

MINISTÉRIO DA SAÚDE

O TRABALHO do AGENTE COMUNITÁRIO de SAÚDE



Brasília – DF
2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

O TRABALHO
do **AGENTE COMUNITÁRIO**
de **SAÚDE**

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Brasília – DF
2009

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 235.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento e Atenção Básica

Edifício Premium SAF - Sul - Quadra 2

Lote 5/6 - Bloco II - Subsolo

Brasília - DF - 70070-600

Tel.: (61)3306-8044/8090

Fax: (61)3306-8028

Home page: www.saude.gov.br/dab

E-mail: dab@saude.gov.br

Supervisão Geral:

Claunara Schilling Mendonça

Coordenação Técnica:

Nulvio Lermen Junior

Coordenação Geral:

Aline Azevedo da Silva

Lauda Baptista Barbosa Bezerra de Melo

Revisão Técnica:

Ana Lúcia da Costa Maciel

Joseane Prestes de Souza

Lainerlani Simoura de Almeida

Tháís Severino da Silva

Elaboração Técnica:

Aline Azevedo da Silva

Lauda Baptista Barbosa Bezerra de Melo

Colaboração:

Coordenação de Gestão da Atenção Básica/DAB

Antônio Garcia Reis Jr.

Carmem Lucia de Simoni

Charleni Inês Scherer

Cristiano Busato

Izabeth Cristina Campos da Silva Farias

Paulo Morais

Raimunda Nonata Mesquita Formiga

Stefanie Kulpa

Departamento de Saúde Indígena/Funasa

Edgard Magalhães

Raimunda Nonata Carlos Ferreira

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPE

Erika Pisaneschi

Coordenação da Saúde da Pessoa com Deficiência

Maria Alice Correia Pedotti

Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida

Projeto gráfico e Diagramação:

Eward Siqueira Bonasser Junior

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

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

84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1628-4

1. Agente comunitário de saúde (ACS). 2. Atenção básica. 3. Educação em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 616-051

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2009/0315

Títulos para indexação:

Em inglês: The work of the community health agent

Em espanhol: El trabajo del agente comunitario de salud

Sumário

Apresentação	5
1 De onde vem o SUS?	7
1.1 Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS	10
2 Atenção Primária à Saúde	15
3 APS/Saúde da Família	19
4 Agente comunitário de saúde: você é “um agente de mudanças”!	23
4.1 Detalhando um pouco mais as suas ações	26
5 O processo de trabalho do ACS e o desafio de trabalhar em equipe	31
5.1 Cadastramento das famílias.....	39
5.1.1 Dando um exemplo	42
5.2 Mapeamento da área de atuação	43
5.3 Visita domiciliar.....	46
5.4 Trabalhando educação em saúde na comunidade	50
5.4.1 Como trabalhar educação em saúde na comunidade.....	50
5.4.2 Recomendações gerais para atividades educativas.....	51
5.5 Participação da comunidade	56
5.6 Atuação intersetorial	56
6 Planejamento das ações	61
6.1 Etapas do planejamento.....	63
6.1.1 Diagnóstico	63
6.1.2 Plano de ação.....	64
6.1.3 Execução	65
6.1.4 Acompanhamento e avaliação.....	65
7 Ferramentas de trabalho	67
7.1 Orientações para preenchimento da ficha de cadastramento – Ficha A	68
7.2 Cadastramento e acompanhamento da Ficha B	75
7.3 Orientações para preenchimento da Ficha C – cópia das informações pertinentes da Caderneta da Criança.....	78
7.4 Orientações para preenchimento da Ficha D – registro de atividades, procedimentos e notificações	79

A apresentação



O agente comunitário de saúde – ACS é um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade.

No Brasil, atualmente, mais de 200 mil agentes comunitários de saúde estão em atuação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com ações de promoção e vigilância em saúde.

O Ministério da Saúde reconhece que o processo de qualificação dos agentes deve ser permanente. Nesse sentido, apresenta esta publicação, com informações gerais sobre o trabalho do agente, que, juntamente com o Guia Prático do ACS, irá ajudá-lo no melhor desenvolvimento de suas ações.

A todos os agentes comunitários de saúde desejamos sucesso na tarefa de acompanhar os milhares de famílias brasileiras.

1 De onde vem o SUS?

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), ficando restrita às pessoas que contribuíssem com a previdência social. As demais eram atendidas apenas em serviços filantrópicos.

A Constituição Federal é a lei maior de um país, superior a todas as outras leis. Em 1988, o Brasil promulgou a sua 7ª Constituição, também chamada de Constituição Cidadã, pois na sua elaboração houve ampla participação popular e, especialmente, porque ela é voltada para a plena realização da cidadania. É a lei que tem por finalidade máxima construir as condições políticas, econômicas, sociais e culturais que assegurem a concretização ou efetividade dos direitos humanos, num regime de justiça social.

A Constituição Brasileira de 1988 preocupou-se com a cidadania do povo brasileiro e se refere diretamente aos direitos sociais, como o direito à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer e à aprendizagem.

Em relação à saúde, a Constituição apresenta cinco artigos – os de nº 196 a 200.

O artigo 196¹ diz que:

1. A saúde é direito de todos.
2. O direito à saúde deve ser garantido pelo Estado. Aqui, deve-se entender Estado como Poder Público: governo federal, governos estaduais, o governo do Distrito Federal e os governos municipais.
3. Esse direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas com acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação e para reduzir o risco de doença e de outros agravos.

¹ BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 2005.

Políticas sociais e econômicas são aquelas que vão contribuir para que o cidadão possa ter com dignidade: moradia, alimentação, habitação, educação, lazer, cultura, serviços de saúde e meio ambiente saudável.

Conforme está expresso na Constituição, a saúde não está unicamente relacionada à ausência de doença. Ela é determinada pelo modo que vivemos, pelo acesso a bens e consumo, à informação, à educação, ao saneamento, pelo estilo de vida, nossos hábitos, a nossa maneira de viver, nossas escolhas. Isso significa dizer que a saúde é determinada socialmente.

O artigo 198 da Constituição define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e devem constituir um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

1. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
2. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
3. Participação da comunidade.

Em dezembro de 1990, o artigo 198 da Constituição Federal foi regulamentado pela Lei nº 8.080, que é conhecida como Lei Orgânica de Saúde ou Lei do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei estabelece como

Portanto, para se falar em saúde temos que pensar:

- Na moradia;
- Nas condições de trabalho;
- Na educação;
- No modo como nos divertimos;
- Na alimentação;
- Na organização dos serviços de saúde;
- Na preservação dos recursos naturais e do meio ambiente – mares, rios, lagos, florestas etc.;
- Na valorização das culturas locais;
- Na participação popular;
- No dever do governo de melhorar as condições de vida do povo.

deve funcionar o sistema de saúde em todo o território nacional e define quem é o gestor em cada esfera de governo. No âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no estadual, o Secretário Estadual de Saúde; no Distrito Federal/DF, o Secretário de Saúde do DF; e, no município, o Secretário Municipal de Saúde. As competências e responsabilidades de cada gestor também foram definidas.

Outra condição expressa no artigo 198 é a participação popular, que foi detalhada posteriormente pela Lei nº 8.142, de dezembro de 1990.

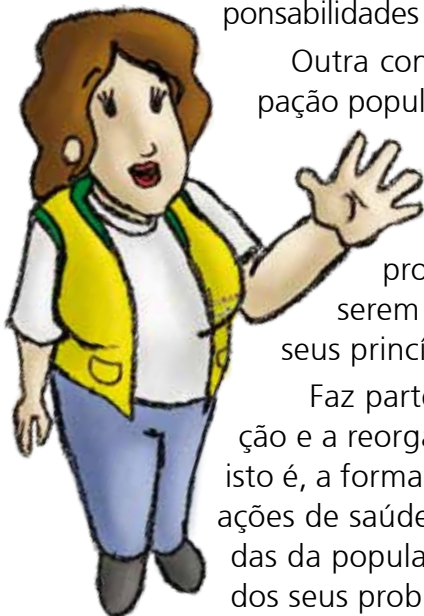
Apesar de ser um sistema de serviços de saúde em construção, com problemas a serem resolvidos e desafios a serem enfrentados para a concretização dos seus princípios e diretrizes, o SUS é uma realidade.

Faz parte do processo de construção a organização e a reorganização do modelo de atenção à saúde, isto é, a forma de organizar a prestação de serviços e as ações de saúde para atender às necessidades e demandas da população, contribuindo, assim, para a solução dos seus problemas de saúde.

Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, como direito de todos e dever do Estado, garantindo atenção contínua e com qualidade aos indivíduos e às coletividades, de acordo com as diferentes necessidades.

1.1 Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)

Para o cumprimento da tarefa de promover e proteger a saúde, o SUS precisa se organizar conforme alguns princípios, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990, em que destacamos:



Universalidade – significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo. Todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nos serviços de saúde, públicos ou privados, contratados pelo gestor público.

A universalidade é princípio fundamental das mudanças previstas pelo SUS, pois garante a todos os brasileiros o direito à saúde.

Integralidade – pelo princípio da integralidade, o SUS deve se organizar de forma que garanta a oferta necessária aos indivíduos e à coletividade, independentemente das condições econômicas, da idade, do local de moradia e outros, com ações e serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A integralidade não ocorre apenas em um único local, mas no sistema como um todo e só será alcançada como resultado do trabalho integrado e solidário dos gestores e trabalhadores da saúde, com seus múltiplos saberes e práticas, assim como da articulação entre os diversos serviços de saúde.

Equidade – o SUS deve disponibilizar serviços que promovam a justiça social, que canalizem maior atenção aos que mais necessitam, diferenciando as necessidades de cada um.

Na organização da atenção à saúde no SUS, a equidade traduz-se no tratamento desigual aos desiguais, devendo o sistema investir mais onde e para quem as necessidades forem maiores. A equidade é, portanto, um princípio de justiça social, cujo objetivo é diminuir desigualdades.

Participação da comunidade – é o princípio que prevê a organização e a participação da comunidade na gestão do SUS.

