

Introdução

O papel social do profissional Agente Comunitário de Saúde é de grande relevância no contexto de mudanças das práticas de saúde junto à população brasileira. É também um dos muitos desafios colocados para o sistema único de saúde relacionados à qualidade de vida do cidadão.

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

Na perspectiva de que se possa ampliar o conhecimento inicial da prática cotidiana do Agente De Combate às Endemias, espera-se que este curso venha contribuir para uma qualificação profissional de qualidade.

Bons estudos!

Conhecendo o SUS

Há algum tempo, por volta de uns 30 anos, a ideia de saúde estava associada à ausência de doenças. Até que, em seguida, começou-se a perceber que as doenças estavam associadas aos hábitos de vida, aos ambientes em que as pessoas viviam e aos comportamentos e respostas dos indivíduos às situações do dia a dia. A ideia de saúde passou a ser, portanto, entendida como resultado de um conjunto de fatores que têm a ver com a renda, com o trabalho, com o grau de instrução, e assim por diante.

Por outro lado, a assistência à saúde da população estava limitada ao trabalho. Quem tinha emprego registrado na carteira profissional possuía assistência médica através das caixas de previdência, ou então podia pagar médicos particulares e, em casos de internação, também pagava pelo serviço. Para quem não tinha emprego registrado ou não podia pagar um médico recorria às Santas Casas de Misericórdia ou aos postos de saúde municipais, que viviam sempre lotados.

Para equilibrar essas desigualdades, começou a surgir um movimento de Reforma Sanitária no Brasil, inspirado em experiências de outros países e nas discussões que aconteceram na Conferência de Alma Ata. Esse movimento defendia que todos deveriam ter amplo acesso aos serviços de saúde, independente de sua condição social, e que a saúde deveria fazer parte da política nacional de desenvolvimento e não ser vista apenas pelo lado da previdência social.

A partir de 1985, começaram os preparativos para a elaboração da Constituição Federal. Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com a tarefa de formular as bases para um sistema de saúde brasileiro. Alguns integrantes dessa comissão fizeram parte da Assembleia Nacional Constituinte. Assim, essa nova maneira de entender a saúde está incluída no Artigo 196 da Constituição Federal:

“Saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Para promover esse acesso universal e igualitário, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, conforme indicado no Artigo 198 da Constituição Federal:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade”.

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

A Lei 8.080 detalha a organização do SUS. Estabelece a descentralização das ações e trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio de um atendimento integral à população. Já a Lei 8.142 fala sobre a participação da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde, criando os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Os Conselhos de Saúde atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, de acordo com o nível de governo que cada um representa. Os conselhos se reúnem, em média, uma vez por mês, e as decisões e ações definidas durante as reuniões devem ser homologadas pelos gestores. Os conselhos são formados por representantes de diversos setores da sociedade, os chamados segmentos. Dentre eles estão:

Governo: Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e o Ministério da Saúde;

Prestadores de serviços de saúde: hospitais e clínicas particulares, empresas de planos de saúde;

Profissionais de saúde: associações de médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais de Nível Superior e de Nível Médio;

Usuários: associações de moradores, de portadores de doenças crônicas, de deficiências físicas e mentais, instituições de pesquisa, entidades religiosas etc.

Já as Conferências de Saúde reúnem também os representantes dos diversos setores da sociedade, que são escolhidos por voto ou indicação. As conferências propõem ou indicam ações e políticas e devem acontecer a cada quatro anos.

De 1990 para cá, o Sistema Único de Saúde foi deixando de ser um conjunto de leis e princípios para se transformar em realidade. Com a descentralização das ações, começou também a municipalização, ou seja, o dinheiro federal começou a ser repassado diretamente aos municípios, que passaram a decidir sobre sua utilização.

A sociedade, através dos representantes reunidos no Conselho Municipal de Saúde, passou a poder participar da definição das ações e das políticas do município. Atualmente, a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde está mais forte e mais organizada.

Mas a participação da comunidade não acontece somente no Conselho ou na Conferência de Saúde. Ela acontece também no dia a dia de seu trabalho como agente de saúde em sua comunidade, fazendo com que mais e mais pessoas possam ter acesso às informações e orientações sobre como cuidar de sua saúde, da saúde da sua família e da sua comunidade.

Diretrizes e princípios do SUS

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal no cenário nacional estão os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro. O que levou os constituintes a proporem essa transformação, entre outros motivos, foi a crença em todos os setores da sociedade e na total inadequação do sistema de saúde, que na época se caracterizava pelos seguintes aspectos:

- um quadro de doenças variadas, condicionadas pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o sistema de saúde não conseguia enfrentar;
- irracionalidade e desintegração do sistema de saúde, com sobre oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- excessiva centralização, levando a decisões muitas vezes equivocadas;
- recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países;
- desperdício de recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em cerca de 30%;
- baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e as regiões mais carentes;
- falta de definição clara das competências entre os órgãos e as instâncias político-administrativas do sistema;
- desempenho descoordenado dos órgãos públicos e privados;
- insatisfação dos profissionais da área da saúde, principalmente devido a baixos salários e falta de política de recursos humanos, justa e coerente;
- baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais;
- ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos;
- falta de participação da população na formulação e na gestão das políticas de saúde;
- falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- imensa insatisfação e preocupação da população com o atendimento à sua saúde.

Segundo o artigo 4º da Lei Federal 8.080, o SUS:

“É o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, e complementarmente pela iniciativa privada”.

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecido pela Constituição de 1988 e posteriormente definido pelas leis complementares. O SUS não é o sucessor do SUDS ou do INAMPS; é, sim, um novo sistema de saúde que está em construção.

Ele é um sistema que tem como objetivo final dar assistência à população, baseado no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso, o SUS se utiliza de meios – processos, estruturas e métodos – de forma a torná-lo efetivo em nosso país. Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que tornem concreto o modelo de atenção à saúde desejado para o Sistema Único de Saúde.

Sistema Único porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim o sus não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.



Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do sus se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade.

Todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. Desse modo, os brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho passam a ter direito ao atendimento de saúde.

Todo cidadão é igual perante o sistema único de saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Assim, os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo, classe social ou região tem seus problemas específicos; tem diferenças no modo de viver, de adoecer e também nas oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Dessa forma, é possível oferecer mais a quem mais

precisa, diminuindo as desigualdades existentes e é por isso que o SUS deve tratar desigualmente os desiguais.

As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer. O indivíduo não deve ser visto apenas por suas partes, ou seja, como se tivesse apenas coração, fígado, pulmões e fosse um ser aleatório no mundo. O indivíduo é um ser humano, social, cidadão, que está sujeito aos riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças. Por isso, o atendimento deve ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

Isso faz com que outras ações sejam integradas, como de promoção, que envolvem ações em outras áreas tais como habitação, meio ambiente, educação etc.; de prevenção, como saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde; e ações de recuperação, como atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes.

As ações de promoção, proteção e de recuperação formam um todo indivisível que não pode ser compartimentalizado. As unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Vamos entender melhor essas ações?

As ações de promoção buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de casos. Essas ações estão relacionadas a fatores biológicos – no caso de herança genética como a hipertensão; psicológicos, isto é, o estado emocional; e sociais, em que se incluem condições de vida, como a desnutrição, por exemplo.

As ações de prevenção são específicas para proteger a saúde e prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, ações para manter o estado de saúde. Como exemplo, podemos citar:

- as ações de tratamento da água para evitar a cólera e outras doenças;
- pré-natal para evitar as complicações da gravidez, parto e do puerpério;
- imunizações;
- campanhas para a prevenção de doenças transmitidas pelo sexo – DST e aids;
- prevenção da cárie dental através da escovação;
- prevenção de doenças contraídas no trabalho através do uso de equipamentos de prevenção;
- exames preventivos de câncer de mama, de próstata, de pulmão;
- controle da qualidade do sangue etc.

As ações de recuperação evitam as mortes e as sequelas das pessoas doentes; são as ações que já atuam sobre os danos. Por exemplo:

