pessoas com menos de 15 anos.

Cadastro da Família							
PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME (1)	DATA NAS.(2)	I D A D E (3)	S E X O (4)	ALFABETIZADO (5)		OCUPAÇÃO (6)	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (Sigla) (7)
				SIM	NÃO		
Davidson Santos Souza	02/09/92	13	M		X	Estudante	-
Francisco de Jesus Souza	05/08/98	7	M	X		-	-
Cristina de Jesus Souza	03/04/04	0	F		X	-	-

Siglas para indicação das doenças ou condição referida	
ALC- Alcoolismo CHA- Chagas DEF- Deficiência DIA – Diabetes EPI – Epilepsia	GES – Gestação HA- Hipertensão Arterial TB- Tuberculose HAN – Hanseníase MAL- Malária

Os campos para nome, data de nascimento, idade e sexo devem ser preenchidos como no primeiro quadro de pessoas com 15 anos ou mais.

No campo destinado a informar se frequenta escola, marcar com um x se a pessoa está indo ou não à escola. Se ela estiver de férias, mas for continuar os estudos no período seguinte, marcar o X para sim.

Anotar a ocupação de crianças e adolescentes é importante no cadastramento, pois irá ajudar a equipe de saúde a procurar as autoridades competentes sobre os direitos da criança e do adolescente, para medidas que possam protegê-las contra violência e exploração.

Agora que você já sabe como preencher a frente da ficha, vamos aprender o verso da ficha. Os campos do verso da Ficha A servem para caracterizar a situação de moradia e saneamento e outras informações importantes acerca da família.

Situação de Moradia e Saneamento	
1- TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material reaproveitado	
Outro- especificar	
2- NÚMERO DE CÔMODOS	
3 – ENERGIA ELÉTRICA	
4- DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado/enterrado	
Céu aberto	
5- TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração Fervedura	
Cloração	

Sem tratamento	
6- ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
7- DESTINO DAS FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

Repare que há um campo para o tipo de casa, com quadrinhos para assinalar com X o material usado na construção **(1)**. Se o material não é nenhum dos referidos, você tem um espaço para explicar o que foi usado na construção da moradia. É ali onde está escrito Outros - especificar.

Logo abaixo você tem onde informar o número de cômodos. Uma casa de quarto, sala, banheiro, cozinha, tem 4 cômodos **(2)**. Se só um quarto e uma cozinha, são 2 cômodos. Atenção para o que não é considerado cômodo; corredor, alpendre, varanda aberta e outros espaços que pertencem à casa, mas não são usados para morar.

Abaixo deve ser informado se a casa tem energia elétrica **(3)**, mesmo que a instalação não seja regularizada. Em seguida, o destino do lixo**(4)**.

Continuando a ficha, estão os quadros para informar sobre o tratamento da água na casa **(5)**, a origem do abastecimento da água utilizada **(6)**, e qual o destino das fezes e urina **(7)**.

Continuando. Na metade de baixo da ficha está o quadro para outras informações.

Alguém da família possui plano de saúde? (1)	Número de pessoas cobertas por plano de saúde
Nome do Plano de Saúde	

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benedeira	
Farmácia	
Outros - especificar	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Telefone	
Outros - especificar	
PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - especificar	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - especificar	

Primeiro, o agente tem um espaço (1) para dizer sim ou não se alguém da família possui Plano de Saúde e outro para informar quantas pessoas são cobertas pelo Plano. Logo abaixo o nome do Plano de Saúde.

Depois você deve anotar que tipo de socorro aquela família está acostumada a procurar em caso de doença (2) e quais os meios de comunicação (3) mais utilizados na família.

À direita, estão os quadros para anotar se aquela família participa de grupos comunitários (4) e para informar os meios de transportes que mais utilizam (5).

Observações (6)

Para completar vem o espaço para você escrever as observações que considerar importante a respeito da saúde daquela família (6).

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.89-93.

5º DIA



ATIVIDADE XXII

O SIGNIFICADO DAS INFORMAÇÕES DO SIAB

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivos

- Conhecer e reconhecer o significado dos dados contidos no SIAB;
- Reconhecer a importância da atualização dos dados do SIAB para planejamento das ações das Equipes Saúde da Família.

Material

- Fichas de cadastro;
- Fichas de acompanhamento do SIAB (TBC, Gestante, HAS, DIA, etc).

Desenvolvimento

- Forme grupos, preferencialmente por ESF;
- Reflita e responda as seguintes perguntas:
 1. O que o Agente Comunitário de Saúde necessita para desenvolver com eficiência suas atividades diárias?
 2. Quais as ferramentas e os instrumentos necessários para desenvolvê-las?
 3. Existe alguma forma de comprovar estas atividades?
 4. O que é registrado nas fichas do SIAB?
 5. O que você faz ao final do mês com estes dados?
 6. É importante atualizar mensalmente estas informações? Por quê?
 7. Se não é atualizado, quais as sugestões do grupo para que isto aconteça?

- Siga as orientações do Docente;
- Responda as demais questões, a seguir de acordo com a ficha que o seu grupo receber:

Grupo 1- Famílias

Grupo 2- Diabéticos e Hipertensos

Grupo 3- Tuberculose e Hanseníase

Grupo 4- Gestantes

Grupo 5- Criança (discutir sobre o Cartão da Criança)

1. Qual a utilidade destas informações?
2. O que significam estas informações?

- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente e esclareça as suas dúvidas.