Essa participação ocorre de maneira oficial por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, na esfera nacional, estadual e municipal. O Conselho de Saúde é um colegiado permanente e deve estar representado de forma paritária, ou seja, com

uma maioria dos representantes dos usuários (50%), mas também com os trabalhadores (25%), gestores e prestadores de serviços (25%). Sua função é formular estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde, controlar a execução das políticas de saúde e observar os aspectos financeiros e econômicos do setor, possuindo, portanto, caráter deliberativo.

A Conferência de Saúde se reúne a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. É convocada pelo Poder Executivo (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde) ou, extraordinariamente, pela própria Conferência ou pelo Conselho de Saúde.

Descentralização – esse princípio define que o sistema de saúde se organize tendo uma única direção, com um único gestor em cada esfera de governo. No âmbito nacional, o gestor do SUS é o Ministro da Saúde; no estadual, o Secretário Estadual de Saúde; no Distrito Federal/DF, o Secretário de Saúde do DF; e, no município, o Secretário Municipal de Saúde. Cada gestor, em cada esfera de governo, tem atribuições comuns e competências específicas.

O município tem papel de destaque, pois é lá onde as pessoas moram e onde as coisas acontecem. Em um primeiro momento, a descentralização resultou na responsabilização dos municípios pela organização da oferta de todas as ações e serviços de saúde. Com o passar do tempo, após experiências de implantação, percebeu-se que nem todo município, dadas

A participação da comunidade, por meio dos Conselhos e Conferências, permite sua intervenção na gestão da saúde. Os cidadãos podem discutir e direcionar os serviços públicos para atender aos seus interesses. Isso é o controle social.

suas características sociais, demográficas e geográficas, comportariam assumir a oferta de todas as ações de saúde, e que há situações que devem ser tratadas no nível estadual ou nacional, como é o caso da política de transplantes.

Com o fim de atender às necessárias redefinições de papéis e atribuições das três esferas de gestão (municípios, Estados e União) resultantes da implementação do SUS, houve um processo evolutivo de adaptação a esses novos papéis, traduzidos nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/01 e NOAS 01/02). Mais recentemente as referidas Normas formam substituídas por uma nova lógica de pactuação onde cada esfera tem seu papel a ser desempenhado, definido no chamado “Pacto pela Saúde”.

Regionalização – orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, além de favorecer a pactuação entre os gestores considerando suas responsabilidades. Tem como objetivo garantir o direito à saúde da população, reduzindo desigualdades sociais e territoriais.

Hierarquização – é uma forma de organizar os serviços e ações para atender às diferentes necessidades de saúde da população. Dessa forma, têm-se serviços voltados para o atendimento das necessidades mais comuns e frequentes desenvolvidas nos serviços de Atenção Primária à Saúde com ou sem equipes de Saúde da Família. A maioria das necessidades em saúde da população é resolvida nesses serviços. Algumas situações, porém, necessitam de serviços com equipamentos e profissionais com outro potencial de resolução. Citamos como exemplo: as maternidades, as policlínicas, os prontos-socorros, hospitais, além de outros serviços classificados como de média e alta complexidade, necessários para situações mais graves.

Esses diferentes serviços devem possuir canais de comunicação e se relacionar de maneira que seja garantido o acesso a todos conforme a necessidade do caso, regulado por um eficiente sistema de regulação.

Todas as pessoas têm direito à saúde, mas é importante lembrar que elas possuem necessidades diferentes. Para que se faça justiça social, é necessário um olhar diferenciado, por meio da organização da oferta e acesso aos serviços e ações de saúde aos mais necessitados, para que sejam minimizados os efeitos das desigualdades sociais.

O SUS determina que a saúde é um direito humano fundamental e é uma conquista do povo brasileiro.



2 Atenção Primária à Saúde

Ações de promoção à saúde são aquelas que vão contribuir para proporcionar autonomia ao indivíduo e à família, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos que vão favorecer a sua saúde, relacionadas ao modo de viver, condições de trabalho, educação, lazer e cultura. Reabilitação – ações que contribuem para a redução de incapacidades e deficiências com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Essas ações, desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território.

Bem estruturada e organizada, a Atenção Primária à Saúde (APS) resolve os problemas de saúde mais comuns/frequentes da população, reduz os danos ou sofrimentos e contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas.

Além dos princípios e diretrizes do SUS, a APS orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. Possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde, o que chamamos de atenção longitudinal. O foco da atenção é a pessoa, e não a doença.

Ao longo do tempo, os usuários e a equipe passam a se conhecer melhor, fortalecendo a relação de vínculo, que depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe.

A base do vínculo é o compromisso do profissional com a saúde daqueles que o procuram. Para o usuário, existirá vínculo quando ele perceber que a equipe contribui para a melhoria da sua saúde e da sua qualidade de vida. Há situações que podem ser facilitadoras ou dificultadoras. Um bom exemplo disso pode ser o horário e dias de atendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS), a sua localização, ter ou não acesso facilitado para pessoas com deficiência física, entre outras coisas.

As ações e serviços de saúde devem ser pautados pelo princípio da humanização, o que significa dizer que as questões de gênero (feminino e masculino), crença, cultura, preferência política, etnia, raça, orientação sexual, populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos etc.) precisam ser respeitadas e consideradas na organização das práticas de saúde. Significa dizer que essas práticas devem estar relacionadas ao compromisso com os direitos do cidadão.

O acolhimento é uma das formas de concretizar esse princípio e se caracteriza como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito.

O acolhimento não está restrito a um espaço ou local. É uma postura ética. Não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades,

O vínculo ocorre quando esses dois movimentos se encontram: o usuário na busca do cuidado e o profissional se encarregando por esse cuidado.



Você consegue identificar o que pode estar dificultando ou facilitando o acesso do usuário à unidade de saúde em que você trabalha?

possibilidades, angústias ou formas alternativas para o enfrentamento dos problemas.

O ACS tem um papel importante no acolhimento, pois é um membro da equipe que

faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe.

A APS tem a capacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde da população, mas em algumas situações haverá a necessidade de referenciar seus usuários a outros serviços de saúde. Mesmo nesses momentos, a APS tem um importante papel ao desempenhar a função de coordenação do cuidado, que é entendido como a capacidade de responsabilizar-se pelo usuário (saber o que está acontecendo com ele) e apoiá-lo, mesmo quando este está sendo acompanhado em outros serviços de saúde.

É na APS em que acontece o trabalho do agente comunitário de saúde (ACS).

Para refletir:
ACS, como você pode tornar seu trabalho mais humanizado?



3 APS/Saúde da Família

A rotina de trabalho das equipes inclui o conhecimento do território e da população, da dinâmica familiar e social, que são ferramentas valiosas para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações desenvolvidas.

O Ministério da Saúde definiu a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da APS no País.

Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes

categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma articulada (interdisciplinar), que considera as pessoas como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade.

Cada equipe é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS, cujo total não deve ultrapassar a 12. Essa equipe pode ser ampliada com a incorporação de profissionais de Odontologia: cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal. Cabe ao gestor municipal a decisão de incluir ou não outros profissionais às equipes.

Além disso, com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da APS, bem como sua capacidade de resolução dos problemas de saúde, foram criados em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Eles podem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento (nutricionista, psicólogo, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico ginecologista, médico homeopata, médico pediatra e médico psiquiatra) que devem atuar em parceria com os profissionais das eSF. Logo, é importante que você, agente, saiba se sua equipe está vinculada a algum Nasf e, em caso positivo, como se dá a articulação entre a sua eSF e este Nasf.

É necessário que exista entre a comunidade e os profissionais de saúde relação de confiança, atenção e respeito. Essa relação é uma das principais características da reorganização do processo de trabalho por meio da Saúde da Família e se dá na medida em que os usuários têm suas necessidades de saúde atendidas.

A população sob responsabilidade da equipe deve ser cadastrada e acompanhada, entendendo-se suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive.

Equipe e famílias devem compartilhar responsabilidades pela saúde. Isso é particularmente importante na adequação das ações de saúde às necessidades da população e é uma forma de controle social e participação popular.

A participação popular e o controle social devem ser estimulados na ação cotidiana dos profissionais que atuam na APS.

Muito mais do que apenas o cumprimento da lei, a Estratégia Saúde da Família tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população.



4 Agente comunitário de saúde: você é “um agente de mudanças”!

Seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que você é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal.

“Ser ACS é, antes de tudo, ser alguém que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem e costumes. Precisa gostar do trabalho. Gostar principalmente de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com o destino de morrer ainda criança...”

Teresa Ramos – ACS, Recife.

Você, agente, é um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce.

Sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes etc.

Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Para que isso aconteça, você tem que estar alerta. Tem que estar sempre “vigilante”.



Pessoas com deficiência, por exemplo, podem ter dificuldade no convívio familiar, na participação na comunidade, na inclusão na escola, no mercado de trabalho, no acesso a serviços de saúde, sejam estes voltados à reabilitação ou consultas gerais. Conhecer essa realidade, envolver a equipe de saúde e a comunidade na busca de recursos e estratégias que possibilitem superar essas situações são atitudes muito importantes que podem ser desencadeadas por você, repercutindo na mudança da qualidade de vida e no aumento de oportunidades para essas pessoas na construção de uma comunidade mais solidária e cidadã.

Para realizar um bom trabalho, você precisa:

- Conhecer o território ;
- Conhecer não só os problemas da comunidade, mas também suas potencialidades de crescer e se desenvolver social e economicamente;
- Ser ativo e ter iniciativa;
- Gostar de aprender coisas novas;
- Observar as pessoas, as coisas, os ambientes;
- Agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais.

Todas as famílias e pessoas do seu território devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde. Entretanto, sua atuação não está restrita ao domicílio, ocorrendo também nos diversos espaços comunitários.

Todas essas ações que estão voltadas para a qualidade de vida das famílias necessitam de posturas empreendedoras por parte da população

A atuação do ACS valoriza questões culturais da comunidade, integrando o saber popular e o conhecimento técnico.

e, na maioria das vezes, é você que exerce a função de estimular e organizar as reivindicações da comunidade.

