

Curso
Introdutório
para Agentes
de Combate
às Endemias



Módulo para
Alunos

**Curso Introdutório do concurso público da Prefeitura
de Cristalina Goiás, para o cargo de
Agente de Combate às Endemias**

Sumário

Capa	Erro! Indicador não definido.
Sumário.....	2
Acolhimento	3
UNIDADE I.....	4
Políticas Públicas de Saúde e Organização e Processo histórico de construção do SUS.....	4
Capítulo 1	4
Controle social no SUS.....	4
Capítulo 2	6
Fundamentação legal do trabalho ACE.....	6
Capítulo 3	7
Política Nacional de Atenção Básica.....	7
UNIDADE II	8
Leis Orgânicas	8
Capítulo 1	8
Lei Orgânica nº 8.080 de 1990	8
Capítulo 2	8
Lei Orgânica nº 8.142 de 1990	8
UNIDADE III.....	8
As novas perspectivas do SUS. Princípios e Diretrizes do SUS	8
Capítulo 1	8
Conhecendo o SUS.....	8
Capítulo 2	12
Modelos de Atenção à Saúde até o SUS.....	12
UNIDADE IV	20
Legislação Específica aos Cargos.....	20
Capítulo 1	20
Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006.....	20
Capítulo 2	20
Código de Ética dos Servidores Públicos	20
UNIDADE V.....	20
Competências e Atribuições do ACE.....	20
Capítulo 1	20
ACE, um agente de mudança	20
Capítulo 2	22
O ACE no controle da dengue e da malária	22
UNIDADE VI.....	26
Princípios, Diretrizes e Programas da Atenção Primária	26
Capítulo 1	26
Estruturas dos serviços de saúde.....	26
Capítulo 2	27
A Comunicação em Saúde.....	27
Capítulo 3	30
Planificação da Atenção primária.....	30
UNIDADE VII.....	34
Vigilância em Saúde.....	34
Capítulo 1	34

Ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.....	34
Capítulo 2	36
Principais Doenças de Saúde Pública.....	36
UNIDADE VIII	43
Território, mapeamento e dinâmicas de organização social.....	43
Capítulo 1	43
Conhecendo a Comunidade através de mapas	43
Capítulo 2	44
Conhecendo áreas de risco	44
UNIDADE IX	45
Ética e cidadania no trabalho.....	45
Capítulo 1	45
Morale ética.....	45
Referências	49

Acolhimento

A Prefeitura Municipal de Cristalina-Go, em parceria com a Secretaria de Educação de Goiás e o Instituto Quadrix tem a satisfação de apresentar o Curso Introdutório de 40 horas para o Agente de Combate às Endemias, como parte do processo de qualificação para o trabalho. O papel social deste profissional é de grande relevância no contexto de mudanças das práticas de saúde junto à população brasileira. É também um dos muitos desafios colocados para o sistema único de saúde relacionados à qualidade de vida do cidadão. Para colaborar no enfrentamento desses desafios, o curso contempla, em suas atividades, assuntos que exploram a 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 e até lá!



UNIDADE I: Políticas Públicas de Saúde e Organização e Processo histórico de construção do SUS

Capítulo 1

Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)

Olá! No nosso encontro de hoje, vamos falar sobre participação e controle social e sobre os parceiros na construção da cidadania e na luta pelo 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.



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.

Capítulo 2

Fundamentação legal do trabalho do ACE

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

Histórico

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

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

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

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

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

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

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

Fundamentação legal do trabalho dos ACE

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

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

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

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

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



Capítulo 3 Política Nacional de Atenção Básica



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

(VIDE PLATAFORMA: LEIS)

UNIDADE II: Leis Orgânicas de Saúde

Capítulo 1

Lei Orgânica nº 8.080 de 1990

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

(VIDE PLATAFORMA: LEIS)

Capítulo 2

Lei Orgânica nº 8.142 de 1990

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Vide Lei nº 8.689, de 1993

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

(VIDE PLATAFORMA: LEIS)

UNIDADE III: As novas perspectivas do SUS. Princípios e diretrizes do SUS

Capítulo 1

Conhecendo o SUS

Olá! Vamos começar o nosso encontro falando um pouco de história.

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:

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.

“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;

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.

Agora vamos conhecer mais sobre as 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 voltadas para os seus cidadãos. A Lei 8.080 e as normas operacionais básicas 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, desde 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.

Capítulo 2

Modelos de Atenção à Saúde até o SUS

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

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

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

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

Modelo campanhista

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

Modelo previdenciário-privatista

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

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

Início das discussões sobre o SUS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

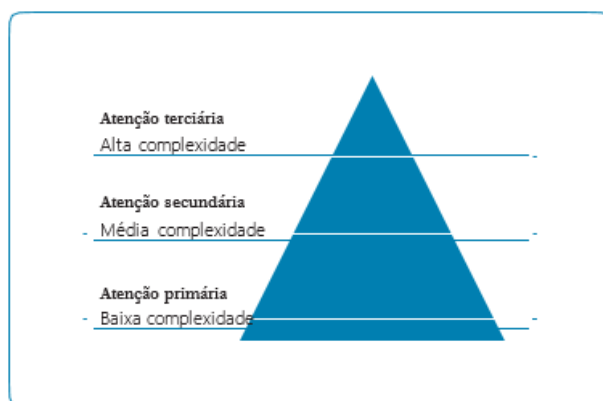
As **ações de promoção** buscam eliminar ou controlar as causas de doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de doenças. Isso envolve ações em outras áreas como habitação, meio ambiente, educação etc.

Ações de prevenção são aquelas específicas para prevenir riscos e exposições à doenças, como por exemplo, saneamento

básico, imunização, prevenção de cáries, doenças do trabalho etc.

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

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



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

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

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

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

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

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

I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo, é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Parte da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. A esse processo dá-se o nome de **MUNICIPALIZAÇÃO**.

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – Participação da comunidade.

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

Lei 8.080

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

Lei 8.142

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

Controle social

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

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

Conselhos de saúde

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

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

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

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

Complementaridade do setor privado

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

- 1) a celebração de contrato conforme as normas de direito público, devendo o interesse público prevalecer sobre o privado;
- 2) a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS;
- 3) a integração do serviço privado deverá se dar na lógica organizativa do SUS, de acordo com a rede regional-

lizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, cabe ao setor público gerenciar o que será feito, por quem, em que nível e em que lugar. Dentre os serviços privados deverá ser priorizado o serviço sem fins lucrativos.