	FICHA SIAB	UTILIDADE	SIGNIFICADO
A	FAMÍLIAS	Conhecer as condições de vida de todas as famílias de sua área de abrangência.	<p>Para que a equipe de saúde possa planejar melhor sua intervenção, por exemplo:</p> <p>*Saber quantas pessoas vivem na sua área para poder planejar suas ações de forma que ninguém fique sem atendimento;</p> <p>* Conhecer as condições de saneamento e riscos ambientais para ajudar a prevenir possíveis doenças e melhorar as condições de vida naquela área;</p> <p>*Identificar as crianças, adolescentes, homens, mulheres, adultos e idosos que precisam de visita de acompanhamento nas casas. Por isto esta fichas deve ser sempre atualizada porque estas informações mudam constantemente.</p>
B	GESTANTES		<p>Conhecer e acompanhar gestantes na comunidade.</p> <p>*Acompanhar com a equipe de Saúde da Família o pré natal de todas as gestantes;</p> <p>*Assegurar o acompanhamento dos recém nascidos desde o seu nascimento;</p> <p>*Conhecer os casos de gravidez de risco para um acompanhamento especial.</p>

	FICHA SIAB	UTILIDADE	SIGNIFICADO
B	<p>DIABÉTICOS E HIPERTENSOS</p> <p>TUBERCULOSE E HANSENÍASE</p>	<p>Acompanhamento de todas as pessoas com estas doenças.</p> <p>Acompanhamento de todas as pessoas com estas doenças.</p>	<p>*A equipe deve conhecer as pessoas diabéticas e hipertensas na comunidade;</p> <p>*Como estas doenças não tem cura, a equipe precisa planejar ações educativas para ajudar essas pessoas a viverem melhor, ajudando a mudar seus hábitos de vida e usando corretamente os medicamentos.</p> <p>*A equipe deve conhecer as pessoas da sua área;</p> <p>*Estas doenças são transmissíveis, por isto, é importante a equipe saber quais pessoas que convivem com os pacientes, para orientar as famílias a evitarem a transmissão.</p>
C	<p>CRIANÇA</p>	<p>É uma cópia do cartão da criança que contém informações importantes que são utilizadas pela equipe de saúde para acompanhamento da criança.</p>	<p>*Visita a puérpera e ao recém nascido logo após o nascimento, comunicando o fato a equipe de Saúde da Família;</p> <p>*Dedica atenção especial a declaração de nascido vivo – DN e ao registro de nascimento, higiene, aleitamento materno, conforto da mãe e filho, infecção puerperal, cicatriz umbilical, vacinação e “Teste do Pezinho”;</p> <p>*Agenda visita do enfermeiro á família e 1 a consulta com o médico;</p> <p>*Realiza acompanhamento especial durante o primeiro mês e seguimento nos meses seguintes.</p>

Obs.: Este quadro servirá como orientação para o Docente, que poderá completá-lo quando sentir necessidade, de acordo com a realidade local.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.95.



ATIVIDADE XXIII
DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS
.....
Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Reconhecer a importância da correta notificação de nascidos vivos.

Material

- Fichas de Declaração de nascidos vivos (providenciar com antecedência);
- Texto de Apoio: “A importância da Declaração de Nascidos Vivos”.

Desenvolvimento

- Forme dupla com o seu colega, priorizando por Equipe de Saúde da Família;
- Preencha o formulário de Nascidos Vivos para os ACS, e orientar para o preenchimento;
- Responda as questões, a seguir e apresente em plenária:
 1. Por que é importante que a Equipe de Saúde da Família saiba quantas pessoas nascem em sua área?
 2. Qual a importância dos dados preenchidos nessa ficha?
 - Siga as orientações do Docente.
 - Faça a leitura do Texto de Apoio: “ A Importância da Declaração de Nascidos Vivos”;
 - Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

A IMPORTÂNCIA DE DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS³
.....

Danielle Costa Silveira

O número de nascimentos em um determinado período e localidade é uma informação indispensável para o planejamento de programas de saúde, possibilitando a elaboração de indicadores demográficos, epidemiológicos, político-sociais e econômicos, entre outros, que representam a realidade da comunidade. A partir desse dado é possível subsidiar as ações de saúde, elaborando programas de saúde materno-infantil que identifiquem a população alvo para campanhas de vacinação, vigilância nutricional, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, entre outros.

A fonte utilizada para o levantamento de nascimentos em um dado local e período é o Registro Civil, porém as informações contidas neste documento podem não refletir a realidade pela ocorrência do sub-registro ou ainda má qualidade das informações preenchidas.

³Texto Adaptado por Danielle Costa Silveira.

No Brasil, o órgão responsável pela coleta, processamento, análise e divulgação das estatísticas vitais, é o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) com base nas informações do Registro Civil.

Devido aos problemas existentes ligados à obtenção de informações por intermédio do Registro Civil, como sub-registro e informações incompletas, e tendo por base sistemas internacionais e experiências isoladas de alguns estados brasileiros, atualmente adota-se os registros hospitalares como principal fonte de dados sobre nascimentos, através de um documento preenchido em hospitais ou outras instituições de saúde onde ocorreram os partos e em Cartórios de Registro Civil, quando os nascimentos são domiciliares. Dessa maneira, pode-se estruturar a Declaração de Nascido Vivo (DN).