4.1 Detalhando um pouco mais as suas ações

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

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

Há situações em que será necessária a atuação de outros profissionais da equipe, sendo indicado o encaminhamento para a unidade de saúde. Você deverá comunicar à equipe quanto à situação

Podemos dizer que o ACS deve:

- Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo;
- Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário;
- Orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde;
- Acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados.

encontrada, pois, caso não ocorra o comparecimento à unidade de saúde, deverá ser realizada busca-ativa ou visita domiciliar.

Todas as ações são importantes e a soma delas qualifica seu trabalho. No entanto você deve compreender a importância da participação popular na construção da saúde, estimulando assim as pessoas da comunidade a participarem das discussões sobre sua saúde e o meio ambiente em que vivem, ajudando a promover a saúde e a construir ambientes saudáveis.

Todas as pessoas são responsáveis por sua saúde e de sua comunidade.

Situações de risco são aquelas em que uma pessoa ou grupo de pessoas “corre perigo”, isto é, tem maior possibilidade ou chance de adoecer ou até mesmo de morrer.

Alguns exemplos de situação de risco:

- Bebês que nascem com menos de dois quilos e meio;
- Crianças que estão desnutridas;
- Filhos de mães que fumam, bebem bebidas alcoólicas e usam drogas na gravidez;
- Gestantes que não fazem o pré-natal;
- Gestantes que fumam;
- Gestantes com diabetes e/ou pressão alta;
- Acamados;
- Pessoas que precisam de cuidadores, mas não possuem alguém que exerça essa função;
- Pessoas com deficiência que não têm acesso às ações e serviços de saúde, sejam estes de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação;
- Pessoas em situação de violência;
- Pessoas que estão com peso acima da média e vida sedentária com ou sem uso do tabaco ou do álcool.

Nesses casos, as pessoas têm mais chance de adoecer e morrer se não forem tomadas as providências necessárias.

É necessário considerar ainda condições que aumentam o risco de as pessoas adoecerem, por exemplo:

- Baixa renda;
- Desemprego;
- Acesso precário a bens e serviços: água, luz elétrica, transporte etc.);
- Falta de água tratada;
- Lixo armazenado em locais inadequados;
- Uso incorreto de venenos na lavoura;
- Poluição do ar ou da água;
- Esgoto a céu aberto;
- Falta de alimentação ou alimentação inadequada;
- Uso inadequado de medicamentos prescritos;
- Automedicação;
- Descontinuidade de tratamento.

A situação de risco pode ser agravada por obstáculos ou fatores que dificultam ou impedem as pessoas de terem acesso às unidades de saúde, como:

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

Haverá acessibilidade quando esse conjunto de fatores contribuir para o acesso do usuário aos serviços de saúde.

Existem situações de risco que afetam a pessoa individualmente e, portanto, têm soluções individuais. Outras atingem um número maior de pessoas em uma mesma comunidade, o que irá exigir uma mobilização coletiva, por meio da participação da comunidade integrada às autoridades e serviços públicos. Os Conselhos de Saúde (locais, municipais, estaduais e nacional) e as Conferências são espaços que permitem a participação democrática e organizada da comunidade na busca de soluções.

É importante ressaltar que essa participação não deve restringir apenas aos Conselhos e Conferências, podendo se dar de outras formas – reunião das equipes de saúde com a comunidade e associação de moradores, caixas de sugestões, ouvidoria, disque-denúncia, entre outras.



Risco é qualquer tipo de “perigo” para a saúde das pessoas.

5 O processo de trabalho do ACS e o desafio de trabalhar em equipe

Trabalhar na área da saúde é atuar em um mundo onde um conjunto de trabalhadores diversos se encontra para produzir cuidado à saúde da população. Se pensarmos no conjunto de trabalhadores de uma unidade de saúde – que pode ser a sua –, poderemos observar que cada trabalhador atua em um certo lugar, tem determinadas responsabilidades e produz um conjunto de ações para que esse objetivo seja alcançado. Além disso, para cada ação e responsabilidade, o trabalhador precisa contar com uma série de conhecimentos, saberes e habilidades para conseguir executar da melhor forma possível a sua função.

É muito comum na área da saúde utilizar instrumentos e equipamentos para apoiar a realização das ações de cuidado. Exemplo: o médico da unidade de saúde tem como uma de suas ações a realização de consultas. O que ele precisa ter para realizar bem essa ação? Para fazer uma boa anamnese (entrevista que busca levantar todos os fatos referentes à pessoa e à doença que ela apresenta) e um bom exame físico, ele precisa contar com conhecimentos técnicos que adquiriu durante a sua formação e durante a sua vida. Nessa atividade, ele provavelmente vai utilizar também alguns instrumentos, como um roteiro/questionário, um estetoscópio (aparelho para escutar o coração, pulmões e abdome), aparelho para medir a pressão, entre outros. Além disso, ele vai precisar ter outra habilidade, que é a das relações, que se mostra no modo como ele consegue interagir com as pessoas atendidas.

Vamos ver então dois exemplos diferentes de como esse médico poderia realizar essa consulta:



1ª situação – mobilizando mais os conhecimentos técnicos e os instrumentos: nesta situação o médico cumprimenta o usuário já olhando para a sua ficha/prontuário e começa a fazer perguntas seguindo o roteiro/questionário, anotando as respostas e agindo de modo formal e objetivo. Realiza o exame físico enquanto termina as perguntas do questionário e faz a prescrição e/ou encaminhamento. A consulta termina rapidamente.

2ª situação – mobilizando os conhecimentos, os instrumentos e a habilidade das relações: nesta outra situação o médico cumprimenta o usuário, utiliza o roteiro/questionário como guia, mas incentiva e abre espaço para a fala e a escuta do usuário sobre aspectos que não estão no roteiro. Nesse caso, ocorre uma conversa com o usuário para deixá-lo mais à vontade, a fala não se restringe às perguntas do questionário, existe troca de olhares e discussão dos problemas percebidos. O exame físico é realizado e, após todos os esclarecimentos de dúvidas que o profissional e o usuário julgaram necessários, a prescrição e/ou encaminhamento é realizado e a consulta é finalizada.

O que vimos acima foram dois exemplos de processo de trabalho diferenciados: um que privilegia os conhecimentos técnicos e os instrumentos, sem dar muita atenção para a relação de cuidado com o usuário (situação 1), e outro em que o profissional utilizou seus conhecimentos técnicos em uma interação que valorizou o aspecto relacional e o cuidado com o usuário (situação 2). Verificamos também, nessa segunda situação, que o instrumento roteiro/questionário serviu como apoio ao processo, e não como elemento central.

Comprovadamente, o atendimento realizado de maneira mais humanizada – situação 2 – traz melhores resultados para a saúde do usuário, pois favorece o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e usuário, aumentando o vínculo e a adesão ao tratamento.

Agora pense no seu processo de trabalho. Qual é o seu papel na unidade e na equipe de saúde? Você, agente comunitário de saúde, é um membro da equipe e essencial para o desenvolvimento das ações da Atenção Primária à Saúde.

Você já refletiu sobre como você tem desenvolvido o seu processo de trabalho? Em qual das duas situações descritas acima você se vê? Como você utiliza seus conhecimentos, instrumentos e sua habilidade de se relacionar com o usuário para promover o cuidado? Ao preencher a Ficha A, você percebe a importância que ela tem no processo de cuidado das pessoas de sua microárea?

Nesta publicação trabalharemos diferentes aspectos relacionados aos seus conhecimentos técnicos e a partir dessa discussão relacionaremos o seu processo de trabalho com alguns instrumentos utilizados em seu dia a dia. Mas é de fundamental importância lembrar que o trabalho em saúde tem uma dimensão de cuidado humanizado insubstituível, que ocorre no momento da interação com o usuário nesse encontro programado para produzir cuidado.

O trabalho em equipe

A equipe de saúde é formada por pessoas com histórias, formações, saberes e práticas diferentes. É um conjunto de pessoas que se encontram para produzir o cuidado de uma população. Nessa equipe há sempre movimentos permanentes de articulação/desarticulação, ânimo/desânimo, invenção/resistência à mudança, crença/descrença no seu trabalho, pois a equipe é viva, está sempre em processo de mudança.

No entanto, somente o fato de as pessoas trabalharem juntas não constitui uma equipe: as pessoas precisam aprender a “ser equipe”. Ou seja: a equipe precisa ser construída.

Para essa construção acontecer, os trabalhadores precisam aprender um “modo-equipe” de trabalhar, reorganizando-se em torno de projetos terapêuticos para assistir os usuários em sua integralidade. É importante que toda a equipe assuma a tarefa de cuidar do usuário, reconhecendo que, para abordar a complexidade do trabalho em saúde, são necessários diferentes olhares, saberes e fazeres.

O seu lugar na equipe de saúde

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

Vamos pensar no caso de uma enfermeira da unidade de saúde. Uma de suas atribuições é realizar consultas de enfermagem, no entanto, ela compartilha com você e com os demais membros da equipe uma série de outras responsabilidades e objetivos.

Veja a seguir o quadro com algumas ações que são específicas e outras que são comuns aos profissionais da equipe da unidade de saúde.

Observando o quadro, você perceberá que há muitas atividades que são comuns a todos da equipe, afinal, todos atuam no mesmo campo da saúde. Um exercício importante ao olhar para esse quadro é avaliar se aquelas atividades comuns aos diversos trabalhadores estão acontecendo de forma articulada. Isso é um bom indicador de trabalho em equipe, pois quando realizadas em conjunto trazem benefícios para todos.

Como podemos observar no quadro, as atividades de planejamento e avaliação são comuns a todos os trabalhadores e, se realizadas em conjunto, trarão benefícios tanto aos trabalhadores quanto ao trabalho da equipe como um todo. Então reflita: como essas atividades são desenvolvidas na realidade da sua unidade de saúde?

Profissionais Ações	ACS	Auxiliar/ Técnico de enfermagem	Enfermeiro	Médico	Agente de controle de endemias	Cirurgião - dentista	Técnico em Saúde Bucal	Auxiliar em Saúde Bucal
Realizar planejamento	X	X	X	X	X	X	X	X
Prescrever medicamentos			X*	X		X**		
Realizar visita domiciliar	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientação sobre higiene bucal	X	X	X	X	X	X	X	X
Escutar/acolher o usuário	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar cadastramento das famílias***	X							
Realizar avaliação	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar consulta médica				X				
Realizar consulta de enfermagem			X					
Realizar consulta odontológica						X		
Aplicação de larvicida					X			
Realizar ações de educação em saúde	X	X	X	X	X	X	X	X

* Enfermeiro – pode prescrever observando a legislação vigente.