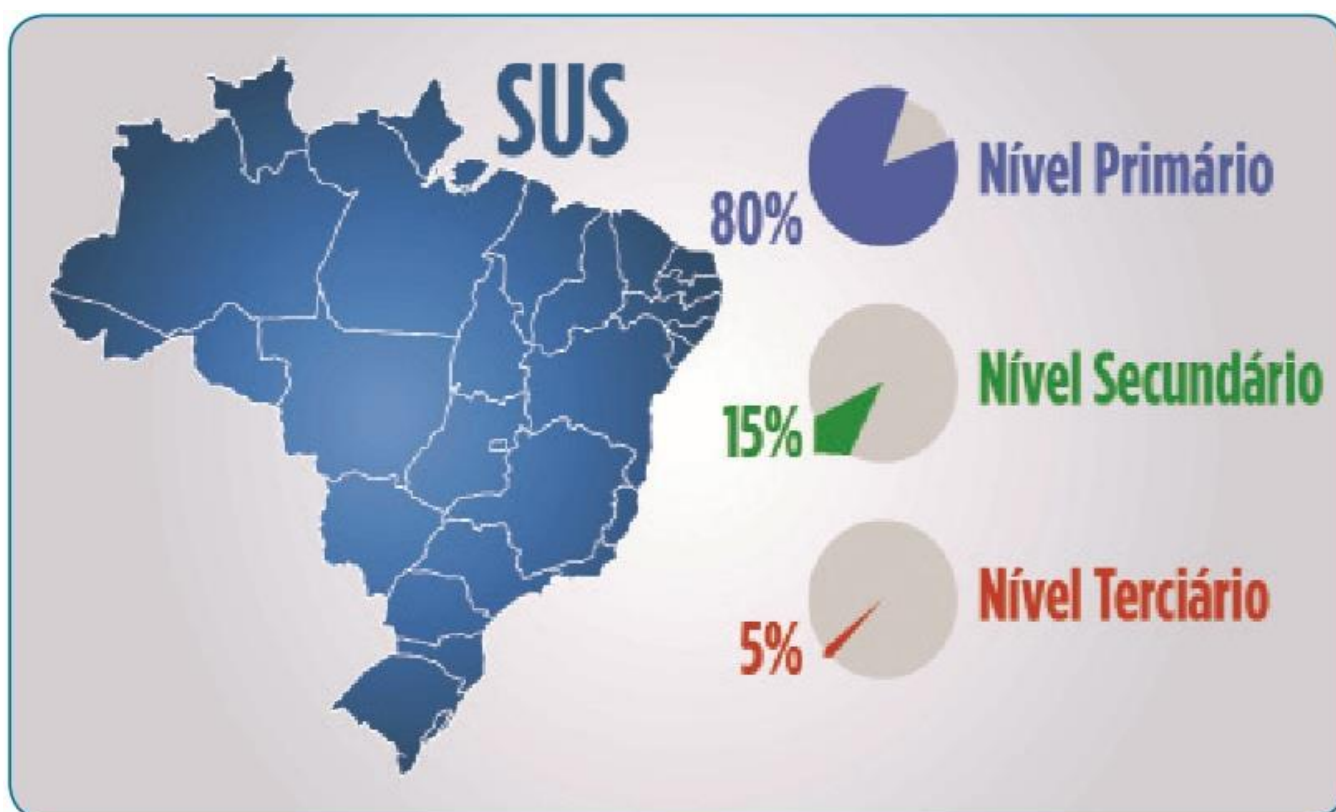
- atendimento médico ambulatorial básico e especializado;

- atendimento às urgências e emergências;
- atendimento odontológico;
- exames diagnósticos e
- internações hospitalares.

Para finalizar, vamos conhecer quais são os princípios que regem a organização do SUS.

A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada. Engloba ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

O acesso da população ao SUS se dá através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. No nível primário é onde se resolvem 80% dos problemas de saúde, isto é, na unidade básica de saúde. O nível secundário resolve 15% dos problemas de saúde – são os centros de especialidades. No nível terciário de atenção à saúde estão os hospitais de referência, que resolvem cerca de 5% dos problemas de saúde.



É a capacidade do sistema, quando solicitado a resolver um problema de saúde individual ou coletivo, de enfrentar e resolver o problema até o nível de sua complexidade.

É entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Parte da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.

Isto implica numa profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde. A esse processo dá-se o nome de municipalização.

No SUS, cabe aos municípios a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde diretamente voltados para os seus cidadãos. A Lei 8.080 e as nobs – norma operacional básica do ministério da saúde – definem precisamente o que é obrigação de cada esfera de governo.

É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis de gestão.



A constituição definiu que no caso de insuficiência do setor público, o SUS pode fazer a contratação de serviços privados. Isso deve ocorrer obedecendo a três condições:

Primeiro: a celebração do contrato conforme as normas de direito público;

Segundo: a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS;

Terceiro: a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos (hospitais filantrópicos, santas casas), conforme determina a constituição. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado não lucrativo, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização.

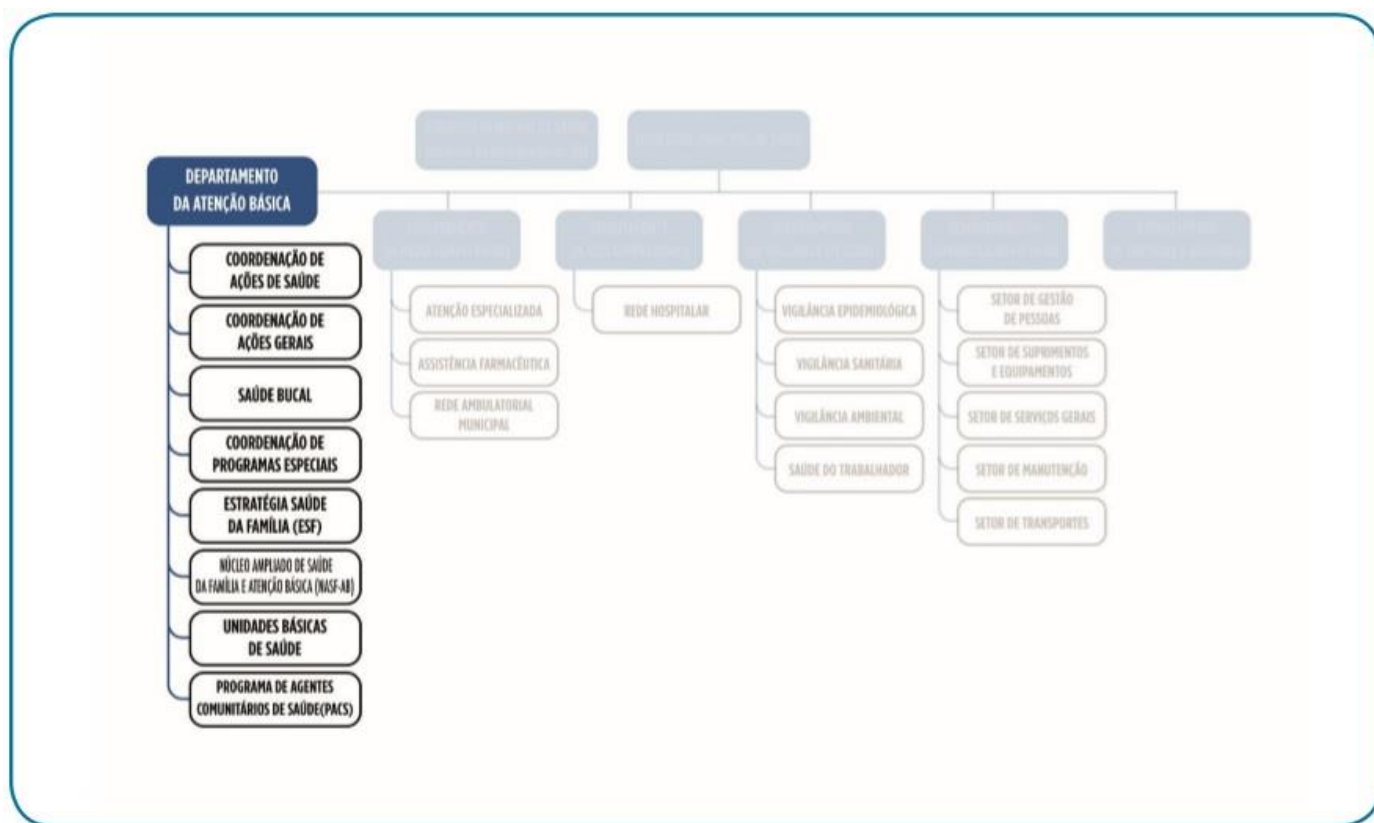
Estruturas dos Serviços de Saúde

Para conhecer o espaço de trabalho que o ACS atua é preciso entender a organização estrutural dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde, e também aqueles que cada departamento é responsável em ofertar.

No organograma, os setores responsáveis pelos serviços e ações de saúde estão organizados em seis departamentos:

- de Atenção Básica;
- da Média Complexidade;
- da Alta Complexidade;
- da Vigilância em Saúde;
- da Administração em Saúde;
- de Controle e Auditoria.

Vamos nos deter ao Departamento da Atenção Básica, pois ele é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo responsável pelas ações do ACS.



A atenção básica em saúde abrange a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde apresentadas pela população de um território. Este departamento está vinculado a toda rede de serviços de saúde, garantindo o sistema de referência e contra referência para setores e serviços de maior complexidade, quando assim for necessário.

Os serviços de saúde ofertados devem garantir acesso, resolutividade, integralidade e equidade à população, conforme as diretrizes do SUS. O usuário, ao procurar a unidade básica de saúde, será atendido pelos profissionais que ali trabalham e, se necessário, será encaminhado a outros serviços de saúde, para continuidade da assistência.

O ACS é uma ponte entre o serviço e a comunidade, estabelecendo aproximações e desenvolvendo vínculos com a população das comunidades atendidas por ele. Essa articulação facilita o diálogo entre a equipe de saúde, a comunidade e os demais atores que buscam resolver os problemas identificados.

É de fundamental importância que o profissional da saúde participe do processo de territorialização e do mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, além de garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos.

O agente tem que estar atento ao reconhecimento de sua área de atuação, sendo um agente educador em saúde que busca promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando sua organização ao efetivo exercício do controle social. Deve ser capaz de desenvolver atividades educativas que possam interferir no processo de saúde doença da população e no desenvolvimento de autonomia individual e coletiva, na busca pela qualidade de vida dos usuários. É ainda uma atribuição do ACS identificar parceiros na comunidade que possam potencializar ações Inter setoriais de acordo com as prioridades locais.