A Declaração de Nascido Vivo (DN) é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde (MS), que contém informações importantes na definição do perfil epidemiológico da população, como peso ao nascer, Índice de Apgar, duração da gestação, tipo de parto e paridade, informações essas fundamentais na construção de coeficientes específicos de mortalidade infantil para a área de saúde materno-infantil. Trata-se de um documento padronizado e individualizado, pré-numerado, constituído de três vias, com cores e finalidades distintas:

Via branca: é enviada aos órgãos regionais das Secretarias Estaduais de Saúde, com finalidade estatística;

Via amarela: é destinada à família para apresentação ao Cartório, no momento do registro civil do nascimento;

Via rosa: também se destina à família para ser entregue ao serviço de saúde numa primeira consulta da criança, para fornecer informações sobre o seu nascimento. Para essa terceira via existe um fluxo alternativo, proposto pelo Ministério da Saúde, no qual o hospital envia-a diretamente às unidades básicas de saúde, para efetiva vigilância do recém-nascido de alto risco.

A Declaração de Nascido Vivo (DN) deve ser preenchida, em todo o território nacional, para todos os nascidos vivos:

- nas unidades de internação ou de emergência dos estabelecimentos de saúde;
- fora dos estabelecimentos de saúde, mas que neles venham a receber assistência imediata;
- em domicílio ou em outros locais.

Em caso de gestação múltipla (dois ou mais nascimentos vivos), deve ser preenchida uma Declaração de Nascido Vivo (DN) para cada produto da gestação.

Para os nascidos mortos, em qualquer tipo de gestação, deve ser preenchida apenas a Declaração de Óbito (DO), com a anotação de que se trata de um óbito fetal.

A Declaração de Nascido Vivo (DN) pode ser preenchida por médico, por membro da equipe de enfermagem da sala de parto ou do berçário, ou por outra pessoa previamente treinada para tal fim, não sendo obrigatória a assinatura do médico responsável pelo recém-nascido.

Deve-se ainda observar o seguinte:

- a Declaração de Nascido Vivo é impressa em papel especial carbonado, em três vias e, antes de ser preenchida, o conjunto deve ser destacado do bloco;
- o preenchimento deve ser feito à máquina ou em letra de forma com caneta esferográfica;
- devem ser evitadas, sempre que possível, emendas ou rasuras. Caso isto ocorra, o conjunto deve ser anulado e encaminhado ao setor de processamento para controle;
- nenhum campo deve ser deixado em branco, colocando-se o código correspondente a Ignorado (9 ou 99) ou um traço (-), quando não se conhecer a informação solicitada ou não se aplicar ao item correspondente;
- a primeira linha, que serve de título ao documento, tem um número já impresso, que se destina a identificar o evento, servindo como número de controle para o Sistema.

Em 1990, criou-se no Brasil o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). O Sinasc é um sistema de coleta de dados sobre nascimentos vivos que utiliza como instrumento básico a Declaração de Nascido Vivo (DN).

REFERÊNCIAS

MISHIMA, F.C. et al. Declaração de nascido vivo: análise do seu preenchimento no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.abmp.org.br/textos/360.htm>. Acesso em: 28 ago, 2012.

Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo. 3. ed. - Brasília : Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 2001. 32 p



ATIVIDADE XXIV

CENAS FAMILIARES

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Compreender a inter-relação de diversos fatores que influenciam e contribuem para o processo de saúde/doença das famílias.

Material

- Texto de Apoio: “As famílias como Pequenas Sociedades”;
- Quadro Elemento da Cena.

Desenvolvimento

- Forme grupos e dramatize as cenas a seguir;
- Preste atenção nas orientações: escolha, aleatoriamente, para cada letra (no “quadro elementos da cena”) A, B, C, D, E, F um número de 1 a 6, por exemplo: A4, B5, C2, D1, E3 e F6. A combinação de cada grupo irá determinar os elementos da cena que cada um irá dramatizar, conforme o quadro a seguir;
- Exemplo, se um grupo escolher a combinação A4, B5, C2, D1, E3, F6, a cena deverá ficar: A4 (lugar) = no quarto; B5 (pessoas da família) = pai e mãe idosos; C2 (motivo da crise) = falta de comida; D1 (ciclo de vida da família) = crianças pequenas; E3 (sentimentos) = carinho e agressão; F6 (tempo) = inverno;
- Crie e encene a partir dos elementos da cena escolhidos (no “quadro elementos da cena”) buscando representar formas de viver que retratem as crises frequentemente vividas pelas famílias de suas comunidades;
- Após a apresentação dos grupos, faça a leitura do Texto: “As Famílias como Pequenas Sociedades”;
- Reflita sobre as dramatizações, relacionando-as ao Texto:



Para refletir:

1. O sistema familiar é parte de um sistema mais amplo que, por sua vez, é composto por muitos outros subsistemas;
2. Ao olhar para uma família como um todo, podemos perceber a forma como as pessoas se relacionam e se comportam dentro do grupo familiar. Esse exercício é diferente quando induzimos a nossa observação sobre o comportamento sobre cada um dos seus membros de forma individual (mãe, filho, avó, tia, etc.);
3. O comportamento de uma das pessoas da família influencia o comportamento de outra e, assim, afeta a todos da família;
4. As famílias estão sempre em estado de mudança, vivendo permanentemente diferentes momentos de equilíbrio e mudança;
5. Assim como as pessoas, as famílias têm seus ciclos de vida e seus modos específicos de viver o dia-a-dia. Uma família com crianças pequenas tem opções, comportamentos, escolhas e expectativas diferentes de uma família com filhos e filhas na adolescência e que já vivenciou a paternidade/maternidade.