** Cirurgião-dentista – pode prescrever observando a legislação vigente.

*** Realizar cadastramento das famílias é uma atribuição do ACS, mas pode ser desenvolvida pelos demais membros da equipe de saúde.

Agora observe novamente o quadro e concentre-se nas ações que são específicas a cada um dos profissionais. Lembre-se das outras ações que você executa no seu dia a dia e que não estão descritas na tabela e reflita: quais são as especificidades do seu trabalho? Em que o seu trabalho se relaciona com o da enfermeira? E com o trabalho dos outros profissionais da equipe? E em que a especificidade do seu trabalho complementa o trabalho de toda a equipe?

A partir de agora, convidaremos você a refletir sobre ações muito presentes no seu cotidiano e que fazem parte importante do processo de trabalho de toda a equipe na luta diária em busca de mais saúde para a população.

Como citado anteriormente, você, agente comunitário de saúde, é muito importante para o desenvolvimento das ações da comunidade e pode integrar tanto uma equipe de Saúde da Família quanto uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de acordo com a realidade do município. Entretanto, o seu trabalho é o mesmo em qualquer uma das situações.

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

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

Há diversos instrumentos que podem ser utilizados para a coleta dos dados e cada um deles tem um objetivo. A soma de todos ajuda na construção do diagnóstico. Cadastro das famílias, mapa da comunidade, visita domiciliar/entrevista e reuniões são alguns exemplos.

A coleta de dados é uma das etapas do diagnóstico da comunidade, assim como a análise e interpretação dos dados coletados, identificação dos problemas, necessidades, recursos e grupos de risco. Com base nas informações coletadas e analisadas, o próximo passo é o planejamento e programação das ações prioritizadas.

A saúde indígena é regida por um conjunto de normas que têm como objetivo o estabelecimento de mecanismos específicos para a atenção à saúde dessa população, conformando um subsistema no interior do Sistema Único de Saúde e está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria MS nº 254/2002, integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) com as da Constituição Federal (art. 231), que reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais, bem como estabelece seus direitos sociais.



Etnias são os tipos de povos indígenas, cada povo falando a sua própria língua e vivendo de acordo com as suas crenças e costumes.

5.1 Cadastramento das famílias

A etapa inicial de seu trabalho é o cadastramento das famílias de sua microárea – o seu território de atuação – com, no máximo, 750 pessoas. Para realizar o cadastramento, é necessário o preenchimento de fichas específicas.

Conhecer o número de pessoas da comunidade por faixa etária e sexo é importante, pois há doenças que acometem mais crianças do que adultos ou mais mulheres que homens, o que influenciará no planejamento da equipe.

O cadastro possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, tais como a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, a escolaridade, o acesso ao saneamento básico, o número de pessoas por sexo e idade, as condições da habitação, o desemprego, as doenças referidas etc. É importante identificar os diversos estabelecimentos e instituições existentes no território, como escolas, creches, comércio, praças, instituições de longa permanência (ILP), igrejas, templos, cemitério, depósitos de lixo/aterros sanitários etc.

Para melhor desenvolver seu trabalho com essa população indígena, você pode buscar apoio técnico e articulação junto à sede do Distrito Sanitário Especial Indígena de sua cidade, se houver. Você também pode verificar se na secretaria de saúde existe alguma equipe ou setor que trate das questões de saúde dessa população e solicitar mais orientações. Caso trabalhe numa área rural ou próximo a aldeias indígenas, você deve buscar informação sobre a existência de equipe multidisciplinar de saúde indígena, incluído o agente indígena de saúde. Procurar essas pessoas para uma conversa pode ser muito importante e esclarecedor.

A Portaria GM nº 971/2006 cria a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que inclui atendimento gratuito em serviços de fitoterapia, acupuntura, plantas medicinais, homeopatia. Dessa forma, é importante saber se existem esses serviços na sua região.

Acupuntura é uma forma de cuidar das pessoas na Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Pode ser usada isoladamente ou integrada com outros recursos terapêuticos, como as práticas corporais.

As práticas corporais são práticas/ações que favorecem a promoção e recuperação da saúde e a prevenção de doenças. Como exemplos, podemos citar o Tai-chi chuan, o Chi gong e o Lian gong.

Homeopatia é um sistema médico de base vitalista* criado pelo médico alemão Samuel Hahnemann, que consiste em tratar as doenças por meio de substâncias ministradas em doses diluídas, os medicamentos homeopáticos.

*O vitalismo é a posição filosófica caracterizada por postular a existência de uma força ou impulso vital sem a qual a vida não poderia ser explicada.



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

É necessário considerar que o indígena nem sempre tem domínio da língua portuguesa, podendo entender algumas palavras em português, sem compreender a informação, a explicação dada ou mesmo a pergunta realizada. É importante observar e tentar perceber se estão entendendo e o que estão entendendo, cuidando para não constrangê-los. O esforço de comunicação deve ser mútuo de modo a promover o diálogo.

Ainda como informações importantes para o diagnóstico da comunidade, vale destacar a necessidade de identificar outros locais onde os moradores costumam ir para resolver seus problemas de saúde, como casa de benzedeiros ou rezadores, raizeiros ou pessoas que são conhecidas por saberem orientar sobre nomes de remédio para algumas doenças, bem como saber se procuram serviços (pronto-socorro, hospitais etc.) situados fora de sua área de moradia ou fora do seu município. Também é importante você saber se as pessoas costumam usar remédios caseiros, chás, plantas medicinais, fitoterapia e/ou se utilizam práticas complementares como a homeopatia e acupuntura. Você deve saber se existe disponível na região algum tipo de serviço de saúde que utilize essas práticas.

Ao realizar o cadastramento e identificar os principais problemas de saúde, seu trabalho contribui para que os serviços possam oferecer uma atenção mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade.

Os dados desse cadastramento devem ser de conhecimento de toda a equipe de saúde.

Os profissionais devem atuar de forma integrada, discutindo e analisando em conjunto as situações identificadas. Tão importante quanto fazer o cadastramento da população é mantê-lo atualizado.

5.1.1 DANDO UM EXEMPLO

Em uma comunidade, muitos casos de diarreia começaram a acontecer. As pessoas procuravam o posto de saúde ou iam direto ao hospital para se tratar. Eram medicadas, mas pouco tempo depois estavam doentes de novo. Essa situação alertou a equipe de que algo não estava bem.

O ACS, por meio das visitas domiciliares, observou a existência de esgoto a céu aberto próximo a tubulações de água. Além disso, as pessoas daquela comunidade costumavam não proteger adequadamente suas caixas d'água.

A equipe identificou os fatores de risco e constatou que os casos de diarreia estavam relacionados aos hábitos de vida daquelas pessoas.

Observa-se que um mesmo problema de saúde pode estar relacionado a diferentes causas e que o olhar dos diversos membros da equipe pode contribuir para a resolução do problema.

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

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

É importante a elaboração de mapa que retrate esse território com a identificação de seus limites, população, número de famílias e outras características.

Processo de coleta e sistematização de dados

Dados demográficos:
Ex.: n° de pessoas por sexo, faixa etária, n° de pessoas que nasceram

Socioeconômicos:
Ex.: n° de cômodos na casa, renda familiar

Epidemiológicos:
Ex.: n° de pessoas diabéticas, acamados, n° de pessoas com deficiência

Sanitários:
Ex.: acesso a saneamento

5.2 Mapeamento da área de atuação

Trabalhar com mapas é uma forma de retratar e aumentar conhecimentos sobre a sua comunidade. O mapa é um desenho que representa no papel o que existe naquela localidade: ruas, casas, escolas, serviços de saúde, pontes, córregos e outras coisas importantes. O mapa deve ser uma ferramenta indispensável para seu trabalho. É o desenho de toda sua área/território de atuação.

Você não precisa ser bom desenhista. Você pode representar o que existe com símbolos bem fáceis de desenhar, utilizando sua criatividade. É interessante que toda a equipe, de preferência, o ajude nesse processo. Isso estimula que a equipe se conheça melhor e troque informações para o planejamento das ações de saúde.

A comunidade também pode ajudá-lo, contribuindo com sugestões para corrigir e acrescentar, de modo que no final se tenha uma boa ideia de como é aquela comunidade. O mapa vai ajudar você a organizar melhor o seu trabalho.

Agora, pense na sua comunidade e faça uma lista de coisas que são importantes para a vida comunitária, baseada em seu contato com ela. Por exemplo: postos de saúde, centros de saúde

de, hospitais, escolas, igrejas, centros religiosos, postos policiais, quadras de esporte, campo de futebol, identificando espaços que possibilitam/dificultam o acesso de pessoas com deficiências. Escreva também outros lugares com seus respectivos nomes: ruas, córregos, rios, cartório, correio, parada de ônibus, casa da parreira, da benzedeira e outras coisas que você se lembrar.

O conjunto dos mapas feito pelos ACS formará um grande mapa da área de atuação da equipe de Saúde da Família (eSF).

Esse mapa mais abrangente, feito com todas as informações sobre sua área, pode dar origem a outros mais específicos. Como exemplos:

Podemos ter mapas de territórios feitos manualmente com auxílio da comunidade e fotos de territórios utilizando recursos de informática ou internet.

Podem-se destacar as informações das ruas, caminhos e as linhas de ônibus de uma comunidade, desenhando um mapa específico. Em uma região que chove muito, é importante conhecer bem os rios, açudes, lagos, lagoas da região e locais propensos à inundação.

É necessário que você identifique no território de sua equipe quais os riscos de sua microárea.