O território de ação do ACS é abrangente, pois, além da UBS e do domicílio, diversos locais como salões comunitários, escolas, creches, igrejas, praças, entre outros, podem ser vistos como espaços para o profissional atuar juntamente com a equipe.



A ESF tem como base o território em que atua e é composta pela equipe Saúde da Família, que conta diversos profissionais. Dentre eles, estão:

- o médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade;
- enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família;
- auxiliar ou técnico em enfermagem e

- agentes comunitários de saúde.

Outras pessoas podem fazer parte dessa equipe, como os profissionais de saúde bucal, em que se inclui o cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, além de um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, além do agente de combate às endemias.

Controle Social no SUS

Participação e controle social

A concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática. Nenhum gestor é senhor absoluto da decisão. Ele deve ouvir a população e submeter suas ações ao controle da sociedade. A Lei 8.142 é clara quanto a essa determinação: em seu Artigo 1º, são instituídos, como instâncias colegiadas, as conferências de saúde e os conselhos de saúde, obrigatoriamente integrantes do SUS. Nenhum gestor, em qualquer nível de governo, pode se recusar a constituir esses foros, pois estará desrespeitando a lei.

A composição das conferências e dos conselhos deve ser ampla, de modo a assegurar às suas deliberações a máxima representatividade e legitimidade. A representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (governo, prestadores privados e profissionais de saúde). Isso significa que o número de vagas para as entidades ou organizações representantes dos usuários deve ser exatamente a metade do total de participantes das conferências e dos conselhos.



As conferências de saúde são foros com representação dos vários segmentos sociais que se reúnem a cada quatro anos “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” (Lei 8.142/90, Artigo 1º, Parágrafo 1º).

Elas devem ser realizadas em todas as esferas de governo, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo conselho de saúde. Através das conferências, a população tem a oportunidade de discutir quais são os seus problemas de saúde mais importantes e indicar para os governantes como quer que sejam resolvidos. As resoluções das conferências de saúde devem servir de orientação para as decisões dos gestores e dos conselhos de saúde.

De acordo com a Lei 8.142/90, Artigo 1º, Parágrafo 2º, os conselhos de saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

As decisões dos conselhos precisam ser homologadas, isto é, confirmadas ou aprovadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Pela sua necessidade de deliberar sobre o que precisa ser feito e fiscalizar as ações do governo, os conselhos precisam estar permanentemente informados sobre quais são os problemas de saúde da população, quais os recursos disponíveis para a área da saúde e onde e como estão sendo aplicados. Os gestores não podem se recusar a dar as informações que os conselheiros precisam para avaliar e tomar decisões.



O conselho de saúde deve ter representantes do governo, dos prestadores de serviços, de profissionais de saúde e dos usuários. A representação dos usuários deve ser diversificada, de maneira a permitir que os vários interesses e os diversos tipos de organizações possam apresentar suas demandas e fazer suas avaliações sobre a política de saúde desenvolvida pelo governo, em todos os níveis. Dentre as organizações envolvidas, estão as associações de moradores, os sindicatos, associações de portadores de deficiências, organizações de consumidores, entidades civis que se dedicam a estudos ou à análise das condições de saúde, entidades científicas, entre outros.

É importante observar que a lei sempre se refere a “representante” dos usuários. Representação significa delegação de poderes conferidos pela população a certas pessoas a fim de que exerçam em seu nome alguma função. Os representantes dos usuários não podem ser escolhidos pelos governantes. Só serão representantes legítimos se forem escolhidos e indicados pelos membros do grupo ou da entidade da qual fazem parte.

Ser representante implica em assumir o compromisso, junto àqueles que o indicaram, de respeitar as posições de seus representados e defendê-las no conselho, assim como informar e prestar contas de suas ações aos seus representados.



Os conselhos e as conferências não são as únicas formas de participar do SUS, embora sejam as únicas obrigatórias para todo o país, já que estão previstas em lei federal. À medida que se avança na democratização da gestão, outros mecanismos podem – e devem – ser criados nos estados e nos municípios para ampliar as possibilidades de participação e tornar as decisões mais próximas da população. É o caso dos conselhos distritais e dos conselhos gestores nas unidades de atenção à saúde, já existentes em muitos municípios.

Parceiros na construção da cidadania e na luta pelo SUS

O exercício da cidadania e do controle social, como já vimos, exige que lutemos por nossos direitos. Muitas vezes, as dificuldades que encontrarmos vão exigir que recorramos a meios legais para que as leis sejam cumpridas. Por isso, é importante conhecer os recursos de que dispomos e os parceiros com os quais podemos contar para alcançar os resultados que buscamos.

Vamos destacar duas das mais importantes instituições às quais podemos recorrer para assegurar o cumprimento das leis e o respeito aos nossos direitos: o Ministério Público e o Procon.

O Ministério Público é uma instituição permanente, existente na união e nos estados, incumbida da “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (Art. 127 da Constituição Federal). Ele atua por meio dos promotores e procuradores de justiça estaduais e federais.

Quando identificarmos o não cumprimento da lei, devemos procurar o promotor de justiça, que vai verificar se está havendo mesmo desrespeito e comunicar ao juiz caso isso tenha sido constatado.

O juiz pode promover uma ação civil pública com base em proposta do promotor ou de solicitação direta de qualquer entidade de representação ou associação que exista legalmente há pelo menos um ano. São muitas as razões que podem conduzir a uma ação dessa natureza.

O mau funcionamento dos serviços por falta de profissionais, a má conservação ou inexistência de materiais e equipamentos, a má administração ou o mau uso ou desvio dos recursos públicos destinados à saúde podem ser motivos para responsabilizar os gestores públicos e solicitar a ação civil pública.

O não cumprimento comprovado da lei que determina a criação dos conselhos de saúde ou a obstrução ou impedimento ao seu funcionamento também são razões que podem justificar a ação civil pública.

Outra instituição importante à qual podemos recorrer na defesa dos direitos é o Procon, órgão de proteção e defesa do consumidor. A Constituição Federal estabelece que “o estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor” (Artigo 5º, Inciso 32).

A Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990, aprovou o Código de Proteção e Defesa do Consumidor, que define as situações e condições nas quais o Procon deve ser acionado. Em geral, as pessoas pensam que este órgão só se dedica ao consumidor de bens ou objetos, mas o código também prevê a proteção ao consumidor dos serviços de saúde.

Se o problema é o mau atendimento, o descaso ou a irresponsabilidade de profissionais de saúde, a população ainda pode recorrer aos conselhos profissionais da categoria. Por exemplo, se um médico recusou-se a atender ou provocou danos por atendimento errado ou inadequado, o usuário deve fazer uma denúncia.

Para isso, precisa comprovar o fato ao Conselho Regional de Medicina, que é responsável pela fiscalização e controle do exercício profissional dos médicos. Há também conselhos profissionais de diversas outras categorias como enfermeiros, assistentes sociais e odontólogos, por exemplo.

Todas essas instituições só podem intervir mediante denúncia. Isso significa que a população precisa se acostumar a realizar o registro do ocorrido sempre que for desrespeitada nos seus direitos.

Outro recurso que pode ser utilizado é a denúncia através dos meios de comunicação. Muitos meios abrem espaço para as reivindicações populares e este é um canal fundamental para auxiliar a defesa dos direitos da população. Lembre-se também da importância de se divulgar informações corretas, pois são elas que contribuirão para a defesa dos direitos de cidadania.

História do PACS/PSF/ESF

Programa Saúde da Família (PSF)

O Programa Saúde da Família é uma estratégia que tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos. Ele contempla as famílias, desde o recém-nascido até o idoso, de forma integral e contínua.

A primeira etapa de sua implantação teve início em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994 começaram a ser formadas as primeiras equipes do programa saúde da família, com o objetivo de incorporar e ampliar a atuação dos agentes comunitários de saúde.

O PSF busca uma mudança no sistema assistencial, na medida em que se propõe a atender o usuário integralmente no seu ambiente familiar e na sua comunidade, algo que está de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, que promove a descentralização das ações de saúde e garante o acesso do usuário do sistema.

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias,

localizadas em uma área geográfica delimitada. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias exige das equipes de saúde a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Havia no Brasil um modelo assistencial hegemônico, que ao longo do tempo não apresentou resolutividade para a maioria dos problemas de saúde da população. O modelo curativista de assistência à saúde historicamente difundido em nossa sociedade é submetido, então, a um processo de reversão na prática proposta pelo PSF.

A Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da saúde da família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. A consolidação dessa estratégia precisa ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. A saúde da família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

Com a implementação do PSF, o Ministério da Saúde pretende reverter, a médio e longo prazo, a concepção de que o hospital é o centro de todas as atividades de assistência à saúde.

A Estratégia Saúde da Família está estruturada a partir da unidade de saúde da família, com uma equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por determinada população, no território a ela vinculado. Lá, a equipe desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, além do tratamento e reabilitação de agravos.

Princípios do PSF/ESF

A adoção de programas voltados para a assistência familiar ou domiciliar é antiga, porém, este modelo de assistência era realizado somente pelo médico, que era conhecido como o médico de família. Com o passar dos tempos houve uma mudança nesse modelo de assistência.