ELEMENTOS DA CENA						
Nº	A Lugar da Ação	B Pessoas da Família	C Motivos da Crise	D Ciclo da Família	E Sentimentos	F Tempo
1	Cozinha	Pais e filhos	Bebida alcoólica	Crianças pequenas	Alegria - tristeza	De manhã cedo
2	Sala de TV	Pai, mãe e filhos	Falta de comida	Adolescência	Amor - ódio	À noite
3	Calçada da casa	Mãe e filhos	Doenças	Filhos se casam e saem de casa	Carinho - agressão	Ao meio dia
4	Quarto	Mãe, filhos, netos, genros e noras	Infidelidade, traição	Filhos se separam e voltam para casa	Depressão - descaso	Uma tarde de domingo
5	Quintal	Pai e mãe idosos	Falta de cuidado, abandono	Gravidez não planejada	Amor e carinho	À meia noite
6	Cozinha	Casal homossexual e filhos	Desemprego	Morte de um dos cônjuges	Cuidado e dedicação	Durante o inverno



TEXTO DE APOIO

AS FAMÍLIAS COMO PEQUENAS SOCIEDADES

(...) As pessoas de uma família têm uma sensação especial de conexão uma com a outra: uma ligação, um vínculo familiar. Isso é ao mesmo tempo uma percepção e um sentimento. Elas sabem que “nós somos nós” e se importam uma com a outra. Quando trabalhamos com famílias, sabemos que seus membros estão interessados em proteger, defender e apoiar um ao outro – e encorajamos este vínculo para ajudá-las a mudar. Sabemos também que a tensão, o conflito e a raiva são inevitáveis, em parte devido aos laços que as unem. (...)

O sentido de família é expresso por sentimentos e percepções e pela maneira com que os membros descrevem sua história, suas atitudes, seu estilo – o que alguns chamam de “história familiar”: “Somos uma família que se basta; não queremos problemas com esses vizinhos”; ou “sofremos muito quando saímos das ilhas, mas agora estamos bem”; ou “Parece que nunca resolvemos nada, sem ter de enfrentar uma guerra”; ou “Todas as mulheres da nossa família sofrem de depressão”. Há histórias alternativas é claro, contadas pelos diferentes membros, mas as famílias em geral compartilham alguma versão de quem são e como funcionam.

A contrapartida da afeição familiar é o conflito familiar. Todas as famílias têm desacordos, devem negociar suas diferenças e devem desenvolver maneiras de lidar com o conflito. É preciso determinar até que ponto seus métodos são eficientes; até que ponto são importantes para resolver os problemas; até que ponto são satisfatórios para os participantes, e se eles se situam dentro de limites aceitáveis para a expressão da raiva.

As famílias às vezes se fragmentam, porque não conseguem encontrar uma saída entre as desavenças, mesmo que se importem uns com os outros. A maioria das famílias tem um sistema de sinais, um limiar acima do qual soa um alarme que registra a necessidade de seus membros esfriarem e evitarem o perigo. É importante o momento em que essa

advertência ocorre, e se a família possui mecanismos para se livrar da crise e para controlá-la, ou, caracteristicamente, a deixa crescer até o ponto da violência. O conflito e a violência são preocupações importantes quando se trabalha com famílias que enfrentam crises múltiplas. (...)

REFERÊNCIA

MINUCHIN, Patrícia. Colapinto, Jorge. Minuchin, Salvador. Trabalhando com famílias pobres. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999, p. 28.



ATIVIDADE XXV

FAMÍLIA COMO PEQUENA SOCIEDADE

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender a diversidade de modelos e estilos de vida nas famílias.

Material

- Papel A4.

Desenvolvimento

- Participe da exposição dialogada, promovida pelo Docente;
- Socialize com seus colegas o conceito de família;
- Siga as orientações do Docente;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



Para refletir:

1. O valor “Família” se constrói por meio da qualidade das relações afetivas entre as pessoas de uma família. As relações familiares se estabelecem, portanto, na relação afetiva, estreita e duradoura entre determinadas pessoas que reconhecem entre si certos direitos e obrigações de cuidados mútuos, entretanto, o valor “Família” pode envolver não necessariamente as pessoas que residem no mesmo domicílio.
2. Nos dias de hoje, não predomina mais o modelo patriarcal de família (pai, mãe e filhos), há uma diversidade de arranjos familiares. As famílias vêm se transformando ao longo do tempo, acompanhando as mudanças religiosas, econômicas, sociais e culturais.
3. As formas de organização familiar variam: famílias com uniões estáveis, constituídas de casais do mesmo sexo, de casais que moram em casas separadas, etc. Há ainda famílias que não tem a presença da mãe, do pai, ou de ambos, nesses casos, muitas vezes os avós assumem toda a responsabilidade de cuidado da família.
4. A família é um ponto de partida para o trabalho do ACS na comunidade, por isso, é necessário identificar e compreender como se dá a sua formação, assim como é o funcionamento das famílias da sua área de abrangência.
5. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE trabalha com a concepção de “unidade doméstica” definindo a família a partir da moradia;



ATIVIDADE XXVI

ORIENTAÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DA DISPERSÃO/PRÁTICA SUPERVISIONADA

.....
Tempo estimado: 20 minutos

Objetivo

- Compreender as Atividades Dispersão/Prática Supervisionada a serem realizadas no local de trabalho.