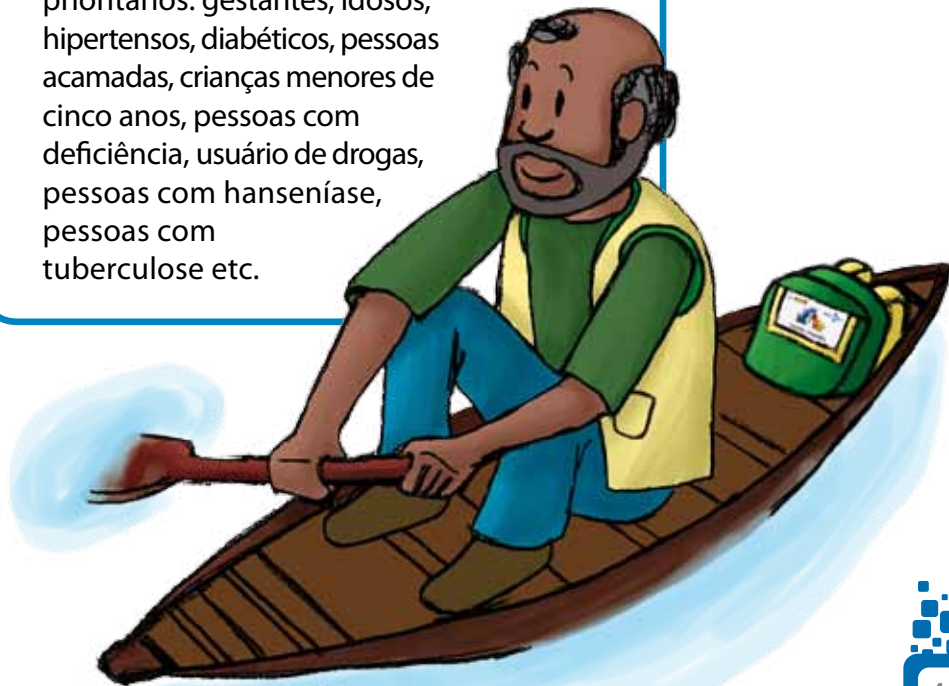
Como já foi dito anteriormente, o mapa retrata o território onde acontecem mudanças, portanto, ele é dinâmico e deve ser constantemente atualizado. Você deve sempre ter a cópia do seu mapa para facilitar o acompanhamento das mudanças na sua comunidade.

Figura 1 - Foto ilustrativa de um mapa, construído com o auxílio da comunidade.



Com o mapa, você pode:

- Conhecer os caminhos mais fáceis para chegar a todos os locais;
- Marcar as barreiras geográficas que dificultam o caminho das pessoas até os serviços de saúde (rios, morros, mata cerrada etc.);
- Conhecer a realidade da comunidade e planejar como resolver os problemas de saúde com mais eficácia;
- Planejar as visitas de cada dia sem perder tempo;
- Marcar as microáreas de risco;
- Identificar com símbolos situação de risco;
- Identificar com símbolos os grupos prioritários: gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, pessoas acamadas, crianças menores de cinco anos, pessoas com deficiência, usuário de drogas, pessoas com hanseníase, pessoas com tuberculose etc.



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

Entende-se por microáreas de risco aqueles espaços dentro de um território que apresentam condições mais favoráveis ao aparecimento de doenças e acidentes. Por exemplo: área mais propensa à inundação, áreas próximas de barreiras ou encostas, áreas com esgoto a céu aberto e sem água tratada, áreas com maior incidência de crimes e acidentes.

5.3 Visita domiciliar

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

A sensibilidade/capacidade de compreender o momento certo e a maneira adequada de se aproximar e estabelecer uma relação de confiança é uma das habilidades mais importantes do ACS. Isso lhe ajudará a construir o vínculo necessário ao desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação.

Muitas vezes o ACS pode ser a melhor companhia de um idoso ou de uma pessoa deprimida sem extrapolar os limites de suas atribuições. O ACS pode orientar como trocar a fralda de um bebê e pode ser o amigo e conselheiro

A permissão de entrada em uma casa representa algo muito significativo, que envolve confiança no ACS e merece todo o respeito. É o que poderia ser chamado de “procedimento de alta complexidade” ou pelo menos de “alta delicadeza”.

da pessoa ou da família. Nem sempre é fácil separar o lado pessoal do profissional e os limites da relação ACS/família. Isso pode determinar ou reorganizar seu processo de trabalho e a forma como se vincula à família. Recomenda-se que o ACS estabeleça um bom vínculo com a família, mas saiba dissociar a sua relação pessoal do seu papel como agente comunitário de saúde

Cada família tem uma dinâmica de vida própria e, com as modificações na estrutura familiar que vêm ocorrendo nos últimos tempos, fica cada vez mais difícil classificá-la num modelo único. Essas particularidades – ou características próprias

Visando um maior vínculo, é interessante combinar com a família o melhor horário para realização da visita para não atrapalhar os afazeres da casa.

– fazem com que determinada conduta ou ação por parte dos agentes e equipe de saúde tenha efeitos diferentes ou atinjam de modo distinto, com maior ou menor intensidade, as diversas famílias assistidas.

Você, na sua função de orientar, monitorar, esclarecer e ouvir, passa a exercer também o papel de educador. Assim, é fundamental que sejam compreendidas as implicações que isso representa.

Para ser bem feita, a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se também o tempo das pessoas visitadas.

Para auxiliar no dia a dia do seu trabalho, é importante que você tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho. Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada à realidade do momento.

A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita. Chamá-las sempre pelo nome demonstra respeito e interesse por elas.

Na primeira visita, é indispensável que você diga seu nome, fale do seu trabalho, o motivo da visita e sempre pergunte se pode ser recebido naquele momento.

Para o desenvolvimento de um bom trabalho em equipe, é fundamental que tanto o ACS quanto os demais profissionais aprendam a interagir com a comunidade, sem fazer julgamentos quanto à cultura, crenças religiosas, situação socioeconômica, etnia, orientação sexual, deficiência física etc.

Todos os membros da equipe devem respeitar as diferenças entre as pessoas, adotando uma postura de escuta, tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores que não sejam os seus próprios, além de atitudes imparciais.

Após a realização da visita, você deve verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias. Enfim, você deve avaliar e corrigir possíveis falhas. Esse é um passo muito importante que possibilitará planejar as próximas visitas. Da mesma forma, você deve partilhar com o restante da equipe essa avaliação, expondo as eventuais dúvidas, os anseios, as dificuldades sentidas e os êxitos.

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

É por meio da visita domiciliar e da sua inserção na comunidade que o agente vai compreendendo a forma de viver, os códigos, as crenças, enfim, a dinâmica de vida das famílias por ele acompanhadas. A visita domiciliar requer, contudo, um saber-fazer que se aprende no cotidiano, mas pode e deve se basear em algumas condutas que demonstrem respeito, atenção, valorização, compromisso e ética.

ACS: quando você não souber responder a alguma pergunta, não se preocupe, pois ninguém sabe tudo. Diga que vai procurar a resposta e trazê-la na próxima visita.

Por meio da visita domiciliar, é possível:

- Identificar os moradores, por faixa etária, sexo e raça, ressaltando situações como gravidez, desnutrição, pessoas com deficiência etc.;
- Conhecer as condições de moradia e de seu entorno, de trabalho, os hábitos, as crenças e os costumes;
- Conhecer os principais problemas de saúde dos moradores da comunidade;
- Perceber quais as orientações que as pessoas mais precisam ter para cuidar melhor da sua saúde e melhorar sua qualidade de vida;
- Ajudar as pessoas a refletir sobre os hábitos prejudiciais à saúde;
- Identificar as famílias que necessitam de acompanhamento mais frequente ou especial;
- Divulgar e explicar o funcionamento do serviço de saúde e quais as atividades disponíveis;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população do território de abrangência da unidade de saúde;
- Ensinar medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde, como os cuidados de higiene com o corpo, no preparo dos alimentos, com a água de beber e com a casa, incluindo o seu entorno;
- Orientar a população quanto ao uso correto dos medicamentos e a verificação da validade deles;
- Alertar quanto aos cuidados especiais com puérperas, recém-nascidos, idosos, acamados e pessoas portadoras de deficiências;

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

5.4 Trabalhando educação em saúde na comunidade

5.4.1 COMO TRABALHAR EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE

As ações educativas fazem parte do seu dia a dia e têm como objetivo final contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O desenvolvimento de ações educativas em saúde pode abranger muitos temas em atividades amplas e complexas, o que não significa que são ações difíceis de serem desenvolvidas. Ocorre por meio do exercício do diálogo e do saber escutar.

Segundo o educador Paulo Freire (1996)¹, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.

O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde.

Educar é um processo de construção permanente.

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

A ação educativa é de responsabilidade de toda a equipe.

Existem diferentes metodologias para se trabalhar com grupos. Você e sua equipe devem avaliar a que melhor se adapte às suas disponibilidades e dos demais membros da equipe, de tempo e de espaço, assim como as características e as necessidades do grupo em questão. A linguagem deve ser sempre acessível, simples e precisa.

¹ FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.



“Atividades educativas são momentos de encontro e nesses encontros não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.”

Paulo Freire

É importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes permitindo a troca de ideias. Isso estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses.

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

5.4.2 RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA ATIVIDADES EDUCATIVAS

Não há fórmula pronta, mas há passos que podem facilitar o seu trabalho com grupos. Inicialmente, deve-se planejar a reunião definindo objetivos, local, dia e horário que facilitem a acomodação e a presença de todos. É importante garantir as condições de acessibilidade no caso de existir pessoas com deficiência física na comunidade e pensar estratégias que facilitem a

Saber ouvir e acolher o discurso do outro, interagindo sem colocar juízo de valor e reconhecer as características pessoais, emocionais e culturais das pessoas ou grupo, é fundamental para o êxito do trabalho.

comunicação no caso de deficiente visual ou auditivo. Não se esquecer de providenciar o material que será utilizado durante a atividade e, se necessário, convidar com antecedência alguém para falar sobre algum assunto específico de interesse da comunidade.

No grupo, ao compartilhar dúvidas, sentimentos e conhecimentos, as pessoas têm a oportunidade de ter um olhar diferente das suas dificuldades. A forma de trabalhar com o grupo (também conhecida como dinâmica de grupo) contribui para o indivíduo perceber suas necessidades, reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação ativa nos atendimentos individuais subsequentes.