Alguns países criaram programas de prestação de cuidados integrados nos domicílios. O objetivo era melhorar a saúde das pessoas que necessitavam de cuidados por apresentarem alguma patologia ou dependência para o autocuidado, principalmente os idosos. Esse tipo de assistência privilegiava ações e atividades curativas em detrimento de ações e atividades de promoção e proteção à saúde que vemos atualmente.

Com o PACS, observou-se que a maioria dos problemas identificados pelos ACS poderia ser resolvida no próprio domicílio, se houvesse uma equipe de saúde de referência. E foi assim que o Ministério da Saúde criou o PSF.

Nele, uma equipe de saúde formada por um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, além do ACS, passou a ter a atribuição de atuar sobre uma determinada realidade, promovendo a saúde e a qualidade de vida da população de referência. As equipes trabalham com território definido e com clientela conhecida através de cadastramento e acompanhamento contínuo.

Os princípios de atuação do PSF promovem uma mudança na prática convencional e a adoção de um novo processo de trabalho em saúde. Promovem ainda a hierarquização dos serviços, com ações primárias na atenção básica e a garantia da atenção integral aos indivíduos e famílias, já que se encontra integrada a rede de serviços de saúde.

Para a implantação do PSF, os municípios interessados deverão cumprir as exigências estabelecidas pelo Ministério da Saúde e elaborar uma proposta que deverá ser aprovada pelo conselho municipal de saúde. Ao município, cabe definir a área de implantação do programa, garantir as condições físicas e os equipamentos necessários e a contratação da equipe de trabalho.

Após a realização do cadastramento das famílias, deverá ser feito o levantamento de dados junto à comunidade, ou seja, os aspectos geográficos, as características do ambiente, os dados populacionais, os aspectos socioeconômicos e o modo de viver da comunidade, levando em conta sua cultura, valores, crenças e o seu processo saúde-doença. Com os dados coletados, será feito o diagnóstico da comunidade, o planejamento e a programação de trabalho.

A comunidade deve participar de todo o processo de implantação do serviço. As ações e atividades a serem realizadas deverão ser voltadas para si e para as famílias.

A Estratégia Saúde da Família foi idealizada para aproximar os serviços de saúde da população. Cumprindo princípio constitucional, garante ao cidadão o direito de receber atenção integral à saúde, priorizando as atividades preventivas, mas sem prejuízo da assistência curativa. Ela permite também que os responsáveis pela oferta de serviços de saúde aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem deve servir.

A Unidade de Saúde da Família atua com base nos seguintes princípios:

Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

Uma unidade de saúde da família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias do território de sua abrangência. Cada equipe deve estar preparada para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco a que a população está exposta;

- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua a demanda organizada ou espontânea, na unidade, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento aos serviços de referência ambulatorial;
- desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Atribuições do ACS

A política nacional de atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde. Tudo isso desenvolvido de forma descentralizada e o mais próximo da vida das pessoas. É na comunidade que a equipe de saúde pode contribuir para a melhoria da atenção a saúde de sua população. Para isso, a atenção básica tem a Estratégia Saúde da Família como prioridade.

Dentre os membros da equipe da ESF, o ACS tem seu papel fundamental. No texto trabalhado na Atividade 3, “ACS, um agente de mudanças”, vimos que as ações do ACS favorecem a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias. Isso porque o ACS tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade.

Complemente seus estudos com a leitura da Lei 11.350/2006, referente à regulamentação das atividades do ACS e do agente de combate às endemias – ACE e com a leitura da nova Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada através da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.

Ser ACS

Plantando o futuro no presente um senhor já idoso amava as plantas. Todos os dias, acordava bem cedo para cuidar de seu jardim. Fazia isso com tanto carinho e mantinha o jardim tão lindo que não havia quem não admirasse suas plantas e flores. Certo dia resolveu plantar uma jabuticabeira. Enquanto fazia o serviço com toda dedicação, aproximou-se dele um homem que lhe perguntou:

– Que planta é essa que o senhor está cuidando?

– Acabo de plantar uma jabuticabeira! – Respondeu.

– E quanto tempo ela demora a dar frutos? – Indagou o jovem.

– Ah! Mais ou menos uns quinze anos. – Respondeu o velho.

– E o senhor espera viver tanto tempo assim? – Questionou o rapaz.

– Não, provavelmente não comerei de seu fruto.

– E qual a vantagem de plantar uma árvore se o senhor não comerá de seu fruto?

O velho, olhando serenamente nos olhos do rapaz, respondeu:

– Nenhuma, meu filho, exceto a vantagem de saber que ninguém comeria jabuticabas se todos pensassem como você.



O rapaz, ouvindo aquilo, despediu-se do velho e saiu pensativo. Depois de caminhar um pouco, encontrou à sua frente uma árvore e parou para descansar à sua sombra.

De repente olhou para cima e percebeu que era uma jabuticabeira carregada de frutos maduros. Pôde então saborear deliciosas jabuticabas. Enquanto comia, lembrou-se de sua conversa com o velho e refletiu: “estou comendo esta jabuticaba porque alguém 15 anos atrás plantou esta árvore. Talvez esta pessoa não esteja mais viva, mas seus frutos estão”.

E pensando assim, o rapaz voltou ao jardim e se juntou ao velho no trabalho de plantar árvores frutíferas.

A sua contribuição para o mundo não deve depender da época em que se colherão os frutos ou de quem irá comê-los. O importante é plantar e saber que um dia será beneficiado.

O ACS ontem e hoje

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991 para se somar aos esforços voltados à redução dos graves índices de mortalidade infantil e materna na Região Nordeste do Brasil. Nasceu, portanto, com uma clara focalização de cobertura e objetivos, considerando que esta região concentrava o maior percentual de população em situação de pobreza e, conseqüentemente, mais exposta ao risco de adoecer e morrer.

As Secretarias Estaduais de Saúde da região foram convidadas pelo Ministério da Saúde para traçar as diretrizes para a formação de agentes comunitários. Em função de seu projeto bem-sucedido, o estado do Ceará foi a referência das lições apreendidas para adesão de todo o Nordeste ao programa.

Normas e princípios foram definidos para garantir o perfil necessário ao agente de saúde: ter pelo menos 18 anos, saber ler e escrever, ter liderança e ser morador de sua comunidade há pelo menos dois anos. A necessidade de residir na área onde o agente desempenha sua função tem se fortalecido como condição essencial para garantir a identidade cultural indispensável para esse tipo de trabalho, além de valorizar as potencialidades locais e promover a inclusão de lideranças comunitárias no desenvolvimento de uma política pública.



A seleção dos ACS atendia a critérios específicos. Eles deveriam ser escolhidos no próprio município por processo seletivo, que incluía uma etapa de entrevista em que se buscava identificar e valorizar a qualidade mais importante da função: o espírito de solidariedade. O ACS deveria ser capaz de ajudar aos moradores na conquista de mais saúde e melhor qualidade de vida.

Aos agentes comunitários era atribuída a responsabilidade de acompanhamento de 150 a 200 famílias, concentradas em uma microárea. Essa medida foi fundamental para fortalecer a importância dos princípios de vigilância à saúde e de responsabilização territorial. A implantação do PACS nos municípios estava condicionada ao cumprimento de algumas exigências:

- Ter uma unidade básica de saúde à qual o ACS estivesse vinculado;
- Ter um profissional enfermeiro, que assumisse a função de docente/supervisor;
- Ter Conselho Municipal de Saúde implantado;
- Ter o fundo municipal de saúde criado e implantado, para receber recursos do Programa.

Nesse cenário, o PACS contribuiu de maneira significativa para a interiorização de profissionais enfermeiros. Inicialmente, o programa esteve centrado nos pequenos municípios, que se caracterizavam pela precariedade de seus indicadores e pela insuficiência de oferta e de organização de seus serviços. Muitos desses municípios não tinham nenhum profissional de saúde residente no local. Dessa forma, foi decisivo o envolvimento dos enfermeiros na implantação do PACS.

No final de 1991, início de 1992, o PACS estendeu-se em caráter de emergência para os estados do Norte do país, como estratégia de combate da epidemia de cólera que ameaçava a região. Nessa época havia menos de 20 mil agentes incorporados aos municípios.

O contexto precisa ser lembrado: era um período de ebulição do movimento de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, conforme estabelecia o SUS. Era, então um cenário de muitos debates que evidenciavam a construção de consensos e explicitavam muitos conflitos, com inevitáveis reflexos do PACS.

A cada mudança política, marcada por trocas sucessivas de ministros, retomava-se o debate, pois não havia consenso quanto à continuidade do programa. Em 1992, sua expansão ficou suspensa por alguns meses e sua continuidade só foi garantida em função da epidemia da cólera que ameaçava o país. Não havia fonte e mecanismo de financiamento que garantisse a sustentabilidade do programa. Só para exemplificar, era frequente nesse período encontrar agentes que estavam trabalhando havia 6 meses sem receber seus salários.

É justo dizer que, nesse período inicial de concepção e implantação do programa, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desempenhou importante papel de defesa e fortalecimento de seus princípios. Em 1993, o PACS foi posto em xeque: ou seria reorientado ou abandonado. As experiências exitosas acumuladas pelo programa em diversos municípios e as medidas gerenciais tomadas em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde permitiram o redirecionamento do programa, com o propósito de corrigir problemas e valorizar as suas potencialidades.