Material

- Roteiro para Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada.

Desenvolvimento

- Faça a leitura das Atividades Dispersão/Prática Supervisionada que serão realizadas durante a rotina de trabalho de cada um;
- Esclareça suas dúvidas em relação as Atividades de Dispersão/prática Supervisionada.



ATIVIDADE XXVII

ENCERRAMENTO DA UNIDADE 3 - CONCENTRAÇÃO

.....
Tempo estimado: 20 minutos

Objetivo

- Promover um momento de despedida do grupo para o encerramento das Atividades de Concentração.

Material

- Música, aparelho de som.

Desenvolvimento

- Participe do encerramento das Atividades de Concentração da Unidade 3;
- Siga as orientações do Docente.

ATIVIDADES DE DISPERSÃO/PRÁTICA SUPERVISIONADA

ATIVIDADES SUPERVISIONADAS PELO DOCENTE DA DISPERSÃO

No Curso de Qualificação para o Agente Comunitário de Saúde estão previstas várias Atividades que deverão ser realizadas no espaço de atuação do ACS, acompanhadas pelo Docente da Dispersão (Enfermeiro da ESF).

O Docente da Dispersão/Prática Supervisionada é um mediador do processo de ensino-aprendizagem, assim deverá propiciar momentos de construções coletivas e individuais, pautadas na articulação teórica e prática, na troca de experiências e na interação com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde.

É importante o Docente da Dispersão/Prática Supervisionada salientar aos alunos quanto ao hábito de registrar suas dúvidas, respostas e observações referente as Atividades, uma vez que tais elementos servirão como base do Consolidado/ relatório final.



ATIVIDADE I

MAPA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

.....

Objetivo

- Construir ou atualizar mapa da área de Abrangência.

Desenvolvimento

- Siga as orientações do Docente;
- Construa ou atualize o mapa da sua Área de Abrangência;
- Utilize como referência o mapa da sua micro área construída no período de concentração e o Texto de Apoio: “Territorialização em Saúde: um cenário em movimento”.

Observações:

1. O mapa deverá ser afixado na Unidade Básica de Saúde.



ATIVIDADE II

DIAGNÓSTICO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

.....

Objetivo

- Apresentar o Diagnóstico da área de abrangência.

Desenvolvimento

- Reúna com os outros profissionais da Equipe de Saúde da Família e apresente o diagnóstico comunitário de saúde de sua área de abrangência, elaborado no período de concentração seguindo as orientações do Docente.
- Siga as orientações do Docente.



ATIVIDADE III

PASSOS NECESSÁRIOS PARA CONSTRUIR UM PLANO DE AÇÃO EM SAÚDE

.....

Objetivo

- Apresentar para a ESF os passos necessários para a realizar um plano de ação em saúde.

Desenvolvimento

- Siga as orientações do Docente e elabore uma apresentação para o restante dos membros da Equipe, explicando os passos necessários para a realização de um plano de ação em saúde.
- Tome como referência as Planilhas das Atividades XVII e XVIII estudadas no período de Concentração.



ATIVIDADE IV

PLANEJANDO O DIA-A-DIA DO ACS

.....

Objetivo

- Construir o planejamento mensal das atividades a serem realizadas pelo ACS, na sua rotina de trabalho.

Desenvolvimento

- Siga as orientações do Docente;
- Planeje e elabore, junto com o Docente e a Equipe, todas as atividades a serem realizadas no mês, contemplando o cadastro das famílias;
- Use o modelo, a seguir: Agenda do ACS; buscando construir soluções conjuntas para que o cadastro seja devidamente atualizado.

Segue, abaixo um modelo da Agenda do ACS para ser realizado na ESF

AGENDA DO ACS					
MÊS		SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
S E G U N D A	M A N H Ã				
	T A R D E				
T E R Ç A	M A N H Ã				
	T A R D E				

Q U A R T A	M A N H Ã				
	T A R D E				
Q U I N T A	M A N H Ã				
	T A R D E				
S E X T A	M A N H Ã				
	T A R D E				



ATIVIDADE V

ELABORAÇÃO DO CONSOLIDADO / SÍNTESE

.....

Objetivo

- Elaborar um consolidado / síntese das Atividades de Dispersão/ Prática Supervisionada.

Desenvolvimento

- Elabore um consolidado / síntese relatando como foi desenvolver as Atividades do período de dispersão;
- Obs: Esse consolidado / síntese deverá ser apresentado no próximo período de Concentração da Unidade 4.