Estrutura e organização dos serviços de saúde: Federal, Estadual e Municípios

Estrutura do Ministério da Saúde

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

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

Os assuntos de competência do Ministério da Saúde são:

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

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

1 - Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE

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

2 - Secretaria Executiva – SE

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

3 - Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS

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

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

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

4 - Gestão do Trabalho e Educação em Saúde –SGTES

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

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

5 - Secretaria Especial de Saúde Indígena –SESAI

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

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

6 - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa –SGEP

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

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

Unidades vinculadas ao Ministério da Saúde

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

Autarquias

- Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

- ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)

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

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

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

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

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

Atualmente, com a publicação da Lei Orgânica da Saúde, (Lei Federal nº 8080/90 e Lei Federal nº 8142/90), entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Como área de abrangência estão: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas de processo (da produção ao consumo) e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

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

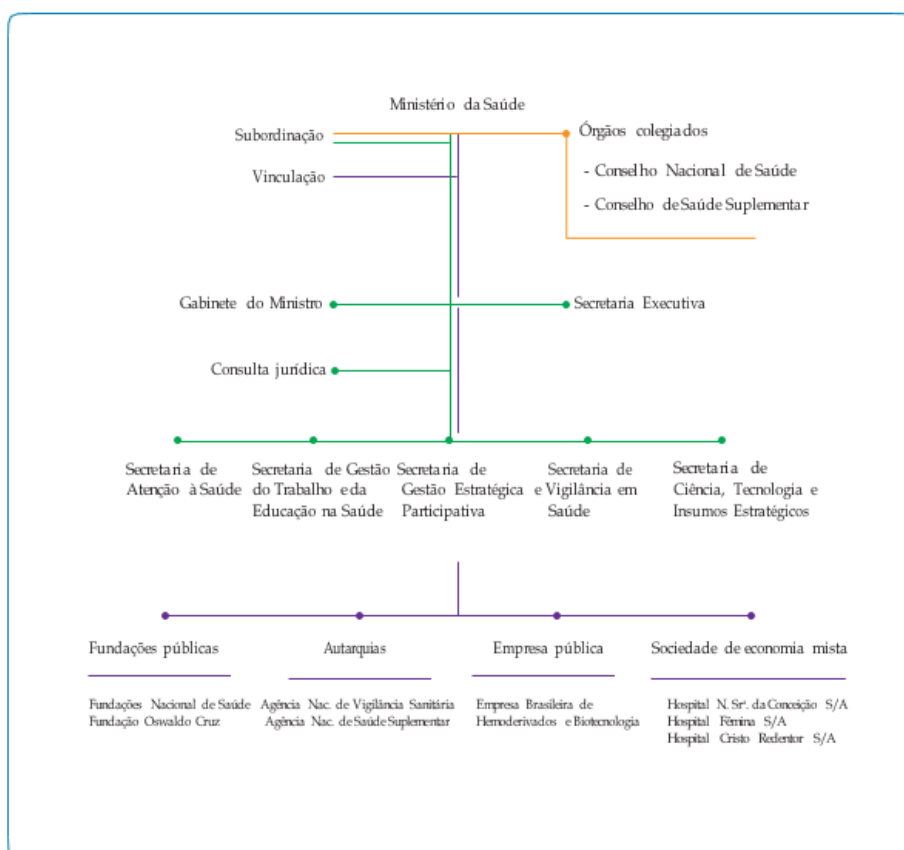
Área jurídica

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

Órgãos colegiados

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

Organograma do Ministério da Saúde



Estrutura do serviço de saúde nos estados e municípios

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

A Vigilância em saúde como prática social

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

Essa diversidade de relações, assim como os variados tipos de interferências que aí acontecem podem promover ou

prejudicar a saúde das comunidades. Por isso é importante compreender que a vigilância em saúde não é uma ação sobre a população, mas com a população e seu território.

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

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

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

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

UNIDADE IV: Legislação Específica aos Cargos

Capítulo 1

Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006

LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006

Conversão da MPv nº 297, de 2006

(Vide § 5º do art. 198 da Constituição)

Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

(VIDE PLATAFORMA: LEIS)

Capítulo 2

Código de Ética dos Servidores Públicos Municipais de Cristalina-Go

(VIDE PLATAFORMA: LEIS)

UNIDADE V: Competências e Atribuições do ACE

Capítulo 1

ACE, um agente de mudança

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

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

responsável pela proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde.

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

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

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

Ações básicas

Dentre as ações básicas, estão incluídas:

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

Ações operacionais

Entre as ações operacionais, destacam-se:

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

Ações educativas

Como ações educativas, podemos citar:

- Mobilizar e orientar a população para desenvolver medidas de manejo ambiental para o controle de vetores e zoonoses;
- Executar ações de educação para a saúde e mobilização social voltadas a pessoas, grupos, escolas e demais

segmentos sociais quanto a ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, riscos e agravos à saúde; orientar a população quanto à posse responsável de animais domésticos.

Capítulo 2

O ACE no controle da dengue e da malária

Noções básicas de educação em saúde

A educação em saúde representa um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Constitui-se numa proposta de envolvimento da população na responsabilidade de preservação do estado saudável individual e comunitário.

A grande contribuição da educação em saúde consiste na possibilidade de envolver as pessoas no processo de construção de uma vida com hábitos mais saudáveis.

Tipos de Controle dos vetores da Dengue

MECÂNICO: Caracterizado por envolver ações de saneamento básico com resultados permanentes. Exemplo: a coleta e destinação adequada de lixo e a destruição de criadouros temporários.

BIOLÓGICO: Consiste na repressão de pragas utilizando inimigos naturais específicos, como predadores, parasitas ou patógenos.

LEGAL: Uso de instrumentos jurídicos (leis e portarias).

QUÍMICO: Uso de produto químico para eliminar ou controlar as pragas. É a última alternativa de controle.

Tipos de Tratamento

RESIDUAL: Atua por contato com o inseto e consiste na aplicação de grandes partículas do inseticida que ofereça estabilidade química. O objetivo é atingir o mosquito adulto que pousar na área tratada (FIG. 1).

ESPACIAL: Consiste em colocar gotículas pulverizadas do inseticida na massa de ar (FIG. 2).

FOCAL: Refere-se às ações de eliminação de larvas em criadouros, usando larvicida (FIG.3).

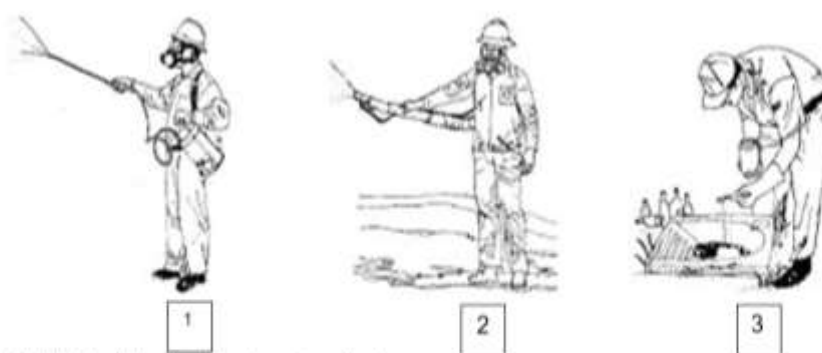


FIGURA 1 - Ilustração de tratamento residual

FIGURA 2 - Ilustração de tratamento espacial

FIGURA 3 - Ilustração tratamento de focal.