O ACS passou a ser um elemento de identificação e de tradução da realidade social de sua comunidade. Além de trazer para os serviços de saúde números mais precisos das condições epidemiológicas de sua localidade, ele possui como ninguém conhecimento da comunicação e da dinâmica de sua comunidade. Em consequência, a pessoa atendida deixava de ser um número ou uma porcentagem das estatísticas oficiais, e ganhava nome, endereço e identidade. Os agentes funcionavam como mediadores das necessidades da comunidade e das carências do serviço público.

Ainda em 1993, ocorreu mais um passo importante para o fortalecimento do processo de municipalização dos serviços de saúde: é publicada a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS/93), que estabelece critérios para a responsabilização dos municípios na gestão municipal. Havia nessa época o reconhecimento da “crise do modelo assistencial”, que precisava ser enfrentado para consolidar o processo de reforma iniciado com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que já expressava avanços significativos com a descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

O reconhecimento da crise de modelo suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnologias contextualizadas nas novas práticas assistenciais propostas. Com esse propósito, iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa de Saúde da Família (PSF), lançado em março de 1994.

Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

A Saúde da Família tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Ela agora é orientada para a cura de doenças e hospitalização.

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo

saúde-doença e da necessidade de intervenções, que vão além de práticas curativas. O PSF foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população, permitindo aos gestores do SUS aprofundar o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir.

Ele também viabiliza o princípio Constitucional de que o Estado deve garantir ao cidadão o direito de receber atenção integral à saúde, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Atenção Primária à Saúde (APS) e o PSF se baseiam na modificação positiva do modo de vida da população, a partir do controle dos fatores ambientais, sociais e da mudança do estilo e conduta de vida das pessoas, eliminação dos riscos e orientação de hábitos mais saudáveis. O processo saúde-doença é determinado por múltiplas causas e fatores relacionados às condições de vida da população. Portanto, é importante a participação ativa de todos os setores da administração do município, outros atores sociais e da comunidade. Assim, é possível a identificação de problemas e necessidades de saúde do povo e a adoção de medidas concretas para melhorar a qualidade de vida.

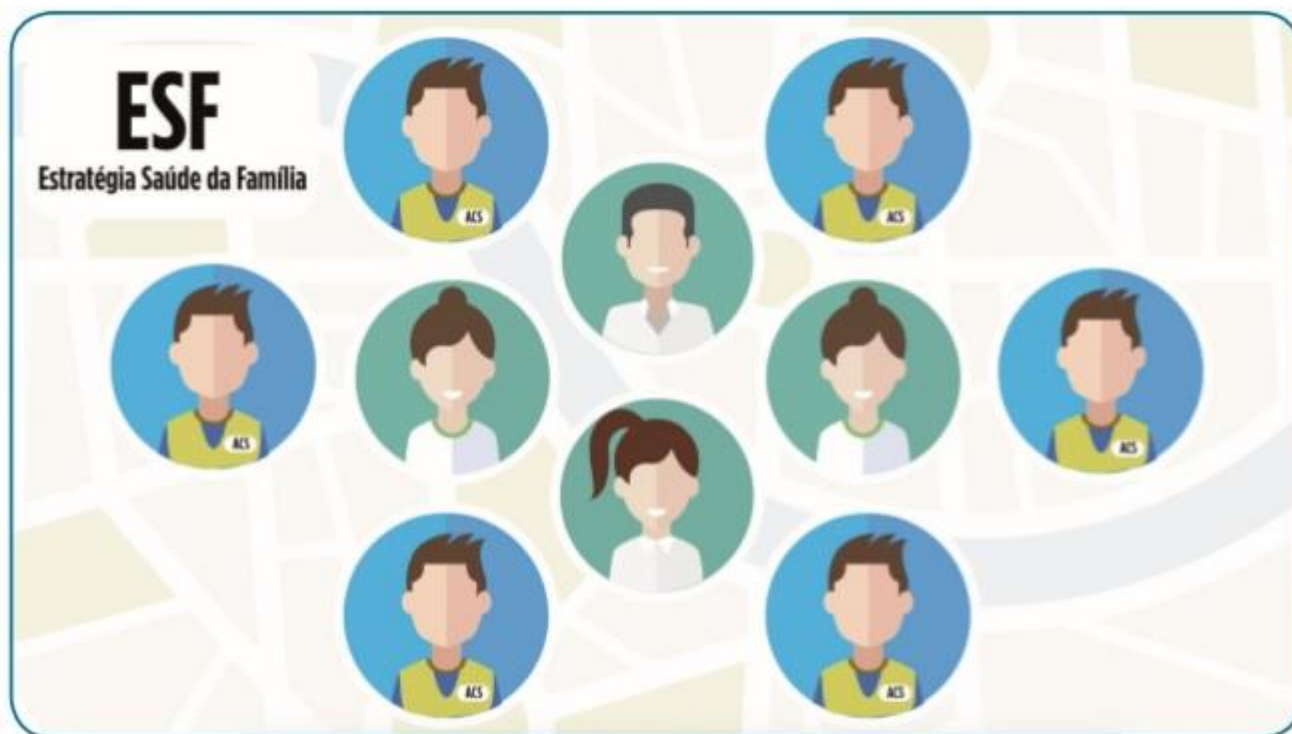
Outro aspecto importante para a mudança do modelo de assistência à saúde é o envolvimento da equipe de saúde com o dia a dia da comunidade. Essa equipe tem o compromisso de organizar o serviço de saúde, no encaminhamento de problemas que não pode resolver e na sua atuação em situações que sinta segurança e capacidade para intervir.

A Saúde da Família vem demonstrando ser mais do que um programa específico. Ela é a estratégia que define o modelo de assistência à saúde que mais se aproxima dos princípios indicados na Constituição Federal. Todas as pessoas cadastradas são atendidas na Unidade de Saúde da Família com igualdade de direitos. Recebem assistência naquilo em que necessitam, de forma permanente e pela mesma equipe.

Dessa forma, recebem orientações sobre cuidados de saúde e são mobilizadas sobre como manter a sua saúde, de suas famílias e de sua comunidade, compreendendo a relação entre as doenças, estilos e hábitos de vida.

A ESF deve considerar vários componentes ou requisitos, além do estabelecido na legislação vigente, tais como:

- **Territorialização:** cada equipe deve ter como responsabilidade de atenção um território, ou seja, possuir uma área e uma população definida;
- **Hierarquização:** referência e contra referência – relação entre serviços básicos, especializados e hospitais, que garantam a completa atenção da saúde onde e quando a população requisir;
- **Atenção ativa:** a equipe terá que ir à comunidade, à família, para identificar problemas e necessidades de saúde e encontrar soluções em conjunto com as próprias famílias e população. Deverá também orientar, informar e promover educação sanitária;
- **Globalidade:** a atenção à saúde deverá ser voltada para todos. Sejam eles doentes, sadios, homens, mulheres, crianças, adolescentes ou idosos;
- **Continuidade:** a população é acompanhada pela mesma equipe permanentemente;
- **Participação:** a colaboração de toda a sociedade e dos setores da economia no desempenho da ESF é de suma importância para a identificação de problemas, planejamento e controle das atividades. É importante lembrar que os serviços de saúde não podem dar solução a todos os problemas de forma isolada.



A definição de responsabilidade territorial e adscrição de famílias, introduzida no PACS e ampliada no PSF, confere ao programa uma característica especial na organização dos serviços: a potencialidade de resgatar vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população.

Em 1995, o PACS e o PSF passaram a ser considerados pelo presidente da República projetos prioritários do Governo Federal. A gestão do programa foi inserida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), em que se iniciaram a definição e a construção das condições necessárias à sua sustentabilidade no âmbito do SUS.

Em 2017, houve uma revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta revisão ocorreu mediante publicação da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 que diz que, entre outras coisas:

Funcionamento – Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se: i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária.

Tipos de Equipes – Equipe de Saúde da Família (eSF) é considerada a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. Outros arranjos de equipes são possíveis, desde que sigam as normativas vigentes.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. Para estas Equipes de Saúde da Família, a presença do Agente Comunitário de Saúde é obrigatória.

Moral e Ética

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

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

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

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

Valores morais

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

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

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

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

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

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

Humanização e ética na atenção à saúde

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

É oportuno lembrar que são necessários cuidados no momento da obtenção das informações, pois elas, muitas vezes, são colhidas nos domicílios, que podem não ter um espaço reservado à conversa entre o membro da equipe que realiza a visita e o usuário. Assim, cabem cuidados, como por exemplo: procurar manter um tom baixo de voz ou até mesmo propor a ida do usuário à unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Na busca da humanização da atenção à saúde, é preciso ter atitudes que marquem o respeito pelo usuário. Por exemplo:

Sempre chamar a pessoa por seu nome, jamais utilizando termos impessoais, como “mãe”, “tio”, “vozinho”, “meu filho”, “minha querida” e outros que podem ser mais estigmatizantes ou rotuladores, como “o aidético”, “o tuberculoso”, “o desnutrido”, entre outros. Isso também deve ser observado ao se fazer referências às famílias, nunca usando “a casa dos desnutridos”, a “casa dos hipertensos”, ou a “família dos negros” e outros.