Anexo I

Algumas Siglas Importantes:

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
Aids - Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS – Centro de Assistência Psicossocial
CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho
Cenepi - Centro Nacional de Epidemiologia
CES – Conselho Estadual de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNCDO – Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos
CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
Conass - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DISCIPLINARIEDADE - Abordagem que agrega o conhecimento especializado de uma disciplina ou ramo da ciência. Refere-se, portanto, a um conjunto específico de conhecimentos, com características e métodos próprios, sem relações aparentes com outras áreas de saber.
DST – Doença Sexualmente Transmissível
DT – Dupla bacteriana adulta (difteria e tétano)
DT – Dupla bacteriana infantil (difteria e tétano)
EC - Emenda Constitucional
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia da Saúde da Família
ESNP – Escola Nacional de Saúde Pública
ESP/MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FAE – Fração Assistencial Especializada
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal
Hib – Vacina contra Haemophilus influenzae tipo B
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC – Índice de Massa Corporal
INCA – Instituto Nacional do Câncer
INSS – Instituto Nacional da Seguridade Social
INTERDISCIPLINARIEDADE - Abordagem que busca a interação e a cooperação entre duas ou mais disciplinas, através de um fator de união entre saberes distintos.
LC - Lei Complementar
LDNC – Lista de Doenças de Notificação Compulsória
LTA - Leishmaniose Tegumentar Americana
LV - Leishmaniose Visceral
MEC - Ministério da Educação
MF - Ministério da Fazenda
MPS - Ministério da Previdência Social
MS - Ministério da Saúde
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

MULTIDISCIPLINARIEDADE - Abordagem que reúne duas ou mais disciplinas na busca de uma melhor compreensão dos fatos ou fenômenos. Esta aproximação entre as diferentes áreas, entretanto, mantém, em essência, a natureza própria da especificidade de cada uma delas. Isto significa que um assunto pode ser trabalhado em várias disciplinas, mas cada uma delas seguindo seus próprios métodos. Não há uma tentativa de síntese entre as diferentes áreas do conhecimento.

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOB/RH – SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

NR – Norma Regulamentadora

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PABA – Piso de Atenção Básica Ampliado

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM – Assistência Integral à Saúde da Mulher

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNI – Programa Nacional de Humanização

POP – Procedimento Operacional Padrão

PPI – Programação Pactuada Integrada

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

PSF – Programa de Saúde da Família

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RNIS – Rede Nacional de Informações em Saúde

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCR – Vacina Tríplice Viral (sarampo, rubéola, caxumba)

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde

SI-PNI - Sistema de Informações do PNI

SISCOLO – Sistema de informações de Combate ao Câncer do Colo do Útero

SISFAF – Sistema de Transferência Fundo a Fundo

SISHIPERDIA – Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

SISMAMA – Sistema de Informação do câncer de Mama

SISMAL - Sistema de Informações sobre Malária

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária

TFAM – Teto Financeiro da Assistência do Município

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

TRANSDISCIPLINARIEDADE - Busca a construção de um único conceito, capaz de refletir as diversidades da realidade, através da cooperação, coordenação e sinergia entre as disciplinas, mas fundamentalmente com o objetivo de transcendê-las (ir além). Significa o reconhecimento da interdependência de todos os aspectos da realidade. Seu objetivo é a tentativa de compreensão da realidade como um todo e não de fragmento dela, como se propõe cada disciplina. Busca, enfim, a unidade do conhecimento.

UBS – Unidade Básica de Saúde

ANEXO II

Alguns Termos e Definições importantes:

A

Acidente: Qualquer evento não intencional, incluindo erros de operação e falhas de equipamentos ou eventos não controláveis que podem afetar ou pôr em risco a saúde de indivíduos ou da população.

Agente etiológico: Entidade biológica, física ou química capaz de causar doenças.

Anticorpo: Globulina encontrada em fluidos de tecidos e no soro, produzida como resposta à presença de substâncias estranhas (antígenos), que protege o organismo contra infecções. Os anticorpos podem se combinar, neutralizar ou destruir os antígenos.

Antígeno: Porção ou produto de um agente biológico que pode estimular a formação de anticorpos específicos.

Antirretroviral: Medicamento que inibe determinados vírus.

Antissepsia: Conjunto de medidas empregadas para impedir a proliferação microbiana.

Assepsia: Conjunto de medidas utilizadas para impedir a penetração de microrganismos (contaminação) em local ainda não contaminado.

Autorização de Internação Hospitalar (AIH): Formulário usado pelo SIH (Sistema de Informação Hospitalar) que permite o diagnóstico da produção de serviços de saúde.

Agente: Um fator cuja presença é essencial para a ocorrência da doenças (microrganismos, substâncias químicas).

Amostra: Subgrupo selecionado de uma população. Pode ser selecionado de forma aleatória ou não.

Arbovírus: Vírus transmitido por artrópodes que se alimentam de sangue (carrapatos, mosquitos).

Área de abrangência: Área geográfica de onde provem as pessoas que se consultam em um determinado serviço de saúde.

B

Bactéria: Microrganismo unicelular que não possui núcleo individual.

Bacteriófago: Vírus que pode infectar e destruir bactérias.

C

Cadastro: Assentamento de dados de serviços, instalações, pessoas, equipamentos, produtos e outros relevantes para o controle sanitário.

Cadeia de transmissão epidemiológica: caracterização dos mecanismos de transmissão de um agente infeccioso, que envolvem os suscetíveis, os agentes patogênicos e os reservatórios.

Caso: Pessoa ou animal infectado ou doente que apresenta características clínicas, laboratoriais e/ou epidemiológicas específicas.

Censo: A contagem de uma população inteira. Normalmente inclui o registro de informações sobre residência, idade, sexo, grupo étnico, estado civil, história obstétrica e relação com o chefe da família.

Centro de Saúde: Unidade destinada a prestar assistência à saúde de uma população determinada, contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e/ou especialistas. Sua complexidade e dimensões físicas variam em função das características da população a ser atendida, dos problemas de saúde a serem resolvidos e de acordo com o seu tamanho e capacidade resolutive.