Desenvolver atividades educativas faz parte do processo de trabalho de todos os membros da equipe.

Para o desenvolvimento de atividades educativas, recomenda-se:

- Divulgar – uma etapa que não deve ser esquecida. Espalhar a notícia para o maior número de pessoas, elaborar cartazes com letras grandes, de forma criativa, e divulgar a reunião nos lugares mais frequentados da comunidade fazem parte desse processo;
- Realizar dinâmicas que possibilitem a apresentação dos participantes e integração do grupo, quebrando a formalidade inicial;
- Apresentar o tema que será discutido, permitindo a exposição das necessidades e expectativas de todos. A pauta da discussão deve ser flexível, podendo ser adaptada às necessidades do momento;
- Estimular a participação de todos;
- Identificar os conhecimentos, crenças e valores do grupo, bem como os mitos, tabus e preconceitos, estimulando a reflexão sobre eles. A discussão não deve ser influenciada por convicções culturais, religiosas ou pessoais;

- Discutir a importância do autoconhecimento e autocuidado, que contribuirão para uma melhor qualidade de vida;
- Abordar outros temas segundo o interesse manifestado pelo grupo;
- Facilitar a expressão de sentimentos e dúvidas com naturalidade durante os questionamentos, favorecendo o vínculo, a confiança e a satisfação das pessoas;
- Neutralizar delicada e firmemente as pessoas que, eventualmente, queiram monopolizar a reunião, pedindo a palavra o tempo todo e a utilizando de forma abusiva, além daqueles que só comparecem às reuniões para discutir seus problemas pessoais;
- Utilizar recursos didáticos disponíveis como cartazes, recursos audiovisuais, bonecos, balões etc.;
- Ao final da reunião, apresentar uma síntese dos assuntos discutidos e os pontos-chave, abrindo a possibilidade de esclarecimento de dúvidas.

A ação ou atividade educativa pode e deve ser realizada por qualquer membro da equipe de saúde. Para isso é necessário, além dos conhecimentos técnicos, habilidade de comunicação e conhecimento das características do grupo ou da população.

Entre as habilidades que todo trabalhador de saúde deve buscar desenvolver, estão:

- Ter boa capacidade de comunicação;
- Usar linguagem acessível, simples e precisa;
- Ser gentil, favorecendo o vínculo e uma relação de confiança;
- Acolher o saber e o sentir de todos;
- Ter tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores que não sejam os seus próprios;

- Sentir-se confortável para falar sobre o assunto a ser debatido;
- Ter conhecimentos técnicos;
- Buscar apoio junto a outros profissionais quando não souber responder a alguma pergunta.

Durante o desenvolvimento da atividade, devem ser oferecidos, se possível, materiais impressos e explicar a importância do acompanhamento contínuo na UBS, assim como o funcionamento dos serviços disponíveis.

Sempre que possível envolver os participantes do grupo no planejamento, execução e avaliação dessa atividade educativa. Isso estimula a participação e o interesse das pessoas na medida em que se sentem capazes, envolvidos e responsáveis pelo sucesso do trabalho.

Nas atividades em grupo, é possível que:

- As pessoas que compõem o grupo se conheçam, troquem experiências e informações;
- As pessoas sejam estimuladas a participar mais ativamente, expondo suas experiências e proporcionando a discussão sobre temas que geralmente são comuns a todos;
- O coordenador do grupo trabalhe as informações, ajudando cada um dos participantes a expor suas ideias, estimulando o respeito entre os participantes;
- As pessoas reflitam e tomem consciência de seu papel na resolução dos problemas comuns e da necessidade de buscar apoio.



Quem fica parado, esperando que as coisas aconteçam, que os problemas sejam resolvidos, não muda a situação em que vive, não está mobilizado! Não está organizado!

5.5 Participação da comunidade

Participação quer dizer tomar parte, partilhar, trocar, ter influência nas decisões e ações. Isso significa que você não trabalha sozinho, nem a equipe de saúde é a única responsável pelas ações de saúde.

Quanto maior a identidade entre o grupo e o educador, maior a eficácia do trabalho.

Você pode participar e auxiliar na organização dos Conselhos Locais de Saúde e estimular as pessoas da comunidade a participarem de todos os Conselhos de Saúde. Você pode também recomendar aos representantes da comunidade a conversarem com os conselheiros sobre as ações de saúde que já estão sendo desenvolvidas e estratégias para enfrentamento dos problemas que ainda existem.

Cada pessoa da comunidade sabe alguma coisa, sabe fazer alguma coisa e sabe dizer alguma coisa diferente. São os saberes, os fazeres e os dizeres da comunidade. A comunidade funciona quando existe troca de conhecimentos entre todos. Cada um tem um jeito de contribuir, e toda contribuição deve ser considerada e valorizada. Você tem de estar muito atento a tudo isso.

A troca de conhecimentos entre as pessoas de uma comunidade faz parte de um processo de educação para a participação em saúde.

5.6 Atuação intersetorial

Muitas vezes a resolução de problemas de saúde requer não só empenho por parte de profissionais e gestores de saúde, mas também o empenho e contribuição de outros setores. Quando se trabalha articuladamente com outros setores da sociedade, aumenta-se a capacidade de oferecer uma resposta mais adequada às necessidades de saúde da comunidade.

Por exemplo, você pode suspeitar de um caso de maus-tratos com uma criança após verificar que há marcas e hematomas

na pele dela. Partilhando esse caso com sua equipe, um dos profissionais de saúde verifica no prontuário que a criança é agressiva quando comparece às consultas na unidade e há relato de problemas com o desenvolvimento dela. Sente-se a necessidade de uma visita à

casa daquela família e o auxílio de outros profissionais (psicólogo, serviço social etc). Se constatado algum indício de maus-tratos, será necessária uma abordagem que extrapole o campo de atuação da saúde com o envolvimento de órgãos de outras áreas, como o Conselho Tutelar e/ou Juizado da Infância.

A intersetorialidade possibilita que ações de outros setores da sociedade colaborem com o setor saúde para alcançar resultados mais duradouros e sustentáveis. E tudo isso pode começar com o seu trabalho ou ser mediado por você!

Outro exemplo: você observa que há crianças da sua comunidade que estão fora da escola. Nesse caso é necessária uma articulação com representantes da área da Educação para resolver o problema, ação por vezes imprescindível no caso de crianças com necessidades especiais e com deficiência.

No caso de dúvidas ou desrespeito aos direitos das pessoas com deficiência (situações de discriminação, exclusão escolar, maus-tratos, falta de transporte), podem ser contatados os Conselhos de Direitos das Pessoas com Deficiência do município ou do Estado, entre outros órgãos.

Nos casos de desnutrição infantil, pode-se estabelecer contato com outras instituições e órgãos do governo municipal, estadual e federal, como o Centro Regional de Assistência Social (Cras) ou a Secretaria de Assistência Social do município.

Ao identificar pessoas que sofrem de alcoolismo entre as famílias que você acompanha, além das ações que deverão ser

desenvolvidas por você e pela equipe, é importante que essa pessoa e sua família sejam orientadas a procurar um Grupo de Alcoólicos Anônimos ou outro grupo de apoio que exista em sua comunidade.

Você, com o apoio da sua equipe de saúde, deve estimular ações conjuntas com outros órgãos públicos e instituições, de preferência em acordo com as prioridades elencadas nas reuniões comunitárias. Em determinada comunidade, a prioridade pode ser a implantação de infraestrutura básica (água, luz, esgoto, destino do lixo, rampas para cadeiras de rodas, sinais sonoros em semáforos para as pessoas com deficiência visual); já em outra, pode ser a construção de uma unidade de saúde, de uma creche comunitária, de uma escola, a recuperação de poços, pequenas estradas e muitas outras necessidades.



O Ministério do Desenvolvimento Social coordena o Programa Bolsa-Família, que visa combater a fome, a pobreza, as desigualdades, promovendo a inclusão social das famílias beneficiárias. Por meio do Bolsa-Família, o governo federal concede mensalmente benefícios em dinheiro para famílias mais necessitadas.

Faz parte do seu trabalho o acompanhamento de todas as gestantes e crianças menores de sete anos de idade contempladas com o benefício do programa.

Os compromissos dos beneficiários são:

Gestante:

- Fazer inscrição do pré-natal e comparecer às consultas, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Participar de atividades educativas sobre aleitamento materno, orientação para uma alimentação saudável da gestante e preparo para o parto.

Mãe ou responsável pelas crianças menores de sete anos:

- Levar a criança à unidade de saúde para a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança;
- Cumprir o calendário de vacinação da criança, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

As ações de saúde que fazem parte das condicionalidades do Programa Bolsa-Família, descritas acima, são universais, ou seja, devem ser ofertadas a todas as pessoas que procuram o Sistema Único de Saúde (SUS).

6 Planejamento das ações

Já falamos muito sobre planejamento, e o que é isso?

Planejar não é improvisar. É preparar e organizar bem o que se irá fazer, acompanhar sua execução, reformular as decisões já tomadas, redirecionar sua execução, se necessário, e avaliar o resultado ao seu término.

No acompanhamento da execução das ações, verifica-se se os objetivos pretendidos estão sendo alcançados ou não, para poder intervir a tempo de modificar o resultado final, alcançando assim seu objetivo.

Quanto mais complexo for o problema, maior é a necessidade de planejar as ações para garantir melhores resultados.

Existem várias formas de fazer planejamento. O centralizado é aquele que não garante a participação social e normalmente não reflete as reais necessidades da população. Já no planejamento participativo, garante-se a participação da população junto à equipe de saúde discutindo seus problemas e encontrando soluções. A população participa na tomada de decisão, assumindo as responsabilidades que lhe cabem. As respostas aos problemas identificados devem ser explicitadas a partir da análise e reflexão entre técnicos e população sobre a realidade concreta, seus problemas, suas necessidades e interesses na área de saúde.

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

No que se refere às ações de saúde, o planejamento participativo é o mais adequado, na medida em que envolve diversos atores/participantes, permitindo realizar um diagnóstico mais fidedigno da realidade local. A partir daí, torna-se mais fácil

uma atuação mais adequada voltada para a melhoria das condições de saúde com o comprometimento de todos com o trabalho.