Equipamentos de proteção

São chamados Equipamentos de Proteção Individual – EPI, todo o objeto que possa proteger o trabalhador, evitando o contato com agentes tóxicos, exposição a ruídos, objetos perfurantes etc. Podem ser equipamentos ou vestuários (FIG. 4).



FIGURA 4 - Ilustração de equipamento de proteção individual.

Rotina de trabalho no controle da dengue

Atribuições do agente de endemias para o controle da dengue

Na organização das atividades de campo, o agente é o responsável por uma zona fixa de 800 a 1000 imóveis. Suas atribuições no combate aos vetores são:

- ✓ Executar o tratamento focal e perifocal como medida complementar ao controle mecânico.
- ✓ Orientar a população com relação aos meios de evitar a proliferação dos vetores.
- ✓ Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual indicados para cada situação.
- ✓ Repassar ao supervisor da área os problemas de maior grau de complexidade não solucionados.
- ✓ Manter atualizado o cadastro de imóveis e pontos estratégicos da sua zona.
- ✓ Registrar as informações referentes às atividades executadas nos formulários específicos.
- ✓ Deixar seu itinerário diário de trabalho.
- ✓ Encaminhar aos serviços de saúde os casos suspeitos de dengue.
- ✓ Realizar visita domiciliar para inspeção de depósitos.
- ✓ Realizar a pesquisa larvária em imóveis para levantamento de índice.
- ✓ Realizar a eliminação de criadouros.

Pesquisas em pontos estratégicos (PE)

Ponto estratégico é o local onde há grande concentração de depósitos preferenciais para a desova do *Aedes aegypti*, ou seja, local especialmente vulnerável à introdução do vetor (ex: borracharias, oficinas mecânicas, cemitérios etc).

Criadouros e depósitos

“Criadouro” é todo recipiente utilizado para finalidade específica, que armazene ou possa vir a armazenar água, seja pela ação da chuva ou pela ação do homem, e que esteja acessível à fêmea do *Aedes aegypti* para postura dos seus ovos. Também são caracterizados como criadouros ralos, calhas, piscinas, tanques em obras, em borracharias, em floriculturas etc.

Classificação dos criadouros

1 - Criadouros vinculados ao armazenamento de água

São classificados em dois subgrupos em função da sua importância para o controle do vetor e pela necessidade da adoção de intervenções específicas para cada um dos subgrupos. Em um subgrupo estão incluídas as caixas d'água elevadas ligadas à rede pública e/ou sistema de abastecimento particular (poço, cisterna, mina). No outro subgrupo estão incluídos todos os demais recipientes utilizados para armazenamento da água destinada a suprir o consumo doméstico.

2 – Pequenos depósitos

Estão incluídos todos os pequenos depósitos domésticos que possam armazenar água, como por exemplo: vasos e frascos com plantas, pratos e pingadeiras colocados sob o vaso, alguidar, gamelas, bacias e outras peças utilizadas em cerimônias religiosas, recipientes de degelo sob geladeiras, recipientes de coleta de água em bebedouros, pequenas fontes ornamentais, bebedouros de pequenos animais, caixa de ar condicionado etc. Esse grupo de recipientes recebe a denominação 'móvel'.

3 – Depósitos fixos

Nesse grupo incluem-se os recipientes permanentes, como calhas e ralos, bem como os tanques colocados em obras, em borracharias, floriculturas e em grandes hortas, além de bebedouros fixos para grandes animais. Também nesse grupo estão todos os depósitos encontrados em grandes pátios ferroviários, portuários, aeronáuticos e de indústrias.

4 - Depósitos passíveis de remoção ou proteção

É subdividido em dois subgrupos em função da adoção de medidas específicas para cada caso. Em um subgrupo estão incluídos os pneus e outros materiais rodantes, como câmara de ar e manchões. No outro subgrupo estão os recipientes existentes no lixo (resíduos sólidos), bem como sucatas abandonadas em pátios ferroviários e portuários, em ferros-velhos e em entulhos de construção.

5 – Depósitos naturais

Nesse grupo estão incluídos os depósitos encontrados na natureza (buracos de árvores) ou plantas que acumulam água em suas axilas, como é o caso das bromélias.

Tipos de depósitos trabalhados

1 - Depósitos inspecionados

É todo depósito com água examinado pelo agente de saúde com auxílio de fonte de luz ou do pesca-larva.

2 - Depósitos tratados

É aquele onde foi aplicado inseticida.

3 – Depósitos eliminados

É aquele que foi destruído ou inutilizado como criadouro.

Rotina de trabalho no controle da malária

1 - Na prevenção da malária e na promoção da melhoria de condições ambientais

- Realizar ações de educação em saúde e mobilização social.
- Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental, com o objetivo de fazer o controle de vetores.
- Orientar o uso de medidas de proteção individual e familiar na prevenção da malária.
- Realizar e/ou orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e ordenamento do meio ambiente para combater o vetor na fase imatura:

- ✓ Drenagem de pequenos criadouros;
- ✓ Aterro de criadouros;
- ✓ Aumento do fluxo da água;
- ✓ Limpeza da vegetação aquática.
- Realizar a aplicação de larvicidas químico e biológico, quando indicado.
- Realizar borrifação intradomiciliar de efeito residual, quando indicado.
- Realizar aplicação espacial de inseticidas.

2 - Na identificação, no diagnóstico e no tratamento

- Identificar sinais e sintomas da malária.
- Realizar diagnóstico precocemente, quando não for possível a realização, encaminhar a pessoa suspeita da malária para a unidade de referência.
- Receber o resultado e providenciar o tratamento imediato e adequado conforme tabela de tratamento.
- Orientar o paciente sobre necessidade de concluir o tratamento.
- Acompanhar os pacientes em tratamento.
- Coletar lâmina para verificação de cura (LVC) após a conclusão do tratamento e encaminhá-la para leitura, conforme estratégia local.
- Receber o resultado da lâmina de verificação de cura (LVC) e adotar a conduta recomendada pelo supervisor.

3 - Na notificação e no controle

- Preencher e encaminhar ao setor competente a ficha de notificação conforme estratégia local.
- Preencher adequadamente e encaminhar ao setor competente o boletim de atividade diária.

4 – No planejamento e controle

Participar das reuniões de planejamento e avaliação dos resultados das ações de controle da malária no seu município.

Ações de controle da malária

Para combater o mosquito anofelino adulto, usam-se dois tipos de borrifação com inseticidas químicos, porém, esta só vai ser executada em locais previamente selecionados pela entomologia, levando-se em conta:

- O hábito do mosquito;
- A eficácia do efeito residual do inseticida;
- A sensibilidade do anofelino ao inseticida aplicado;
- O efeito tóxico do inseticida.

1 – Borrifação intradomiciliar

Objetivo: Proteger as pessoas do risco de adoecer em decorrência da picada do mosquito transmissor da malária, dentro de suas próprias residências por meio da técnica da borrifação intradomiciliar, na qual o inseticida é aplicado nas paredes das casas, os mosquitos têm contato com o inseticida e morrem.



