



CURSO INTRODUTÓRIO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – ACS

Goiânia

2018

CURSO INTRODUTÓRIO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A Portaria do Ministério da Saúde, nº 243 de 25 de setembro de 2015 - *Dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seu conteúdo.*

§ 1º. Os Cursos Introdutórios de que trata este artigo deverão ter carga horária mínima de 40h (quarenta horas) e observar os componentes curriculares básicos previstos neste Portaria, podendo agregar conhecimentos quanto às especificidades locais regionais.

Art. 2º. O Curso Introdutório de Agentes Comunitários de Saúde deverá contemplar os seguintes componentes curriculares:

- I - Políticas Públicas de Saúde e Organização do SUS;
- II - Legislação específica aos cargos;
- III - Formas de comunicação e sua aplicabilidade no trabalho;
- IV - Técnicas de Entrevista;
- V - Competências e atribuições;
- VI - Ética no Trabalho;
- VII - Cadastramento e visita domiciliar;
- VIII - Promoção e prevenção em saúde; e
- IX - Território, mapeamento e dinâmicas da organização social.

Parágrafo único. A participação integral no Curso Introdutório habilitará o interessado ao exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde propiciando-lhe capacidade de vínculo com as equipes de saúde da família e com a comunidade, sensibilizando-o aos aspectos socioculturais do local em que atue, capacitando-o ao conhecimento das normas e instrumentos essenciais à sua atuação cotidiana na prevenção e controle de doenças e na promoção da saúde, e à responsabilidade no desempenho de função pública.

SUMÁRIO

- I - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO SUS
- II - LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA AOS CARGOS
- III - FORMAS DE COMUNICAÇÃO E SUA APLICABILIDADE NO TRABALHO
- IV - TÉCNICAS DE ENTREVISTA
- V - COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES
- VI - ÉTICA NO TRABALHO
- VII - CADASTRAMENTO E VISITA DOMICILIAR;
- VIII - PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE
- IX - TERRITÓRIO, MAPEAMENTO E DINÂMICAS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL.

APRESENTAÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde – ACS é um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade. No Brasil, atualmente, mais de 200 mil agentes comunitários de saúde estão em atuação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com ações de promoção e vigilância em saúde.

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

A capacitação dos profissionais de saúde é a questão crucial para que esses objetivos sejam alcançados, visto que as demais condições necessárias já estão criadas, destacando-se a atualização do conhecimento técnico; a disponibilidade de recursos financeiros; o alto grau de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde; e a extraordinária expansão dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, estratégias prioritárias na reorganização da atenção básica no País, mediante as quais é perfeitamente possível eliminar e controlar doenças infecto-contagiosas como hanseníase, tuberculose, dengue, malária e outras, elevando a qualidade de vida de nossa população.

Assim, a estratégia de Saúde da Família, da qual o Agente Comunitário de Saúde faz parte, visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e deve atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde/doença da população.

Neste contexto, o Agente Comunitário de Saúde compõe o time da Saúde da Família e se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce. O ACS funciona como elo entre a equipe e a comunidade. Está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

Para capacitar os profissionais que irão atuar como ACSs foram selecionadas as temáticas mais importantes, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, as quais estão dispostas neste instrumento em eixos temáticos e serão abordadas com o auxílio dos instrutores por meio de aulas expositivas e dialogadas.

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

I - APOLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO SUSRESENTAÇÃO

1 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 - Sistema Nacional Integrado

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência (INSS) e a assistência social.

1.2 - O Sistema Único de Saúde - SUS

O Sistema Único de Saúde é responsabilidade das três esferas de governo. A Constituição brasileira estabelece que a saúde é um dever do Estado. Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como Poder Público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. A implementação e a gestão do SUS são, portanto, também obrigações das municipalidades, que devem trabalhar integradas às demais esferas de governo, na construção de políticas setoriais e intersetoriais que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde. Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa.

1.3 - Conceito de saúde

A saúde é, acima de tudo, um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela

Constituição Federal de 1988. A efetivação da saúde como direito universal – ou seja, de todos – é um desafio que só pode ser alcançado por meio de políticas sociais e econômica que reduzam as desigualdades sociais e regionais em nosso País, assegurando a cidadania e o fortalecimento da democracia.

A Lei n.º 8.080 determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III. no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

1.4 - Intersectorialidade: a saúde resulta de vários fatores

A atual legislação brasileira ampliou a definição de saúde, considerando-a resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.



<https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRKF3p0i49hLYSCFWIRArleYDgEI3aY95xKuuQ7QU1t3OIhKPEd>

Por isso mesmo, as gestões municipais do SUS – em articulação com as demais esferas de governo – devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo etc., que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e da saúde para a população.