Planejar deve ser uma atitude permanente.

Planejar bem, portanto, é condição necessária, porém não é suficiente para que as ações de saúde sejam implementadas de forma qualificada, gerando benefícios efetivos para a população em geral.

Você poderá, de forma sintonizada com a equipe, planejar o seu trabalho, dando prioridade para aquelas famílias que necessitam ser acompanhadas com maior frequência.

Portanto, as famílias em risco e as que pertencem aos grupos prioritários precisam ser acompanhadas mais de perto. Esse diagnóstico é um ponto de partida para você e sua equipe organizarem o calendário de visitas domiciliares e demais atividades.

Um dos princípios do planejamento participativo é a flexibilidade, que permite a reformulação das ações planejadas durante sua execução.

6.1 Etapas do planejamento

O planejamento pressupõe passos, momentos ou etapas básicas estabelecidos em uma ordem lógica. De forma geral, seguem-se as seguintes etapas:

6.1.1 DIAGNÓSTICO

É a primeira etapa do planejamento para quem busca conhecer as características socioeconômicas, culturais e epidemiológicas, entre outras.

Planejar, executar, acompanhar/monitorar e avaliar são igualmente etapas essenciais para um bom resultado.

As fontes de dados podem ser fichas, bem como anotações próprias, relatórios, livros de atas, aplicação de questionário, entrevistas, dramatização e outras fontes à disposição.

O diagnóstico se compõe de três momentos específicos: levantamento, análise e reflexão dos dados, e priorização das necessidades.

O diagnóstico da comunidade nada mais é do que uma leitura da realidade local. É o momento da identificação dos problemas, suas causas e consequências e principais características da comunidade. É o momento em que também se buscam explicações para os problemas identificados.

O diagnóstico vai mostrar, também, a importância e o valor do seu trabalho, porque ele vai descrever como estava a situação de saúde antes, e como ficou depois de algum tempo que você iniciou sua atuação: o que você conseguiu, o que está difícil de melhorar etc.

6.1.2 PLANO DE AÇÃO

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

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

6.1.2.1 Meta

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

6.1.2.2 Estratégia

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

6.1.2.3 Recursos

É o levantamento de tudo que é necessário para realizar a atividade. Recursos humanos, recursos físicos, recursos materiais e recursos financeiros.

6.1.2.4 Cronograma

Cronograma e estratégia estão intimamente ligados. O cronograma organiza a estratégia no tempo.

6.1.3 EXECUÇÃO

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

6.1.4 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

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



7 Ferramentas de trabalho

Todas as informações que você, ACS, conseguir sobre a comunidade ajudará na organização do seu trabalho. Algumas dessas informações você vai anotar em fichas próprias para compor o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

Você vai utilizar quatro fichas: Ficha A – cadastramento das famílias (que, em seguida, será discutida e orientado quanto ao seu preenchimento); Ficha B – acompanhamento de gestantes; Ficha C – Cartão da Criança; e Ficha D – registro das atividades diárias do ACS.

Algumas coisas que você não pode se esquecer:

- Quando você for fazer o cadastramento das famílias, é importante ler novamente as instruções da visita domiciliar;
- 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 domiciliares, das atividades de educação em saúde, reuniões comunitárias e de outras atividades;
- A ficha de cadastramento deve ficar com você, que a levará, a cada mês, à unidade de saúde, para, junto com sua equipe, organizar as informações e planejar o seu trabalho;
- Anote, em seu caderno, qualquer outra informação sobre a família que você considerar importante, para discutir com sua equipe.

7.1 Orientações para preenchimento da ficha de cadastramento – Ficha A

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

Agora, repare bem na parte de cima da ficha de cadastro.

No alto, à esquerda, está identificada a Ficha A. Depois vem a referência à Secretaria Municipal de Saúde e ao Siab, sistema de informação nacional que constitui ferramenta importante para monitoramento da Estratégia Saúde da Família, para juntar todas as informações de saúde das microáreas dos municípios brasileiros onde atuam os agentes comunitários de saúde. Assim, as informações registradas na Ficha A vão para a Secretaria de Saúde do município, desta, para a Secretaria de Saúde do Estado e, posteriormente, para o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. É uma forma de o governo federal saber a realidade da saúde das pessoas nos municípios brasileiros e ter mais subsídios para fortalecer a Política Nacional de Atenção Básica. E tudo isso começa com o seu trabalho!

No canto direito da ficha, ao lado das letras UF (Unidade da Federação), 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; PE para Pernambuco; GO para Goiás; RS para Rio Grande do Sul; BA para Bahia, e assim por diante.

Logo abaixo, você encontra espaço para escrever o endereço da família, com o nome da rua (ou avenida, praça, beco, estrada, fazenda, ou qualquer que seja a denominação), o número da casa, o bairro e o CEP, que é a sigla para Código de Endereçamento Postal.

Na linha de baixo, estão os espaços que devem ser preenchidos com números fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – o código do município; pela Secretaria Municipal de Saúde – segmento e área; ou pela equipe de saúde – microárea. 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 agente comunitário de saúde registrar o número da família na ficha.

A primeira família será a de número 001, a décima será 010, a décima terceira será 013, a centésima será 100, e assim por diante. Por fim, o espaço para a data, onde o ACS deve colocar o dia, o mês e o ano em que está sendo feito o cadastramento daquela família.

Vamos, agora, continuar a orientação para preencher o cadastro da família:

Abaixo da palavra “nome”, há uma linha reservada para cada pessoa da casa (inclusive os empregados que moram ali) que tenha 15 anos ou mais. À direita, na continuação de cada linha, estão os espaços (campos) para dizer o dia, mês e ano do nascimento, a idade e o sexo de cada pessoa (M para masculino, F para feminino). Caso não tenha informação sobre a data do nascimento, anotar a idade que a pessoa diz ter.

O quadro alfabetizado é para informar se a pessoa sabe ler e escrever, ou não. Não é alfabetizada a pessoa que só sabe escrever o nome. Se é alfabetizada, um X na coluna “sim”. Se não é alfabetizada, um X na coluna “não”. Para ser considerada alfabetizada ela deve saber escrever um bilhete simples.

Depois vem o espaço para informar a ocupação de cada um. É muito importante que se registre com cuidado essa informação. Ocupação é o tipo de trabalho que a pessoa faz. Se a pessoa estiver de férias, licença ou afastada 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” etc.

Por fim, vem o quadro para registrar o tipo de doença ou condições em que se encontra a pessoa. Você não deve solicitar comprovação de diagnóstico e não deve registrar os casos que foram tratados e já alcançaram cura.

ATENÇÃO: a família, além de referir doenças, pode e deve referir condições em que as pessoas se encontram, como alcoolismo, deficiência física ou mental, dependência física, idosos acamados, dependência de drogas etc. Nesses casos é muito importante que você anote com cuidado a condição referida. É interessante que você saiba o que se considera deficiência, para saber melhor como anotar essa condição das pessoas. Deficiência é o defeito ou condição física ou mental de duração longa ou permanente que, de alguma forma, dificulta ou impede uma pessoa de realizar determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer. Isso inclui desde situações em que o indivíduo consegue realizar sozinho todas as atividades de que necessita, porém com dificuldade, ou por meio de adaptações, até aquelas em que o indivíduo sempre precisa de ajuda nos cuidados pessoais e outras atividades.

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

Os campos para “nome, data de nascimento, idade e sexo” devem ser preenchidos como no primeiro quadro de pessoas com 15 anos e mais. No campo destinado a informar se frequenta a escola, marcar com um X se ela 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-los contra violência e exploração.

Veja a situação descrita que serve de exemplo:

A família cadastrada na Ficha A é a família do sr. Nelson, que é composta de sete pessoas: ele, a esposa, três filhos, D. Umbelina (sua mãe) e Ana Rosa (empregada doméstica que mora com eles).

O ACS registrou na ficha os dados de idade, sexo, escolaridade, ocupação e ocorrência de doenças ou condições referidas de todas as pessoas da família.

A data de nascimento de D. Umbelina não foi anotada, porque ela não sabia informar. Mas sabia que tinha mais ou menos 63 anos. Então o ACS anotou, no campo “idade”, o número 63.

Cristina tem sete meses, menos de um ano de idade. Assim, o ACS registrou 0 (zero).

Ficha A - frente - modelo

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA				UF
ENDEREÇO			NÚMERO 	BAIRRO	CEP -	
MUNICÍPIO 	SEGMENTO 	ÁREA 	MICROÁREA 	FAMÍLIA 	DATA 	

Agora que você já sabe como preencher a frente da ficha, vamos aprender a parte de trás, 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.

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO	
TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	<input type="checkbox"/>
Taipa revestida	<input type="checkbox"/>
Taipa não revestida	<input type="checkbox"/>
Madeira	<input type="checkbox"/>
Material aproveitado	<input type="checkbox"/>
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	<input type="checkbox"/>
Energia elétrica	<input type="checkbox"/>
DESTINO DO LIXO	
Coletado	<input type="checkbox"/>
Queimado / Enterrado	<input type="checkbox"/>
Céu aberto	<input type="checkbox"/>
TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	<input type="checkbox"/>
Fervura	<input type="checkbox"/>
Cloração	<input type="checkbox"/>
Sem tratamento	<input type="checkbox"/>
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede geral	<input type="checkbox"/>
Poço ou nascente	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	<input type="checkbox"/>
Fossa	<input type="checkbox"/>
Céu aberto	<input type="checkbox"/>

Repare que há um quadrado para o tipo de casa, com quadrinhos para assinalar com X o material usado na construção. 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 “outro – especificar”.

Logo abaixo, você tem onde informar o número de cômodos. Uma casa com quarto, sala, banheiro e cozinha tem quatro cômodos. Se só há um quarto e uma cozinha, são dois cômodos. Atenção para o que não é considerado cômodo: corredor, alpendre, varanda aberta e outros espaços que pertencem a casa, mas que são utilizados mais como área de circulação.

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

No lado direito da ficha, estão os quadros para informar sobre o tratamento da água na casa, a origem do abastecimento da água utilizada e qual o destino das fezes e urina.