FIGURA 2 - Treinamento da técnica de borrifação em painel demarcado. Detalhe da posição das pernas do aplicador quando o inseticida é borrifado na parte inferior da parede.

2 – Borrifação extradomiciliar (termonebulização)

Objetivo: Proteger as pessoas do risco de adoecer em decorrência da picada do mosquito transmissor da malária, na parte externa das residências. O inseticida é colocado na camada de ar, dessa forma, os mosquitos têm contato com o inseticida e morrem.

UNIDADE VI

Princípios, Diretrizes e Programas da Atenção Primária

Capítulo 1

Estruturas dos serviços de saúde

Olá! Hoje vamos falar sobre as 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 contrar- 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 intersetoriais 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.

Capítulo 2

A Comunicação em Saúde

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

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

De acordo com o dicionário, comunicar significa o ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, quer através da linguagem falada ou escrita, por meio de outros sinais, signos

ou símbolos ou através de aparelhamento técnico especializado, sonoro e visual (Dicionário Eletrônico Aurélio – Século XXI).

Podemos então dizer que **comunicar é**

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

E quais são as formas de comunicação?

Existem várias formas de comunicação:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Isso é o que chamamos de contexto da comunicação.

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

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

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

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

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

Técnicas para escutar ativamente

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

Focalizar

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

Aceitar

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

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

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

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

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

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

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

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

Refletir

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

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

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

Estimular

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

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

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

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

Escute!!!

Quando eu peço a você que me escute

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

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

Você está desrespeitando meus sentimentos.

Quando eu peço a você que me escute

E você sente que tem alguma coisa para resolver meu problema.

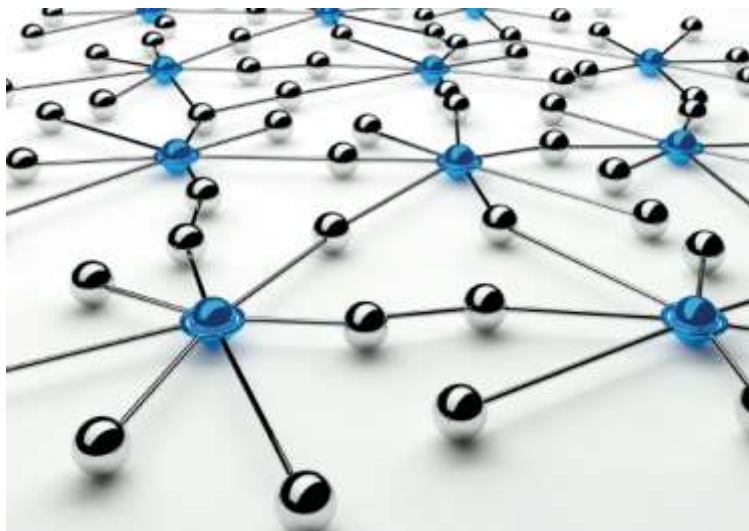
Você não está me escutando, por mais estranho que isso pareça.

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

Não que falasse ou fizesse alguma coisa

Simplesmente me ouça.

Capítulo 3 **Planificação da Atenção Primária**



Fonte: <<https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2016/10/planificacao-01-590x413.png>>.

Introdução

A Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) é uma das ações que compõem a Planificação da Atenção à Saúde com o objetivo de problematizar e refletir sobre o papel da Atenção Primária em Saúde, que é ordenadora da rede, para fornecer apoio técnico às equipes de gestão municipais e aos trabalhadores da área de saúde.

A Planificação da APS visa, principalmente, qualificar a organização das redes de Atenção em Saúde, de acordo com os princípios do SUS.

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) vem atuando, em um processo contínuo, desde 2007, na Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS).

A Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) não é somente uma capacitação, mas se estende além, incentivando o avanço da APS nos territórios, reorganizando o processo de trabalho das equipes das unidades de saúde e da gestão.

Como nasceu o processo de planificação da atenção à saúde?

Em uma entrevista realizada pela Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Consensus), edição 30, em 2015, Eugênio Vilaça Mendes (autor de diversos livros sobre Atenção Primária e consultor do Conass), nos dá uma boa noção do processo de como o processo de Planificação ocorreu:

Consensus: Dr. Eugênio, como nasceu o processo de planificação da Atenção à Saúde?

Eugênio Vilaça: Esse processo começou no ano de 2004, em uma experiência no estado de Minas Gerais que começou a avaliar e discutir o papel das Redes de Atenção à Saúde. Naquela época, um diagnóstico levou à constatação de que sem organizar a atenção primária não é possível organizar as redes. Então, o estado desenvolveu um conjunto de oficinas, denominado Plano Diretor da Atenção Primária, sendo oferecida aos 853 municípios durante 2 ou 3 anos. Esse movimento constituiu a **primeira geração** das oficinas de planificação da APS.

Consensus: E como foi desenvolvido o processo?

Eugênio Vilaça: Seguindo uma filosofia semelhante à de Minas Gerais, o CONASS seguiu desenvolvendo o que eu chamo de **segunda geração** desse processo, com elaboração das oficinas de planificação da APS ofertadas a vários estados.

Consensus: E como foi desenvolvido o processo?

Eugênio Vilaça: No entanto, percebeu-se que as oficinas, apesar de orientar e levar o conhecimento acerca da APS, não tinham poder de transformar, profundamente, as unidades básicas de saúde. Isso porque, nos momentos de dispersão, em que os profissionais colocavam em prática o que foi discutido nas oficinas, não havia uma mudança substantiva dos processos em prática.

Consensus: E como foi desenvolvido o processo?

Eugênio Vilaça: Nesse momento surge a **terceira geração** de oficinas de planificação que consistiu em complementar as oficinas de planificação com um modelo de melhoria voltado para a organização dos macro e microprocessos da APS por meio de gerenciamento de processos e com a utilização de uma concepção educacional diferenciada e baseada na utilização da **tutoria** e de um processo de implementação que tem uma fase inicial numa **unidade laboratório** seguida de uma fase de **expansão** para outras unidades.

Consensus: De que maneira essa terceira geração de oficinas aprimorou a planificação?

Eugênio Vilaça: Essa terceira geração trabalha com o modelo de melhoria e com a concepção da educação tutorial, ou seja, todos ensinam e todos aprendem. Surge, então, a figura central que é o **tutor**, que está dentro das unidades para acompanhar o conjunto de mudanças de processos e que tem o domínio do como fazer.

Consensus: De que maneira essa terceira geração de oficinas aprimorou a planificação?

Eugênio Vilaça: Nesse momento avançou-se também com a metáfora da casa para a organização da APS, na qual, a partir da construção dos alicerces dessa casa se garante a solidez da APS, implantando, a partir de então, as mudanças estruturais nos macro e micro processos, ou seja, erguendo as paredes, construindo o teto e o telhado e colocando as portas e janelas.

A metáfora da casa na construção da APS.



Fonte: Mendes, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

Momentos de organização dos macroprocessos da Atenção Primária à Saúde.