Outro direito fundamental do usuário é a liberdade de expressão. O usuário deve poder manifestar sua opinião sobre o serviço ou os membros da Equipe de Saúde da Família, sem o risco ou temor de represálias. Os gestores devem viabilizar canais de comunicação entre os usuários e a administração, permitindo que expressem livremente suas reclamações e participem das decisões tomadas no âmbito da saúde.

A Comunicação em Saúde

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

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

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

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

E quais são as formas de comunicação?

Existem várias formas de comunicação:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Técnicas para escutar ativamente

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

Focalizar

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

Aceitar

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

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

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

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

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

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

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

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

Refletir

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

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

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

Estimular

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

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

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

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

Escute!

Quando eu peço a você que me escute

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

Quando eu peço a você que me escute

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

Você está desrespeitando meus sentimentos.

Quando eu peço a você que me escute

E você sente que tem alguma coisa para resolver meu problema

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

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

Não que falasse ou fizesse alguma coisa

Simplesmente me ouça.

Tudo isso eu posso fazer por mim mesmo.

Eu não sou uma pessoa desamparada.

Eu posso estar um pouco desanimado.

Quando você faz alguma coisa para mim

Que eu posso e preciso fazer por mim mesmo,

Você está contribuindo para os meus receios e imperfeições.

Mas quando você aceita o que eu sinto,

Não importando o quão irracional meus sentimentos sejam,

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

O que na verdade está por trás desse sentimento.

E quando este sentimento se torna claro,

As respostas são óbvias e eu não preciso de conselhos.

Sentimentos irracionais fazem sentido quando nós compreendemos o que

está por trás deles.

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

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

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

Técnica de Entrevista

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

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

Vamos lá?

1) Comece explicando ao entrevistado de maneira simples os objetivos e conteúdo da entrevista. Se necessário, converse um pouco sobre assuntos pessoais, como: trabalho, onde mora, quantos filhos tem etc.

2) Atenda primeiro as necessidades sentidas pelo entrevistado e demonstre interesse e atenção estimulando-o a responder as perguntas.

3) Lembre-se sempre de ouvi-lo com atenção e esgotar cada assunto antes de passar para o seguinte.

4) Use formas de perguntas que permitam o aprofundamento das respostas, ou seja, utilize sempre que possível “o que”, “quem”, “quando”, “onde” e “por quê”.

5) Tenha cuidado para não desviar do assunto. Faça com que o entrevistado se sinta à vontade, como se estivesse numa conversa comum e não em um interrogatório.

6) Após a entrevista, faça uma análise com as seguintes perguntas:

- Os objetivos propostos foram alcançados?
- O entrevistado sentiu-se à vontade?
- As perguntas foram formuladas de forma clara e com palavras simples?

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

Vantagens

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

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

Trabalho em Equipe

A rebelião contra o estômago

Uma vez um homem sonhou que suas mãos, pés, boca e cérebro começaram todos a se rebelar contra o estômago.

– Seu imprestável! – as mãos disseram.

– Nós trabalhamos o dia inteiro, serrando, martelando, levantando e carregando. De noite estamos cobertas de bolhas e arranhões, nossas juntas doem e ficamos cheias de sujeira. Enquanto isso, você só fica aí sentado, pegando a comida toda!

– Nós concordamos! – Gritaram os pés. Pense só como nos desgastamos, andando para lá e para cá o dia inteiro. E você só fica se entupindo, cada vez mais pesado para a gente carregar.

– Isso mesmo! – Choraminguou a boca. De onde você pensa que vem toda a comida que você tanto ama? Eu é que tenho que mastigar tudo e, logo que termino, você suga tudo aí para baixo, só para você. Você acha que isso é justo?

– E eu? – Gritou o cérebro. – Você acha que é fácil ficar aqui em cima, tendo que pensar de onde vai vir a sua próxima refeição? E ainda por cima, não ganho nada pelas minhas dores todas.

Uma por uma, as partes do corpo aderiram às reclamações contra o estômago, que não disse coisa alguma.

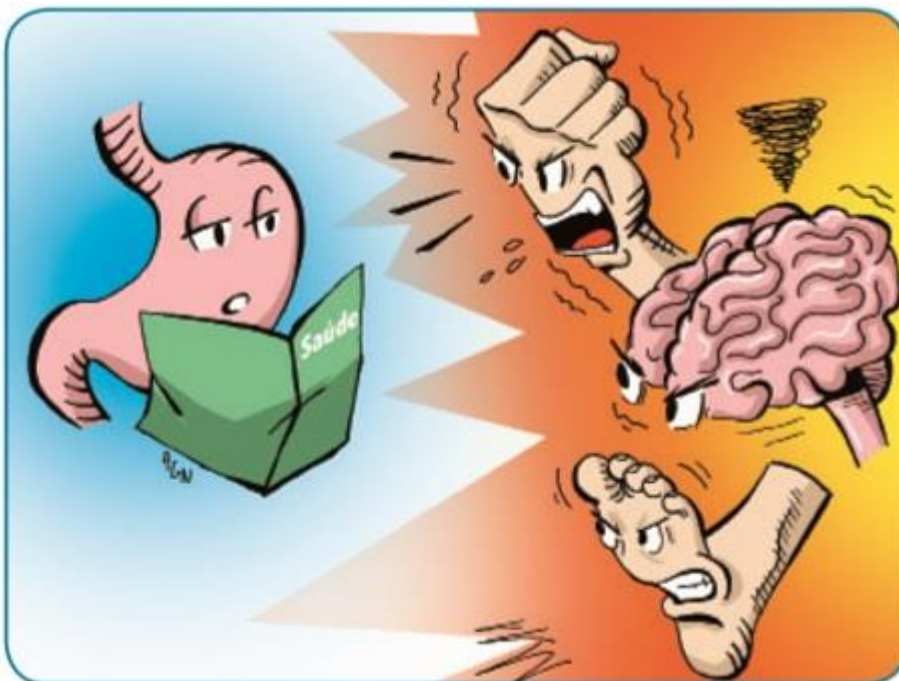
– Tenho uma ideia! O cérebro finalmente anunciou.

– Vamos todos nos rebelar contra essa barriga preguiçosa e parar de trabalhar para ela.

– Soberba ideia! – Todos os outros membros e órgãos concordaram.

– Vamos lhe ensinar como nós somos importantes! Assim, talvez, você também acabe fazendo algum trabalho.

– Continuou o cérebro.



E todos pararam de trabalhar. As mãos se recusaram a levantar ou carregar coisas. Os pés se recusaram a andar. A boca prometeu não mastigar ou engolir nem um bocadinho. E o cérebro jurou que não teria mais nenhuma ideia brilhante. No começo, o estômago roncou um pouco, como sempre fazia quando estava com fome. Mas, depois, ficou quieto.

Nesse ponto, para surpresa do homem que sonhava, ele descobriu que não conseguia andar. Não conseguia segurar nada mais nas mãos. Não conseguia nem abrir a boca. E, de repente, começou a se sentir bem doente.

O sonho pareceu durar vários dias. A cada dia que passava, o homem se sentia cada vez pior.

– É melhor que essa rebelião não dure muito – ele pensou –, senão vou morrer.

Enquanto isso, mãos, pés, boca e cérebro só ficavam à toa, cada vez mais fracos. No início se agitaram um pouquinho, para escarnecer do estômago de vez em quando; mas, pouco depois, não tinham mais energia nem para isso.

Por fim, o homem ouviu uma vozinha fraca vinda da direção dos pés.

– Pode ser que estivéssemos enganados... – eles diziam.

– Talvez o estômago estivesse trabalhando o tempo todo, ao jeito dele.

– Estava pensando a mesma coisa – murmurou o cérebro.

– É verdade que ele fica pegando a comida toda, mas parece que ele manda a maior parte de volta para nós.

– Devemos admitir nosso erro – disse a boca –, o estômago tem tanto trabalho a fazer quanto as mãos, os pés, o cérebro e os dentes.

– Então, vamos todos voltar ao trabalho! – Gritaram juntos. E, nisso, o homem acordou.

Para seu alívio, descobriu que os pés estavam andando de novo. As mãos seguravam, a boca mastigava e o cérebro agora conseguia pensar com clareza. Começou a se sentir muito melhor.

– Bem, eis aí uma lição para mim.... – ele pensou, enquanto enchia o estômago de café e pão com manteiga de manhã.

– Ou funcionamos todos juntos, ou nada funciona mesmo.

Trabalhar em equipe: o que é isso em saúde da família?

Quando falamos em trabalho coletivo, é importante considerar as diferenças entre trabalhar com uma equipe e trabalhar em equipe. E também o que significa o resultado obtido, que é o que chamamos de trabalho de equipe.

Em qualquer área do conhecimento, o tradicional é se trabalhar com uma equipe, em que existe um chefe e os subordinados, aprendizes ou dependentes – seja qual for o nome escolhido. É uma forma tradicional de trabalhar, cujo resultado é denominado por todos de trabalho de equipe.