Cobertura: Uma medida, normalmente expressa como um percentual, das pessoas ou domicílios que receberam um determinado serviço, em relação àquelas que o necessitam (exemplo: percentual de domicílios com abastecimento adequado de água).

Coefficiente de mortalidade: Relação entre a frequência absoluta de mortes e o número de expostos ao risco de morrer. Pode ser geral, quando inclui todos os óbitos e toda a população da área em estudo, e pode ser específico por idade, sexo, ocupação, causa de morte.

Coefficiente de mortalidade materna: Medida de risco de uma mulher morrer por causas associadas à gravidez. Morte materna é o óbito de uma mulher enquanto grávida ou durante os primeiros 42 dias após o término da gestação, independente da duração da gravidez, por qualquer causa, excluindo causas acidentais ou incidentais.

Contagioso: Transmitido por contato ou por proximidade.

Contato: Exposição a uma fonte de infecção. A transmissão devida ao contato direto pode ocorrer quando a pele ou membranas mucosas se tocam como no contato físico e relação sexual.

Contra-referência: Ato formal de um encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência.

Controle: Os programas de controle de doenças têm por objetivo diminuir a incidência de novos casos ou reduzir através de tratamento a proporção de casos graves a um nível aceitável, de modo que a doença deixe de ser considerada uma ameaça importante à saúde pública.

D

Demanda por cuidados de saúde: Vontade e/ou capacidade de procurar e utilizar serviços de saúde.

Demografia: O estudo de populações, com referência a fatores como tamanho, estrutura de idade, densidade, fecundidade, mortalidade, crescimento e variáveis sociais e econômicas.

Desenvolvimento sustentável: Estilo de desenvolvimento que não seja excludente socialmente nem danoso ao meio ambiente, garantindo que as necessidades das atuais gerações sejam atendidas, sem comprometer o atendimento das gerações futuras.

Desinfecção: Destruição de agentes infecciosos que se encontram fora do corpo, utilizando agentes químicos ou físicos.

Doença notificável: Uma doença que, de acordo com as exigências legais, deve ser notificada à autoridade de saúde pública responsável.

E

Endemia: Presença contínua de uma doença ou de um agente infeccioso de uma determinada região. Também pode expressar a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica.

Epidemia: A ocorrência em uma comunidade ou região de um número de casos de uma doença ou outro evento semelhante que exceda claramente o número normal esperado. A quantidade de casos que indica ou não a existência de uma epidemia variar conforme o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, sua experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade, o local e a época do ano em que ocorre.

Epidemiologia: O estudo da distribuição e dos determinantes da saúde e da doença em populações e sua aplicação para a prevenção e o controle das doenças e problemas de saúde.

Eradicação: O extermínio de um agente infeccioso, interrompendo assim a transmissão da infecção.

Esporádica: Uma doença ou evento que ocorre irregularmente. É um termo normalmente usado para certas doenças transmissíveis.

Ética profissional: Conduta profissional segundo os preceitos da moral, padrões técnicos e científicos.

Exercício ilegal: Exercício de alguma atividade regulada por lei por indivíduo sem habilitação legal, isto é, sem diploma legal e registro no respectivo Conselho Regional.

Expectativa de vida: O número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver se os níveis correntes de mortalidade forem mantidos. A expectativa de vida ao nascer é o número médio de anos que um recém-nascido pode esperar viver, calculado a partir das condições de mortalidade existentes no momento do seu nascimento.

F

Falso negativo: Um resultado obtido através de um teste de triagem, em que uma pessoa que na verdade é positiva (portadora da doença), é classificada como negativa (não tendo a doença).

Fiscalização: Verificação, pela autoridade sanitária, da conformidade com requisitos estabelecidos em normas legais e regulamentares e a adoção de medidas cabíveis para impor o cumprimento desses requisitos.

H

História natural da doença: Descrição das características das funções de infecção, distribuição da doença segundo os atributos das pessoas, tempo e espaço, distribuição e características ecológicas do (s) reservatório (s) do agente, mecanismos de transmissão e efeitos da doença sobre o homem.

Hospedeiro: Uma pessoa ou animal que esteja infectado.

Humanização: É entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função do seu caráter complementar aos aspectos técnicos.

I

Imunidade: Resistência geralmente associada à presença de anticorpos que inibem microrganismos específicos ou suas toxinas responsáveis por doenças infecciosas particulares.

Incidência: Número de casos novos de uma doença ocorridos em uma determinada população durante um período específico de tempo.

Infecção: Penetração, alojamento e, em geral, multiplicação de um agente no organismo de um hospedeiro, produzindo-lhe danos, com ou sem aparecimento de sintomas clinicamente reconhecíveis.

Infectividade: Capacidade do agente etiológico se alojar e multiplicar-se no corpo do hospedeiro.

Inflamação: Resposta normal do tecido à agressão celular por material estranho. Caracteriza-se pela dilatação dos vasos capilares e mobilização de defesas celulares (leucócitos e fagócitos).

Inquérito domiciliar: A coleta de informações em uma amostra representativa de domicílios, por entrevistadores treinados. Normalmente se trata de um estudo transversal para coletar informações sobre cada um dos membros do domicílio e sobre características compartilhadas por todos, como, por exemplo, o abastecimento de água.