Momento 1: Estrutura, Territorialização, Assistência e Segurança:

- Avaliação das estruturas das Unidades de Saúde da APS;
- Territorialização (definir área de abrangência, mapeamento, etc.);
- Estratificação de risco;
- Cadastro familiar;
- Levantamento epidemiológico da área adstrita;
- Plano de ações;
- Organização da agenda;
- Planejamento dos microprocessos básicos assistenciais (acolhimento inicial do usuário, recepção, fluxos internos, vacinação, curativos, farmácia, testes rápidos, aferição de pressão arterial e de glicemia capilar, prontuário eletrônico);
- Microprocessos básicos relativos à segurança (higienização e limpeza, higienização de mãos, esterilização e gerenciamento de resíduos).

Momento 2: Atenção aos eventos agudos:

- Acolhimento (antiga triagem) com classificação de risco, onde são definidos qual profissional dará a assistência necessária e se define a prioridade de atendimento, usando as cores azul, verde (atendimentos sem tanta urgência) e amarelo, laranja e vermelho (para os mais urgentes) e até encaminhamento para pronto atendimento ou pronto socorro se necessário.

Momento 3: Atenção às pessoas com condições crônicas não agudizadas, hiperutilizadoras e com enfermidades:

- Gerência das condições crônicas prioritárias;
- Realizar estratificação de riscos;
- Elaborar, executar, monitorar e avaliar os planos de cuidados;
- Planejar e executar o autocuidado apoiado;
- Gestão de casos;
- Gestão da clínica;
- Realizar educação em saúde, com grupos específicos da comunidade;
- Realizar educação permanente para os profissionais de saúde.

Momento 4: Tecnologias de suporte às mudanças de comportamento:

- Atuar com o modelo transteórico de mudança;
- Realizar entrevistas motivacionais;
- Estabelecer grupos operativos;
- Usar técnicas de solução de problemas;
- Intensificar ações preventivas, tais como programas de atividade física, de reeducação alimentar, de controle do tabagismo, de controle do álcool e outras drogas, de rastreamento de condições de saúde e programas de prevenção quaternária.

Momento 5: Demandas administrativas:

- Assistenciais: atestados médicos, renovação de receitas, análise de resultados de exames, relatórios periciais;
- Gestão da unidade: registro sanitário, CNES, segurança do trabalho, sistemas de informação e relatórios de gestão, prontuário.

Momento 6: Atenção domiciliar:

- Realizar visitas domiciliares;
- Assistência, acompanhamento e vigilância domiciliar.

Momento 7: Autocuidado apoiado:

- Obter capacitação para fazer o autocuidado apoiado
- Elaborar, executar e monitorar um plano de autocuidado
- Ter apoio material para o autocuidado.

Momento 8: Cuidados paliativos:

- Realizar abordagens para melhoria da qualidade de vida, visando o conforto do usuário, a prevenção e alívio do sofrimento, prevenção de agravos e incapacidades e promoção da independência e autonomia;
- Realizar ações de suporte familiar;
- Mobilizar a rede social de suporte.

Tutoria

Na Planificação da Atenção Primária foram realizadas oficinas teóricas com temas variados na tentativa de organizar os processos da APS.

Apenas com as oficinas teóricas levou à discussão a respeito da necessidade da figura do tutor nas unidades laboratório para organizarem os macros e microprocessos da APS, de forma que pudessem ser reproduzidos.

Os tutores são aqueles profissionais que ajudam, acompanham e orientam na organização dos processos de trabalho das equipes das Unidades de Saúde, expandindo-os para as demais unidades.

No entanto, houve uma percepção sobre as oficinas teóricas de que apenas elas não seriam suficientes para ocorrer a mudança necessária no modelo de atenção à saúde, então houve a proposta da dispersão e/ou expansão das oficinas para a parte prática, ou seja, sem a organização do modelo não seria possível a mudança necessária.

A tutoria trabalha junto à equipe o planejamento das ações, delibera os planos de ações, apontando as dificuldades e as potencialidades das unidades.

Maria José Evangelista, assessora técnica do CONASS, explica os papéis dos profissionais que atuam na implementação da planificação nos estados e municípios. O facilitador é a pessoa que vai para o estado, realiza a oficina preparatória e as oficinas teóricas e fica responsável junto à equipe da secretaria estadual para organizar a operacionalização do processo como um todo. Além disso, os facilitadores do CONASS capacitam os facilitadores dos estados ou regiões de saúde e treinam os tutores. O tutor é do próprio município e trabalha diretamente com as equipes de APS e AE. “O facilitador não

precisa necessariamente saber como funciona, por exemplo, uma sala de vacina. Já o tutor precisa ser alguém que entenda o funcionamento da unidade no dia a dia, pois é ele quem vai pegar na mão da equipe para mudar o processo de trabalho, além de participar das oficinas”. (CONASS, 2015)

Unidades Laboratório

A unidade laboratório é onde acontece a tutoria, que é realizada para fortalecer o microssistema clínico, por meio da implantação dos macroprocessos da atenção primária à saúde.

Para a definição de uma unidade laboratório leva-se em consideração, a referência de Mendes, (2015), considerados os critérios descritos a seguir:

- Ser uma unidade de ESF, com equipe completa;
- Ter uma relação adequada de população por equipe (em torno de 3.500 pessoas por equipe);
- Ter um gerente com capacidade de liderança;
- Ter NASF;
- Ter condições adequadas de infraestrutura;
- Ter um espaço próprio ou comunitário para atividades de grupo.

UNIDADE VII **Vigilância em Saúde**

Capítulo 1

O ACE como agente de promoção e prevenção de doenças

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

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

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

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

Para realizar um bom trabalho, o ACE precisa:

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

As ações de comunicação social envolvem a difusão de informações que possibilitem a sensibilização e a mobilização das pessoas em torno dos problemas de saúde de âmbito individual e coletivo.

Estas ações podem ser realizadas através dos meios de comunicação, como jornais, rádio e televisão. Como exemplo, pode-se citar as campanhas de prevenção da dengue. Você com certeza já viu alguma na TV, não é verdade?

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

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

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

Com relação ao controle da água, cabe ao ACE acompanhar o monitoramento da qualidade da água servida. O objetivo

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

Com relação ao controle de resíduos, compete ao ACE a orientação quanto ao acondicionamento e destino final do lixo e outros resíduos. Esta orientação pode ser dirigida à própria população, principalmente nas áreas rurais, onde existem deficiências na coleta e destinação final dos resíduos, bem como às instituições de limpeza pública. Dessa forma, o agente pode estimular a comunidade a incorporar novos comportamentos com relação aos resíduos produzidos, informando acerca dos riscos ambientais e das diversas alternativas de controle.