No Programa Saúde da Família, o trabalho é diferente do tradicional. Nele, vários profissionais se relacionam para desenvolver uma tarefa, conseguindo um resultado que é maior do que a soma das parcelas do trabalho de cada pessoa dessa equipe. Assim, o diferencial no Saúde da Família é trabalhar em equipe. Algo que exige dos membros um trabalho compartilhado em torno de um objetivo comum. Desse modo, cada um dos profissionais tem suas atribuições e competências definidas e as lideranças vão surgindo no momento de cada desafio.

Um exemplo é o trabalho que o ACS exerce na prevenção da dengue, quando ele lidera o processo de busca de focos de mosquitos com outros profissionais na sua microárea. Ele conhece suas atribuições e suas competências. Nas reuniões da equipe, o problema é colocado em pauta para discussão, os objetivos são definidos, as metas são quantificadas e cada um fica responsável por uma determinada tarefa. O trabalho do ACS fica bem definido dentro das suas competências e, assim, é natural que sua liderança seja aceita entre os colegas e na comunidade.

Há muitos outros exemplos que podem ser construídos envolvendo os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família, nos quais as lideranças são decididas de acordo com o contexto e com as atribuições e/ou competências de seus membros. Vejamos um fluxo de atendimento dentro de uma Unidade de Saúde da Família:

Um usuário pode chegar até a Unidade Básica de Saúde/UBS, levado ou não por um agente comunitário de saúde, ser atendido por um auxiliar de enfermagem, e depois enviado ao médico ou enfermeiro, que faz o diagnóstico, prescreve os medicamentos e orienta como usá-los.

O que diferencia o atendimento na UBS do tradicional no posto de saúde?

A grande diferença é o acolhimento. O usuário chega à UBS não como um estranho, mas como alguém que sabe e sente que pertence àquela unidade, pois lá há a responsabilidade pela sua saúde e das pessoas que vivem na área. Na UBS há todos os dados do cadastro da sua família, uma equipe que o conhece, que o chama pelo nome e com a qual ele pouco a pouco vai construindo um vínculo de confiança. Dessa forma, o acolhimento nos diversos setores da unidade passa a ser um processo natural em busca de um resultado satisfatório.

Trabalhar em equipe compreende relacionar-se com outras pessoas. Pode-se dizer que o trabalho em equipe se constrói no próprio trabalhar, no fazer de todo dia, e por isso tem múltiplas possibilidades e significados, necessitando de permanente avaliação. Visto dessa forma, o trabalho em equipe é como uma rede de relações em que cada um dos integrantes possui um saber, fruto da sua história de vida, oportunidade social e formação específica.

Em momentos anteriores, já falamos que as atribuições e as competências dos profissionais de Saúde da Família são diferentes. Por exemplo, o agente comunitário de saúde não pode prescrever medicamentos, nem o médico tem como rotina visitar todos os domicílios para fazer o cadastramento das famílias. Esta atribuição é do agente e a competência para consultar e prescrever é do médico.

As tarefas são diferentes, mas todos trabalham por um bem comum. O cadastramento é um instrumento a ser discutido por toda a equipe, para que se tenha um bom acompanhamento da saúde da população. O trabalho do médico necessita do trabalho do agente, do auxiliar e do enfermeiro. Todos estão juntos por um resultado satisfatório para o usuário e para a equipe.

Visita Domiciliar

A equipe de Saúde da Família precisa conhecer a comunidade e para isso deverá reunir informações e identificar os principais problemas de saúde da população. Assim, é possível elaborar o diagnóstico de saúde da comunidade. São vários os instrumentos que podem ser utilizados para coletar as informações e cada um deles tem um objetivo. A soma de todos ajuda a fazer o diagnóstico. São eles:

- Visita domiciliar/entrevista;
- Cadastramento das famílias;
- Mapa da comunidade;
- Reuniões comunitárias.

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

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

Uma visita domiciliar, para ser bem feita, precisa ser planejada. É preciso ver os detalhes da visita antes de fazê-la. O intuito é aproveitar melhor o tempo e respeitar o tempo das pessoas visitadas. Assim, antes de fazer uma visita, pense nos seguintes pontos:

Ter claro o motivo da visita

É importante informar às pessoas o motivo da visita, sua utilidade e importância.

Primeira visita

Quando for a primeira visita, antes de qualquer coisa, é importante que o ACS se apresente: diga seu nome, qual o seu trabalho, o motivo da visita e perguntar se pode ser recebido naquele momento.

Saber o nome das pessoas

É importante saber o nome de alguém da família que você vai visitar. É uma demonstração de interesse e respeito pelas pessoas.

Escolher o melhor horário

É recomendável escolher um bom horário e definir o tempo de duração da visita. Isso não quer dizer que não possa mudar o horário ou ficar mais um tempo, se necessário. Na hora da visita, é preciso ter sensibilidade para saber se as pessoas querem ou não podem conversar mais um pouco.

Conquistar a confiança

Para conquistar a confiança e o respeito das pessoas, é preciso valorizar seus costumes, as suas crenças, o seu modo de ser, seus problemas e sentimentos. É preciso lembrar que todas as

informações que lhe são repassadas pela família são confidenciais e devem ser guardadas sob sigilo, por questões éticas.

Conversar antes

Antes de começar a fazer as perguntas, é bom conversar um pouco com as pessoas sobre assuntos que elas gostem de falar, sobre o trabalho, a casa, os filhos, as notícias, as novelas etc.

Perguntar somente o necessário

Só se deve pedir informações que têm sentido. É necessário explicar o porquê das perguntas e para que elas vão servir.

Um instrumento importante para a visita domiciliar é a entrevista, pois além de ser possível obter informações e dados diretamente da pessoa, também constitui-se numa oportunidade para ensinar e aprender.

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

Abordagem Familiar: contexto histórico e o papel do ACS

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

O ano de 1994 foi considerado o Ano Internacional da Família e desde então tem-se buscado o desenvolvimento de políticas que promovam e reconheçam as famílias. Como exemplo, temos ações que visam a eliminação da pobreza, o acesso à saúde, a educação, a alimentação, a erradicação do trabalho infantil, a promoção da igualdade de gêneros e a proteção integral de seus membros.

Desse modo, ainda em 1994, iniciou-se o processo de implantação do Programa Saúde da Família, visando ao avanço das mudanças propostas na Constituição de 1988. Buscava-se legitimar o projeto político do SUS, valorizando, assim, a família como sujeito no campo da saúde.

A vida doméstica, familiar, não está isolada. Ela está inserida na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo. A vulnerabilidade das famílias está diretamente relacionada à sua situação de pobreza, às condições ambientais da localidade a qual pertence e à política econômica do País.

Atuar junto à família significa penetrar num espaço em que o indivíduo pode ser visto, integralmente, no seu contexto. Portanto, pensar uma política de assistência à saúde nesse espaço, requer uma ampla visão e conhecimento dessa complexa organização.

O Programa Saúde da Família é diferente dos outros modelos de assistência, pois aproxima as famílias dos serviços de saúde ou, como se coloca, leva a saúde para dentro da casa das pessoas. O ACS é o principal responsável por essa aproximação, uma vez que cabe a ele fazer a ponte entre a comunidade e o restante da equipe. É ele quem “pede licença” e adentra nas casas das pessoas.

O Decreto n. 3.189/99 diz que a principal atribuição do agente comunitário de saúde é desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. Sempre sob supervisão competente.

Isso significa dizer que cabe ao ACS uma ampla tarefa com relação à educação em saúde. O gesto aparentemente simples de pedir licença e entrar na casa das pessoas requer um conjunto de habilidades nem sempre tão simples assim.

Quando uma família permite que o ACS entre em sua casa, ela está permitindo não somente o entrar no espaço físico, mas sim, em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família única, com seus códigos de sobrevivência, com suas redes sociais próprias e história particular. Talvez, a mais importante das habilidades consista no ser sensível, ou seja, ser capaz de compreender o momento certo e a maneira adequada de aproximar-se e estabelecer uma relação de confiança. A partir disso, é possível construir o vínculo necessário ao desenvolvimento das ações educativas, preventivas e de recuperação da saúde preconizadas pelo PSF.

Cada família tem uma dinâmica de vida própria e pela forma como a família vem se modificando e estruturando nos últimos tempos, fica cada vez mais difícil enquadrá-la num modelo único ou ideal. Essas particularidades fazem com que determinada conduta ou ação por parte dos agentes e equipe de saúde tenha efeitos diferentes ou atinja de modo distinto as diversas famílias assistidas.

Quando o ACS vai realizar uma visita domiciliar deve considerar que não está entrando somente na casa, mas na vida das pessoas que nela habitam. O agente, na sua função de orientar, monitorar, esclarecer e ouvir, passa a exercer, também, o papel de educador. Por isso é tão importante que ele compreenda as implicações que isso representa.

Cadastramento das Famílias

Uma das primeiras informações que o agente comunitário de saúde precisa ter são quantas e quais são as pessoas que ele vai acompanhar. De acordo com as Normas e Diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde, cada agente acompanha, em média, 750 pessoas da sua comunidade e aproximadamente 150 famílias.

Para conhecer as condições de vida das famílias que vai acompanhar, o agente comunitário de saúde precisa cadastrar todas elas.

Cadastramento é colocar no papel todas as informações a respeito da comunidade e para isso o ACS tem fichas para preencher. O cadastramento mostra quem são, quantos são, quais são suas idades, quais seus problemas de saúde e as condições de moradia e saneamento.