Na metade de baixo da ficha estão os quadros para outras informações. Primeiro, há um quadrinho (sim ou não) para dizer se alguém da família possui plano de saúde e outro para informar quantas pessoas são cobertas pelo plano. Logo abaixo, existem quadrinhos para cada letra do nome do plano.

OUTRAS INFORMAÇÕES	
Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde
Nome do Plano de Saúde	
EM CASO DE DOENÇA PROCURA	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS
Hospital	Cooperativa
Unidade de Saúde	Grupo religioso
Benzedeira	Associações
Farmácia	Outros - Especificar:
Outros - Especificar:	MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	Ônibus
Rádio	Caminhão
Televisão	Carro
Outros - Especificar:	Carroça
	Outros - Especificar:
OBSERVAÇÕES	

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

À direita, estão os quadros para anotar se aquela família participa de grupos comunitários e para informar que meios de transporte mais utiliza.

Para completar, vem o espaço para você escrever as observações que considerar importantes a respeito da saúde daquela família.

o diagnóstico médico estabelecido, é que o ACS cadastra e acompanha o hipertenso.

FICHA B – HA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DA FAMÍLIA										ANO 1_1_9_1_9_16_1										
MUNICÍPIO _ _ _ _ 1_4_ _2_ _0_ _6_			UNIDADE _ _ _ _ _ _ _ _0_ _2_			ÁREA _ _ _0_ _1_ _1_		MICROÁREA _0_ _1_ _1_		NOME DO ACS:												
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS																						
Identificação		Sexo	Idade	Fumante		Meses												Observações				
				sim	não	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez					
Nome: <i>Umbelina Lima Souza</i>		F	63	X	Faz dieta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Endereço: <i>Praça do Rosário, 14 - Centro</i>					Toma a medicação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
					Faz exercícios físicos																	
					Pressão arterial	130x90	130x90	130x90	130x90	130x90	130x90	130x90	140x90	140x90	120x90							
		Data da última consulta	25	10	2	8	9	2	1	8	10											
Nome:					Faz dieta																	
Endereço:					Toma a medicação																	
					Faz exercícios físicos																	
					Pressão arterial																	
					Data da última consulta																	
Nome:					Faz dieta																	
Endereço:					Toma a medicação																	
					Faz exercícios físicos																	
					Pressão arterial																	
					Data da última consulta																	

A **Ficha B-DIA** serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos diabéticos.

Atenção: só devem ser cadastradas as pessoas com diagnóstico médico estabelecido.

Os casos suspeitos (referência de diabetes) devem ser encaminhados à Unidade Básica de Saúde para realização de consulta médica. Só após esse procedimento é que o ACS cadastra e acompanha o diabético. Os casos de diabetes gestacional não devem ser cadastrados nessa ficha.

7.3 Orientações para preenchimento da Ficha C – cópia das informações pertinentes da Caderneta da Criança

Ficha C – é o instrumento utilizado para o acompanhamento da criança. A Ficha C é uma cópia das informações pertinentes da Caderneta da Criança, padronizada pelo Ministério da Saúde e utilizada pelos diversos serviços de saúde. Essa Caderneta é produzida em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e outro para a criança de sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos deve possuir essa caderneta, que servirá como fonte de dados que serão coletados pelos ACS.

O ACS deverá transcrever para o seu cartão sombra/cartão espelho os dados registrados na Caderneta da Criança.



Caso a família não a tenha, o ACS deverá preencher o cartão sombra com base nas informações referidas e orientar a família a procurar a unidade de saúde em que realizou as vacinas para providenciar a 2ª via.

No Guia Prático do ACS, você encontra as informações sobre esquema vacinal da criança e sobre o correto preenchimento das curvas de crescimento.

7.4 Orientações para preenchimento da Ficha D – registro de atividades, procedimentos e notificações

A Ficha D é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde. Cada profissional entrega uma Ficha D preenchida ao final do mês. O preenchimento desse instrumento deve ser diário, considerando-se os dias efetivos de trabalho em cada mês.

Mês - número do mês correspondente.

FICHA D	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA					ANO 1191917
MUNICÍPIO 1 131 51 71 81 91 4	SEGMENTO 10 1	UNIDADE 1 01 31 51 51 61 6	ÁREA 1 01 01	MICROÁREA 1 01	PROFISSIONAL 1 7 1 7 1 - 1 0 1	MÊS 10 1

REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES

DIAS ⇨	01	02	03	04	07	08	09	10	11	14	...	Total
--------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-------

O primeiro quadro da ficha, onde estão os espaços para município, segmento, unidade etc., será preenchido pelo ACS com a ajuda do enfermeiro de sua unidade de saúde, que é o responsável pelo seu trabalho e que realizará a orientação e a supervisão.

Como a ficha é única para todos os profissionais, o ACS só irá anotar o que é específico do seu trabalho, que está no verso da Ficha D.

	DIAS ⇨	01						Total
P R O C E D I M E N T O S	Atendimento específico para AT	01						
	Visita de Inspeção Sanitária							
	Atend. Individual prof. nível superior	17						
	Curativos	2						
	Inalações							
	Injeções							
	Retirada de pontos	01						
	Terapia de Reidratação Oral							
	Sutura							
	Atend. Grupo - Educ. em Saúde	1						
	Procedimentos Coletivos I (PCI)							25
	Reuniões							
	Visita domiciliar	02						

No quadro destinado a informar sobre os “Procedimentos”, você vai registrar nas duas últimas linhas: “Reuniões e Visita Domiciliar”.

Reuniões – você vai registrar o número de reuniões realizadas por você, que contaram com a participação de 10 ou mais pessoas, com duração mínima de 30 minutos e com o objetivo de disseminar informações, discutir estratégias de superação de problemas de saúde ou de contribuir para a organização comunitária.

Visita domiciliar – você vai registrar todas as visitas domiciliares que você realizou, qualquer que seja a finalidade.

Logo no início do quadro “Notificações”, há três linhas onde você deve anotar as notificações feitas por você sobre as crianças menores de dois anos que tiveram diarreia e infecções respiratórias agudas.

N O T I F I C I D A Ç O N E S	A	< 2 anos que tiveram diarreia	12							
	C	< 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO	10							
	S	< 2 anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda	8							
	M		< 5 anos que tiveram pneumonia							
			Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos							
	D		Acidente Vascular Cerebral							
			Infarto Agudo do Miocárdio							
	Ç		DHEG (forma grave)							
			Doença Hemolítica Perinatal							
	E		Fratura de colo de fêmur em > 50							
			Meningite Tuberculosa em < 5							
	F		Hanseníase incapacidade II e III							
			Citologia Oncótica NIC III/Carcinoma <i>in situ</i>							

< 2a – Menores de dois anos que tiveram diarreia – registrar o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias que tiveram um ou mais episódios de diarreia, nos 15 dias anteriores à visita domiciliar.

< 2a – Menores de dois anos que tiveram diarreia e usaram terapia de reidratação oral (TRO) – registrar o número de crianças com idade de até 23 meses e 29 dias que tiveram diarreia nos 15 dias anteriores à visita domiciliar e usaram solução de reidratação oral (soro caseiro ou soro de reidratação oral – SRO – distribuído pela Unidade de Saúde ou comprados na farmácia). Não anotar as crianças que utilizaram somente chás, sucos ou outros líquidos.

< 2a – Menores de dois anos que tiveram infecção respiratória aguda – registrar o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias que tiveram infecção respiratória aguda nos 15 dias anteriores à visita domiciliar.

Hospitalizações – você deve preencher esse quadro cada vez que tomar conhecimento de qualquer caso de hospitalização de pessoas da comunidade onde você atua, no mês de referência ou no mês anterior:

Data – registre dia e mês da hospitalização.

Nome – anote o nome completo da pessoa que foi hospitalizada.

Endereço – anote o endereço completo da pessoa que foi hospitalizada.

Sexo – marque F para feminino e M para masculino.

Idade – anote a idade em anos completos. Se a pessoa for menor de um ano, registrar a idade em meses.

Causa – registre a causa da hospitalização informada pela família ou obtida por meio de laudos médicos.

Nome do hospital – anote o nome do hospital onde a pessoa foi internada.

HOSPITALIZAÇÕES						
DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA	NOME DO HOSPITAL
20/09	Marta P. de Alencar	Rua Martins Fontes, 49 Fone: 574-2749	F	36	Alcoolismo	Hospital Pined
14/10	Tales Machiori	Rua das Palmeiras, 77	M	21	Traumatismo Crânio-Encefálico	Santa Casa de Alta Vista
21/10	Pedro Padilha	Rua Projetada, s/n	M	68	Acidente Vascular Cerebral	Santa Casa de Alta Vista

Veja uma situação que serve de exemplo:

Valéria, agente comunitária de saúde, ao realizar as visitas domiciliares no mês de outubro, soube da ocorrência de três internações na sua microárea. A primeira, de dona Marta Pereira de Alencar, ocorreu no mês de setembro, em data posterior à visita que a ACS realizou à família de dona Marta, devendo ser então registrada na ficha de outubro. Os outros dois casos ocorreram ainda no mês de outubro. Observe como o exemplo foi registrado na ficha.

Óbitos – você deve anotar todo óbito ocorrido no mês de referência e no anterior:

Data – registrar dia e mês da ocorrência do óbito.

Nome – anote o nome completo da pessoa que faleceu.

Endereço – anote o endereço completo da pessoa que faleceu.

Sexo – marque F para feminino e marque M para masculino.

Idade – anote a idade em anos completos. Se a pessoa for menor de um ano, registre a sua idade em meses.

Causa – registre a causa do óbito, segundo as informações da família ou obtida por meio de atestado de óbito.

	DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA
Ó B I T O S	27/09	Marco Antônio Souto	Rua Vicente Prado, 121 Fone: 667877	M	9 m	diarreia
	15/10	Antônia da Silva	Rua das Tabocas, 412	F	61	hipertensão arterial



Acreditamos que, com esta publicação e com o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, você, ACS, terá mais facilidade em realizar o seu trabalho.

ISBN 978 - 85 - 334 - 1628 - 4



Saúde da Família

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério
da Saúde