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

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



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

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

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

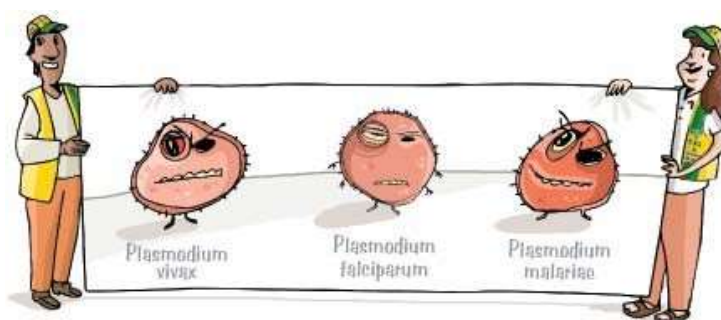
Além dos quatro verbos que constituem a base do trabalho do ACE, inúmeros verbos fazem parte do seu dia a dia: ouvir, conversar, observar, estimular, convencer, mobilizar, recusar, ajudar, notificar, convocar, convidar, encaminhar e tantos outros... Afinal, a vida se constrói com ações e para vivê-la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

Capítulo 2

Principais Doenças de Saúde Pública

O que é a malária?

A malária é uma doença infecciosa aguda e se manifesta através de alguns sintomas que podem parecer isoladamente ou em conjunto, tais como:



Existem 4 espécies de plasmódios e os seus nomes científicos são:

- ✓ Plasmodium vivax;
- ✓ Plasmodium falciparum;
- ✓ Plasmodium malariae;
- ✓ Plasmodium ovale (este não existe no Brasil).

O mosquito anofelino também é conhecido como:

- ✓ Mosquito prego;
- ✓ Pernilongo;
- ✓ Muriçoca;
- ✓ Carapanã; ou suvela.



A expressão “mosquito prego” é usada em algumas regiões em função da forma como ele pousa, conforme a ilustração acima.

Aprendendo sobre o agente transmissor

Mosquitos vetores

Entre os mosquitos que transmitem a malária na Amazônia estão o *Anopheles darlingi* e o *Anopheles aquasalis*. A fêmea do *Anopheles darlingi*, em geral, põe seus ovos em águas paradas, sombreada ou com pequena movimentação.



Como se comportam

Durante o dia, os mosquitos procuram abrigo em locais úmidos, sem muita luz. Do entardecer ao amanhecer, os mosquitos fêmeas picam as pessoas em busca de sangue para amadurecer os ovos. Os machos se alimentam de seiva de plantas e flores.



Mosquitos fêmeas alimentam-se de sangue para amadurecer os ovos.



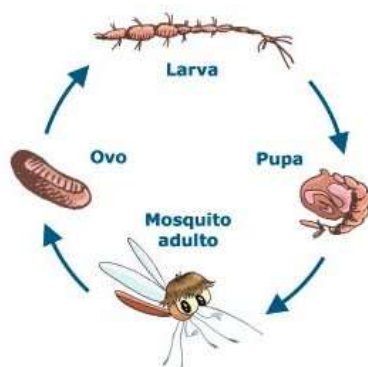
Mosquitos machos alimentam-se de seivas das plantas.

Como se reproduzem

O mosquito anofelino tem um ciclo evolutivo que compreende as seguintes fases:

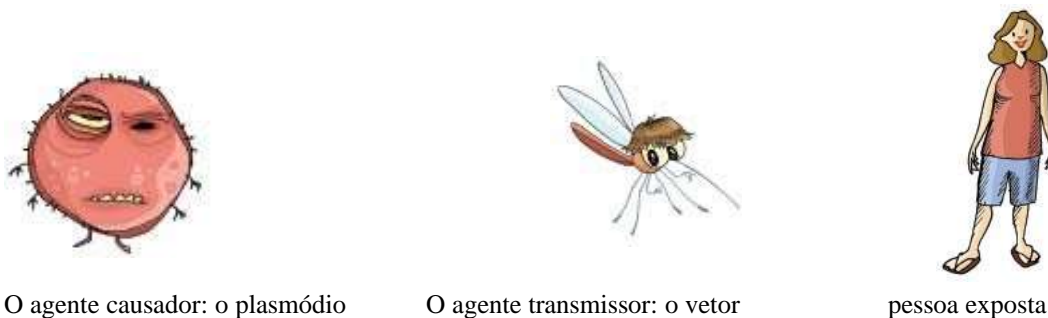
- 1 - As fêmeas põem seus ovos na água;
- 2 - Os ovos dão origem às larvas (cabeças de prego);
- 3 - As larvas viram pulpas;
- 4 - As pulpas se desenvolvem tornando-se mosquitos adultos.

Quando adultos, os mosquitos abandonam a água e vão em busca de alimentação. Somente as fêmeas vão em busca de sangue para amadurecerem os seus ovos. Como já vimos antes, esse sangue é vital, pois dá continuidade à espécie do mosquito, recomeçando o ciclo reprodutivo.



Como a malária é transmitida?

A transmissão da malária depende da presença e da interação dos seguintes fatores:



Como interromper o ciclo da malária

Primeiro, é necessário estar consciente de que o plasmódio é o agente causador e o mosquito é o agente transmissor. O plasmódio está:



Por essa razão, a pessoa infectada e o mosquito são os pontos centrais do programa de controle da malária. A mudança de enfoque centrada no homem é um desafio que deve ser enfrentado, pois combater unicamente o mosquito tem demonstrado ser uma ação de controle pouco eficaz.

Assim, se reduzirmos os casos tomando medidas preventivas essenciais, diagnosticando e tratando precocemente as pessoas, estaremos interrompendo o ciclo de transmissão.

Em quanto tempo a malária se manifesta

Após a picada do mosquito fêmea, infectado pelo *Plasmodium*, pode levar vários dias até aparecerem os primeiros sintomas da malária.

O **PERÍODO DE INCUBAÇÃO** é o espaço de tempo entre a picada do mosquito e o aparecimento dos primeiros sintomas.

Esse período de incubação varia com a espécie de *Plasmodium*. Após o período de incubação, a pessoa começa a apresentar calafrio, febre e dor de cabeça.



O que é a dengue?

A dengue é uma doença infecciosa causada por um vírus chamado flavivírus, e transmitida ao homem principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti*. No continente Asiático o *Aedes albopictus* é também um vetor da dengue, situação que não se verificou no Brasil até o momento. A dengue está presente no Sudeste Asiático, na África e nas Américas, onde já foi considerada erradicada, mas voltou a aparecer em toda América Latina, exceto no Chile.