Inspeção sanitária: Atividade desenvolvida com o objetivo de avaliar os abastecimentos, serviços de saúde, produtos, condições ambientais e de trabalho, na área de abrangência da Vigilância Sanitária, que implica expressar julgamento de valor sobre a situação observada, se dentro dos padrões técnicos minimamente estabelecidos na legislação sanitária, e a consequente aplicação de medidas, de orientações ou punitivas, quando for o caso.

J

Janela imunológica: Intervalo entre o início da infecção e a possibilidade de detecção de anticorpos através de técnicas laboratoriais.

M

Morbidade: Comportamento de uma doença ou um dano à saúde em uma população exposta. É calculada pelos coeficientes de incidência e prevalência.

Monitorização: Observar e medir continuamente o desempenho de um serviço ou programa para verificar se está progredindo de acordo com os planos e objetivos propostos.

P

Pandemia: Uma epidemia acontecendo em uma extensa área geográfica.

Patogenicidade: Capacidade de um agente biológico causar doença em um hospedeiro suscetível.

Patógeno: Agente biológico capaz de causar doenças.

Período de incubação: Intervalo entre a exposição efetiva do hospedeiro suscetível a um agente biológico e o início dos sintomas clínicos da doença nesse hospedeiro.

População de risco: Conjunto de pessoas consideradas com maior probabilidade de contrair determinada doença, além das que mantêm um contato direto, em comparação aos padrões dessa doença na mesma população ou da população geral.

Portador: Pessoa ou animal (doente ou sadio) que abriga o agente patogênico de uma doença e age como propagador da mesma.

Prevalência: Número de casos clínicos ou portadores existentes em um determinado momento, em uma comunidade, que dá uma ideia estática da ocorrência do fenômeno. Pode ser expressa em números absolutos ou em coeficientes.

Prevenção: Medidas que visam promover e manter a saúde, através de intervenções como a melhoria do estado nutricional, imunizações, abastecimento adequado de água potável e destino adequado de dejetos; medidas destinadas a detectar precocemente doenças e infecções; medidas de redução da sintomatologia da doença e da subsequente incapacidade.

Q

Quimioprofilaxia: A administração de medicamentos para prevenir a ocorrência de infecção ou para prevenir a progressão da infecção até a doença.

R

Referência: Ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado serviço de saúde para outro de maior complexidade (sempre feita após constatação de insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos).

Reservatório de infecção: O habitat natural de um agente infeccioso, que pode ser uma pessoa, um animal, um artrópode, uma planta, um solo, etc., onde o agente normalmente vive e se multiplica, sendo passível de transmissão para outros seres vivos.

Risco: A probabilidade de que um evento venha a ocorrer, por exemplo, de que um indivíduo adoça ou morra dentro de um determinado período de tempo ou em uma faixa etária. O termo comumente é usado com relação a eventos desfavoráveis.

S

Saneantes domissanitários: Substância ou preparações destinadas à higienização, desinfecção ou desinfestação domiciliar, ambientes coletivos e/ou públicos, lugares de uso comum e no tratamento da água. Compreende: a) inseticidas – destinados ao combate, à prevenção e ao controle dos insetos em habitações, recintos e lugares de uso público; b) raticidas; c) desinfetantes; d) detergentes.

Serviço de saúde: Estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde da população em regime de internação ou não, incluindo atenção realizada em consultórios e domicílios.

Sistema de informação de saúde: É um sistema composto de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações que coleta, valida, transforma, armazena, recupera e apresenta dados, gerando informação para usos diversos.

Socioambiental: Articulação entre as dimensões social e ambiental, apontando para a impossibilidade de separação na abordagem de ambas: não há social sem ambiental e nem ambiental sem social, ambos se completam e interagem mutuamente.

Sub-registro: Falha em identificar em contar todos os casos ou eventos, levando a um numerador que é inferior ao verdadeiro, resultando em subestimativas de frequência.

Surto: Epidemia de proporções reduzidas que atinge um pequena comunidade humana.

Suscetível: Qualquer pessoa ou animal que supostamente não possui resistência suficiente contra um determinado agente patogênico, que o proteja da enfermidade caso venha a entrar em contato com o agente.

T

Taxa de incidência: Uma medida do grau em que novos casos ou eventos ocorrem em uma determinada comunidade.

Taxa de prevalência: O número total de casos, eventos ou problemas em um determinado ponto no tempo dividido pela população total sob risco (de ser uma caso ou apresentar o problema) no mesmo ponto do tempo.

Toxinas: Proteínas e substâncias proteicas conjugadas, letais para certos organismos. São produzidas por algumas plantas, animais e bactérias. O alto peso molecular e a antigenicidade das toxinas as diferenciam de alguns venenos químicos e alcaloides de origem vegetal.

Transmissão: Transferência de um agente etiológico animado de uma fonte primária de infecção para um novo hospedeiro.

U

Urgência: Que é necessário ser feito com rapidez.

V

Validade: O grau em que uma medida realmente mede ou detecta o que se propõe a medir.

Variável: Qualquer característica ou atributo que possa ser medido.

Veículo: Ser animado ou inanimado que transporta um agente etiológico.

Viés: Qualquer influência durante a coleta ou a interpretação dos dados que leve a um erro sistemático em uma determinada direção, por exemplo, erros resultantes de balanças que dão um peso inferior ao peso real da criança.

Virulência: O grau de patogenicidade, ou a incapacidade de produzir doença, de um agente infeccioso.

Z

Zoonose: Infecção ou doença infecciosa transmissível, sob condições naturais, de animais vertebrados para seres humanos e vice-versa.