O cadastramento ajuda o agente comunitário de saúde a saber por onde começar o seu trabalho e a priorizar suas atividades. As informações coletadas pelos agentes têm um objetivo muito importante. É com elas que o pessoal da Unidade de Saúde vai saber exatamente o que é preciso fazer para evitar as doenças que mais ameaçam a comunidade. Após cadastrar as famílias, as fichas vão para a unidade de saúde formar o cadastro daquela comunidade. As informações serão analisadas e discutidas pelo ACS com a equipe de saúde. Essas informações são fundamentais para fazer o diagnóstico da comunidade.

Algumas coisas que você não pode esquecer

Quando você for fazer o cadastramento das famílias, é importante ler novamente as instruções de como fazer a 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, para a organização das visitas domiciliares, das 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 o seu instrutor/supervisor, 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 o seu instrutor ou supervisor.

Conhecendo a Comunidade Através dos Mapas

Um bom jeito de aumentar seus conhecimentos sobre sua comunidade é trabalhar com mapas. O mapa é um desenho que representa, no papel, o que existe nos lugares: as ruas, as casas, a prefeitura, as escolas, os serviços de saúde, a feira, o comércio, as igrejas, o correio, o posto policial, os rios, as pontes, os córregos e outras coisas importantes.

É como se fosse uma foto, um retrato de sua comunidade vista de cima e que, quando você olha, fica sabendo, por exemplo, que a Rua S. José está perto da igreja e que o Centro de Saúde fica perto do Posto Policial.



Na prefeitura de sua cidade devem existir alguns mapas para você consultar: o mapa do Brasil, do estado, da cidade. Você vai perceber que o mapa do Brasil é dividido em estados, e cada estado é formado por vários municípios. O município pode ser formado por distritos, vilas, bairros, povoados e aparece no mapa do seu estado.

O mapa do Agente Comunitário de Saúde é o desenho de toda a área onde ele trabalha. O mapa mostra onde ficam as casas, as ruas, as praças, as micro áreas de risco e todos os pontos que você considerar importantes.

Como fazer o mapa da comunidade?

O ACS não precisa ser bom desenhista para fazer o mapa. Não há necessidade de mostrar as casas como elas são. Quadrinhos, por exemplo, servem para indicar que naqueles pontos ficam as famílias que o ACS visita. Da mesma forma, o ACS pode representar um lixão, um charco, com símbolos bem fáceis de desenhar.

E ele não faz o mapa sozinho. Em todo o seu trabalho, o agente conta sempre com a ajuda de seus colegas da Unidade de Saúde. Principalmente o enfermeiro que exerce a função de instrutor-supervisor.

O agente pode também contar com a comunidade para ajudá-lo na preparação do mapa. Um ótimo motivo para se conhecerem mais. O agente mostra o mapa que está fazendo e ouve sugestões para corrigir, acrescentar, de modo que no final o mapa dê uma boa ideia de como é aquela comunidade. Quando o mapa fica pronto, o ACS pode organizar melhor o seu trabalho.

Com o mapa ele pode:

- Ficar conhecendo os caminhos mais fáceis para chegar a todos os locais;
- Planejar as visitas de cada dia sem perder tempo;
- Ficar mais seguro na hora de prestar socorro a alguém;
- Marcar todas as microáreas de risco;
- Identificar com símbolos as casas com famílias em situação de risco;
- Marcar as barreiras geográficas que dificultam o caminho das pessoas até os serviços de saúde (rios, morros, mata cerrada etc.).

Vamos ver como é que se faz um mapa?

Existem algumas regras importantes para que o mapa feito pelo ACS tenha utilidade. Noção de distância O agente deve reproduzir de forma reduzida no mapa o que existe na comunidade. Se o Centro de Saúde fica no final da rua é ali que ele coloca o símbolo que representa o Centro. Se a escola fica de um lado da rua e a padaria do outro é assim que o ACS deve desenhar no seu mapa. Cada símbolo deve ocupar, no desenho, o lugar daquilo que ele representa.

Noção de direção

O que fica ao Norte deve ser desenhado ao Norte. O que fica a Oeste deve ser desenhado a Oeste. E assim por diante.

Norte, Sul, Leste e Oeste são pontos cardeais. Para saber onde fica cada um deles, a maneira mais simples é verificar onde o Sol nasce. Ali fica o Leste. Para achar os demais pontos cardeais você aponta seu braço direito para onde o Sol nasce e o braço esquerdo para onde Sol se põe, no Oeste. Nessa posição, de braços abertos, a pessoa fica de frente para o Norte e de costas para o Sul.

Agora, pense na sua comunidade e faça uma lista de coisas que são importantes para a vida comunitária.

Por exemplo:

- Prefeitura

- Postos de Saúde
- Centros de Saúde
- Hospitais
- Escolas
- Igrejas
- Centros Religiosos
- Delegacias
- Postos Policiais
- Quadras de Esporte
- Campo de Futebol

Escreva também outras coisas que podem ser lembradas com seus nomes:

- Rua principal
- Cartório
- Correio
- Parada de ônibus
- Casa da parteira, da benzedeira, da curandeira

E outras coisas de que você se lembra.

Pegue uma folha de papel, marque os pontos cardeais e tente desenhar um mapa de sua comunidade com as quadras, as casas, as ruas, as praças, os caminhos, os córregos ou rios que passam por ali. Depois, vá marcando com símbolos onde ficam esses estabelecimentos de que você se lembrou.

Agora que você já sabe como fazer um mapa, vamos conversar sobre outros mapas que podem ser feitos. O seu mapa vai para a Unidade de Saúde e o conjunto de todos os mapas feitos pelos Agentes Comunitários de Saúde vai formar o grande mapa do município. Se você fizer o seu com todas as informações sobre a sua área, ele pode dar origem a outros. São os mapas que saem do mapa original. Eles são denominados mapas específicos.

Exemplos de mapas específicos

Se for necessário conhecer as ruas, os caminhos e as linhas de ônibus de uma comunidade é possível destacar do mapa original só essas informações, desenhando um mapa específico só com os símbolos correspondentes.

Se na região chove muito e você precisa conhecer bem os rios, açudes, lagos e lagoas da região, é só estudar o mapa original e copiar apenas aqueles símbolos desejados.

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

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

No mapa completo, temos uma informação geral sobre o território ocupado pela comunidade. Copiando só as informações desejadas, obtemos mapas específicos, e dinâmicos porque as informações estão constantemente mudando. Um local onde há hoje um grupo de pessoas em situação de risco pode, depois de algum tempo, a depender do trabalho da equipe de saúde juntamente com os ACS naquela área. Imagine uma comunidade onde há um riacho e sobre ele um tronco de árvore por onde se passa com muito risco e onde sempre ocorrem acidentes. Isto pode desaparecer se o ACS, a comunidade e a equipe de saúde juntarem suas forças e conseguirem uma passarela ou uma ponte para substituir a situação de risco. E isto deve desaparecer do mapa da microárea de risco, ficando modificado também no mapa da comunidade.

Como você sempre vai ter a cópia do seu mapa com você, não será difícil ir acompanhando as mudanças na sua comunidade.

Bibliografia/Links Recomendados

Bibliografia/Links Recomendados

Assistência Social: polêmicas e perspectivas, Cadernos PUC/SP, n. 2, abril 1995.

IAMAMOTO, M. Renovação e conservadorismo no serviço social. São Paulo: Cortez, 1992.

LEITE, Márcia da S. P. Que cidadãos somos e seremos nós. Proposta. FASE, Rio de Janeiro, n. 57, jul.1993, p. 9-18.

MARSHALL, T. H. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

AMARAL E SILVA, A F., MENDEZ, E.G.São Paulo, Malheiros Editores Ltda.,Unicef, 1992.

PEREIRA, P. A. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2002.

MÉSZÁROS, I. O desafio e o fardo do tempo histórico. Tradução Ana Cotrim e Vera Cotrim. São Paulo: Boitempo, 2007.

Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao serviço Social brasileiro. MOTA, A. E. (Org.). As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010

A construção do perfil do assistente social no cenário educacional / Maria Cristina Piana. – São Paulo : Cultura Acadêmica, 2009.

Portal do Conselho Federal de Serviço Social – www.cfess.org.br

O CERTIFICADO de conclusão de curso é válido em todo Brasil, (lei número 9.394) e pode ser usado para:

- Extensão universitária (horas extracurriculares);
- Enriquecer seu currículo (melhorar as suas chances de conseguir um bom emprego);
- Avaliações de empresas em processos de recrutamento e seleção;
- Concursos públicos (mediante verificação do edital);
- Provas de títulos (mediante verificação do edital);
- E muito mais...

Somos uma Instituição Privada, não recebemos subsídios do governo ou de qualquer empresa, por isso, para emissão de seu certificado será cobrada uma taxa referente aos encargos administrativos, tais como: manutenção de servidores e investimento para novos cursos.

Faça como milhares de alunos estão fazendo, não apenas invista em seu futuro, mas ajude a manter este projeto, que através do site www.anossaescola.com ajuda centenas de milhares de pessoas em todo Brasil distribuindo conteúdo de qualidade de forma gratuita.

O Valor do Certificado é de R\$47,90 Pago via Mercado Pago por boleto bancário ou cartão de crédito.