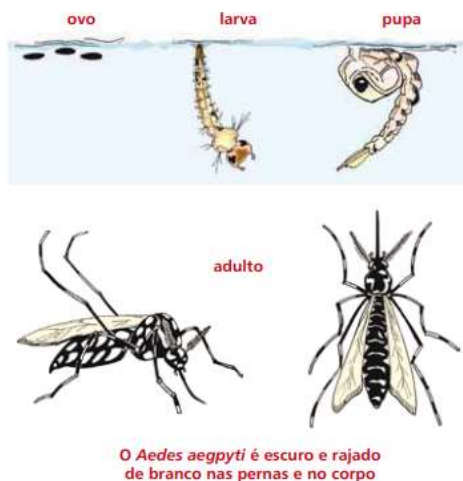


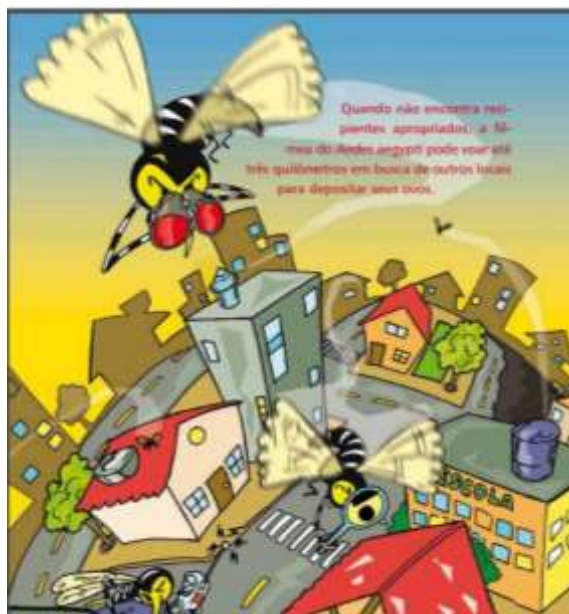
A foto está ampliada para que possamos ver o mosquito em detalhes, pois na realidade ele é menor que um pernilongo/muriquoca comum.

Os primeiros registros de dengue no mundo foram feitos no fim do século 18, na ilha de Java, no Sudoeste Asiático, e na Filadélfia, Estados Unidos. Somente no século 20, a dengue foi reconhecida como doença pela Organização Mundial da Saúde. A cada ano, são registrados cerca de 50 a 80 milhões de casos de dengue por ano, em mais de cem países do mundo.

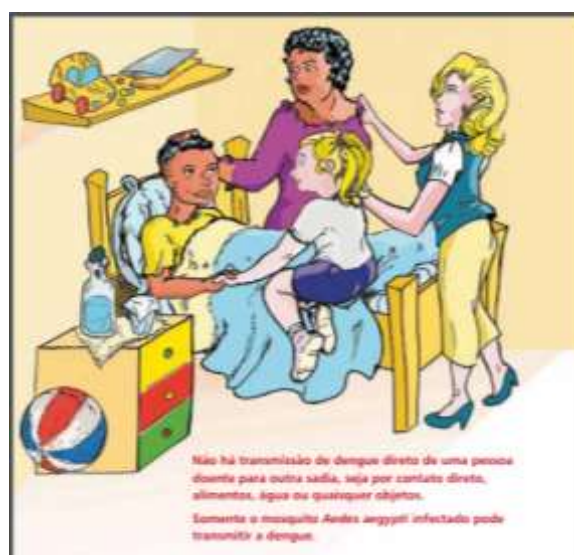
Como se transmite?

Saiba mais sobre o mosquito *Aedes aegypti*. Este é o mosquito transmissor da dengue, o *Aedes aegypti*. Ele é originário da África e também é responsável pela dengue hemorrágica (febre hemorrágica) e pela febre amarela urbana. Seu ciclo apresenta quatro fases: ovo, pupa, larva e adulto, ilustradas abaixo.





Quando pica uma pessoa com dengue, o *Aedes aegypti* entra na fase de incubação intrínseca. Este processo dura de 8 a 12 dias e torna o mosquito apto a transmitir o vírus causador da doença, permanecendo assim durante toda a sua vida. A partir daí o ciclo pode voltar a se repetir. Quem contamina o ser humano é a fêmea do mosquito, enquanto o macho apenas se alimenta de seiva de plantas. A fêmea precisa de uma substância do sangue (a albumina) para completar o processo de amadurecimento de seus ovos. Vale a pena lembrar que o mosquito é apenas o transmissor da doença, ou seja, só a fêmea infectada pelo *Aedes aegypti* pode transmitir a dengue.



O vírus que causa a dengue possui quatro variações, classificadas como DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4. A pessoa infectada adquire um destes tipos. Se essa pessoa contrair a doença outras vezes e por outros tipos do vírus, aumentam as chances de desenvolver a dengue hemorrágica ou a dengue com complicações.

Por que os casos de dengue aumentam no verão?

Porque no verão faz mais calor e chove muito, aumentando os locais com água parada, os quais podem se tornar criadouros do mosquito da dengue.

Se nos locais que se enchem de água já existirem ovos do *Aedes aegypti*, eles ficam novamente ativos, evoluindo para o estágio de larvas, que se transformam em mosquitos. O calor acelera o ciclo do mosquito, de ovo a adulto, que ocorre em menos dias, contribuindo para aumentar a sua população.

Da mesma forma o calor também acelera a multiplicação do vírus dentro do mosquito. Com isso, no verão (época geralmente mais quente do ano) uma fêmea do mosquito infectada tem mais chances de transmitir a doença antes de morrer.

ATENÇÃO

A reprodução do mosquito não para. Por isso, é preciso ficar alerta com a dengue também em todos os meses do ano.

ATENÇÃO

Os ovos do *Aedes aegypti* podem sobreviver até 450 dias (aproximadamente 1 ano e 2 meses), mesmo que o local onde ele foi depositado fique seco. Se este local receber água novamente, o ovo volta a ficar ativo, podendo se transformar em pupa e depois em larva, e a partir daí, atingir o fase adulta de 2 a 3 dias. Essa alta resistência dos ovos é um dos fatores que dificultam a erradicação dessa mosquito.

A areia no pote não interfere no crescimento e desenvolvimento das plantas e flores.

Depois de adulto, o mosquito *Aedes aegypti* vive, em média, de 30 a 35 dias. A fêmea do *Aedes aegypti* põe ovos de 4 a 6 vezes durante sua vida. Ela pode colocar mais de 100 ovos de cada vez, em locais preferencialmente com água limpa e parada. O *Aedes aegypti* costuma picar as pessoas durante o dia. Nas habitações, quando adulto, é encontrado normalmente em paredes, móveis, peças de roupas penduradas e mosquiteiros.

Dengue – quando suspeitar

O primeiro sintoma da dengue é febre alta: 39°C a 40°C. A dengue pode se apresentar de duas formas:

Dengue Clássica

Os primeiros sinais de dengue podem surgir de 3 a 15 dias após a picada do mosquito. A doença dura em média 5 a 7 dias e, além da febre, apresenta os seguintes sintomas:

Dor de cabeça, no fundo dos olhos e nas juntas

Febre

Náusea, vômitos

Manchas vermelhas na pele

Dengue Hemorrágica

No início, os sintomas são iguais aos da Dengue Clássica, podendo existir ainda:

- sangramento de gengivas e narinas;
- fezes escuras, o que indica a presença de sangue nas fezes;
- pontos ou manchas vermelhas ou roxas na pele;
- dor abdominal intensa e contínua (dor na barriga);
- vômitos frequentes e tonteira;
- diminuição da urina;
- dificuldade para respirar.

IMPORTANTE

Nem sempre estes sintomas aparecem ao mesmo tempo. Se você encontrar na comunidade, pessoas com dois ou mais dos sintomas de dengue, avise imediatamente a sua Unidade Básica de Saúde. É importante, também, alertar esta pessoa que ela pode estar com dengue!

Ao contrário do que muitos pensam, a dengue é uma doença perigosa e pode levar à morte, se não forem tomados os cuidados necessários e imediatos.

Como é o tratamento

Ainda não existe vacina para a dengue



Normalmente a doença dura de 5 a 7 dias. Quem está com dengue deve ficar em repouso e beber muita água.

Não há um tratamento específico para atacar diretamente a doença. As medicações utilizadas são analgésicos (remédios para aliviar a dor) e antitérmicos (remédios para diminuir a febre).

Importante: uma pessoa com dengue que apresente dores abdominais muito fortes e/ou vômitos persistentes deve ser encaminhada imediatamente para uma unidade de saúde.

ATENÇÃO

A pessoa doente **NÃO** pode tomar remédios à base de ácido acetil salicílico, uma vez que esta substância aumenta o risco de hemorragia. Os medicamentos recomendados deverão ser sempre prescritos pelo(a) médico(a).

Dengue – É preciso prevenir!

Importância da participação ativa de todos os setores da sociedade



O controle da dengue exige um esforço de todos os profissionais de saúde, gestores e população.

Não se combate a dengue sem parcerias. É preciso envolver outros setores da administração do município, como limpeza urbana, saneamento, educação, turismo, meio ambiente, entre outros.

É importante lembrar que, para se reproduzir, o mosquito *Aedes aegypti* se utiliza de todo tipo de recipientes que as pessoas costumam usar nas atividades do dia-a-dia: garrafas e embalagens descartáveis, latas, pneus, plásticos, entre outros. Estes recipientes são normalmente encontrados a céu aberto, nos quintais das casas, em terrenos baldios e mesmo em lajes.

É preciso que as ações para o controle da dengue garantam a participação efetiva de cada morador na eliminação de criadouros já existentes ou de possíveis locais para reprodução do mosquito.

Levantamento Rápido de Índices de Infestação do *Aedes aegypti* (LIRAa)

Uma das principais atividades desenvolvidas, pelo Ministério da Saúde, para prevenção da dengue é o Levantamento Rápido de Índices de Infestação do *Aedes aegypti* (LIRAa).

Esse levantamento é amostral, ou seja, não há necessidade de todas as casas serem visitadas com esta finalidade. O resultado deste é apresentado em índices de infestação predial, e é dividido da seguinte forma:

- Inferiores a 1%: estão em condições satisfatórias;
- de 1% a 3,9%: estão em situação de alerta;
- superior a 4%: há risco de surto de dengue.

Após esse levantamento é possível saber onde os mosquitos estão se desenvolvendo mais: se em locais de abastecimento de água, se em depósitos domiciliares, lixo etc. O LIRAa auxilia na programação de mutirões de limpeza urbana e nas ações de prevenção e combate à dengue.



Competências do Agente de Controle de Endemias

1. Encaminhar os casos suspeitos de dengue à UBS, responsável pelo território, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde;

2. Atuar junto aos domicílios, informando os seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – e o agente transmissor e medidas de prevenção;

3. Informar o responsável pelo imóvel não residencial, sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue;

4. Visitar imóveis não residenciais, acompanhado pelo responsável, para identificar locais de existência de objetos que sejam ou possam se transformar em criadouros de mosquito transmissor da dengue;

5. Orientar e acompanhar o responsável pelo imóvel não residencial na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos;



O Agente Comunitário de Saúde no combate da dengue

6. Visitar e tratar com aplicação de larvicida, caso seja necessário, os pontos estratégicos;

7. Visitar e tratar os imóveis cadastrados e encaminhados pelo ACS que necessitem do uso de larvicidas e/ou remoção mecânica de difícil acesso que não pode ser eliminado pelo ACS;

8. Nos locais onde não existir ACS, seguir a rotina de visitas dos imóveis e, quando necessário, aplicar larvicida;

9. Elaborar e/ou executar estratégias para o encaminhamento das pendências (casas fechadas e/ou recusas do morador em receber a visita);

10. Orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do *Aedes aegypti*;

11. Promover reuniões com a comunidade com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue;

12. Notificar os casos suspeitos de dengue, informando a equipe da Unidade Básica de Saúde;

13. Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação da dengue, conforme estratégia local.

UNIDADE VIII

Território, mapeamento e dinâmicas de organização social

Capítulo 1

Conhecendo a comunidade através dos mapas

Olá! Hoje vamos falar sobre territorialização.

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

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



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

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



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

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

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

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

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

O território e o trabalho do ACE

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

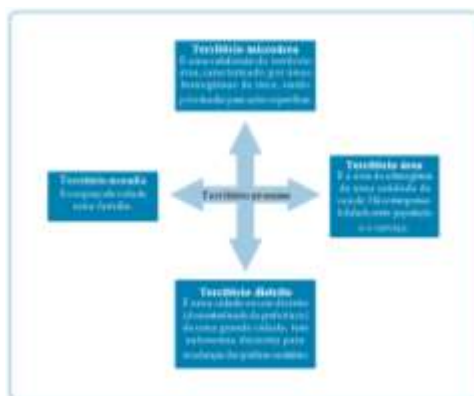
O trabalho do ACE começa a partir da delimitação da sua área de atuação, o seu território. É nele que se desenvolvem os processos que produzem os problemas e necessidades de saúde da população residente. É essencial conhecer a atuação das diversas instituições governamentais e não-governamentais que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

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

Capítulo 2 Conhecendo áreas de risco

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

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



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

Território distrito sanitário

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

Território área de abrangência

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

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

Território área de influência

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

Território microárea de risco

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

Território domicílio ou território moradia

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

Problema de saúde

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

UNIDADE IX **Ética e cidadania no trabalho**

Capítulo 1 **Moral e ética**

Olá! No encontro de hoje vamos falar sobre moral e ética, além de humanização na atenção à saúde.

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

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

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

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

Valores morais

É o homem 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”, “vizinho”, “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.

CONCLUINDO....

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

Nos vemos em uma próxima oportunidade. Até lá!



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. CONTROLE DE VETORES – Procedimento de Segurança 1. Ed., Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. DENGUE: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3. Ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde (ACS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: EDUFRN; Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Fundação Nacional de Saúde. AÇÕES DE CONTROLE DE ENDEMIAS: malária manual para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. O agente comunitário de saúde no controle da dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde. Processo seletivo. Parauapebas - PA

FUNASA. 2001. Dengue. Instruções para Pessoal de Combate ao Vektor. Manual de Normas Técnicas. Ministério da Saúde. Brasília. Junho – 2012.

LEI Nº 1.207, DE 18 DE OUTUBRO DE 1994. Estatuto Municipal dos Servidores Públicos de Cristalina-Go.

LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

LEVY, et al. Educação em Saúde: histórico, conceitos e propostas. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde.

Mendes, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, Eugenio Vilaça. A construção social da atenção primaria a saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Consensus), edição 30, Goiânia-GO, 2015.