1.5 - Princípios do SUS

São conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei n.º 8.080/1990. Os principais são:

- **Universalidade** – significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo. Todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nos serviços de saúde, públicos ou privados, contratados pelo gestor público. A universalidade é princípio fundamental das mudanças previstas pelo SUS, pois garante a todos os brasileiros o direito à saúde;
- **Integralidade** – o SUS deve se organizar de forma que garanta a oferta necessária aos indivíduos e à coletividade, independentemente das condições econômicas, da idade, do local de moradia e outros, com ações e serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A integralidade não ocorre apenas em um único local, mas no sistema como um todo e só será alcançada como resultado do trabalho integrado e solidário dos gestores e trabalhadores da saúde, com seus múltiplos saberes e práticas, assim como da articulação entre os diversos serviços de saúde. o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade;
- **Equidade** – o SUS deve disponibilizar serviços que promovam a justiça social, que canalizem maior atenção aos que mais necessitam, diferenciando as necessidades de cada um. Na organização da atenção à saúde no SUS, a equidade traduz-se no tratamento desigual aos desiguais, devendo o sistema investir mais onde e para quem as necessidades forem maiores. A equidade é, portanto, um princípio de justiça social, cujo objetivo é diminuir desigualdades;
- **Participação social/da comunidade** – é o princípio que prevê a organização e a participação da comunidade na gestão do SUS. Essa participação ocorre de maneira oficial por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, na esfera nacional, estadual e municipal. O Conselho de Saúde é um colegiado permanente e deve estar representado de forma paritária, ou seja, com uma

maioria dos representantes dos usuários (50%), mas também com os trabalhadores (25%), gestores e prestadores de serviços (25%). Sua função é formular estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde, controlar a execução das políticas de saúde e observar os aspectos financeiros e econômicos do setor, possuindo, portanto, caráter deliberativo. Os conselhos se reúnem, em média, uma vez por mês, e as decisões e ações definidas durante as reuniões devem ser homologadas pelos gestores, nos seus respectivos níveis de governo. A participação da comunidade, por meio dos Conselhos e Conferências, permite sua intervenção na gestão da saúde. Os cidadãos podem discutir e direcionar os serviços públicos para atender aos seus interesses. Isso é o controle social.

- **Descentralização** – é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. O município tem papel de destaque, pois é lá onde as pessoas moram e onde as coisas acontecem. Em um primeiro momento, a descentralização resultou na responsabilização dos municípios pela organização da oferta de todas as ações e serviços de saúde. Com o passar do tempo, após experiências de implantação, percebeu-se que nem todo município, dadas suas características sociais, demográficas e geográficas, comportariam assumir a oferta de todas as ações de saúde, e que há situações que devem ser tratadas no nível estadual ou nacional, como é o caso da política de transplantes.

1.6 - Principais Leis

- **Constituição Federal de 1988** - Estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido Mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Determina ao Poder Públicos sua “regulamentação, fiscalização e controle”, que as ações e os serviços da saúde “integram uma

rede regionalizada e hierarquizada e constituem um e constituem um sistema único”; define suas diretrizes, atribuições, fontes de financiamento e, ainda, como deve se dar participação da iniciativa privada.

Os textos da saúde encontram-se no Título VIII, “Da Ordem Social”, Capítulo II, “Da Seguridade Social”, Seção II, “Da Saúde”, artigos 196 a 200. sistema único”; define suas diretrizes, atribuições, fontes de financiamento e, ainda, como deve se dar a participação da iniciativa privada.

- **Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n.º 8.080/1990** - Regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.
- **Lei n.º 8.142/1990** - Dispõe sobre o papel e a participação das comunidades na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências. Instituem as instâncias colegiadas os instrumentos de participação social em cada esfera de governo. *O recebimento de recursos financeiros pelos municípios está condicionado à existência de Conselho Municipal de Saúde, em funcionamento de acordo com a lei.*

1.7 - Áreas de Atuação

Segundo o artigo 200 da Constituição Federal, compete ao SUS:

- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

II - LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA AOS CARGOS

1. A Legislação Federal dos ACSs e ACEs.

Os agentes comunitários de saúde – ACSs e os agentes de combate às endemias – ACEs foram reconhecidos constitucionalmente com o advento da Emenda Constitucional 51/2006, a qual possibilitou aos Municípios a contratação dos referidos profissionais por meio de processo seletivo público.



Para regulamentar o novo dispositivo constitucional foi promulgada a Lei Federal 11.350/2006, que dispôs, dentre outras regras, a obrigatoriedade do ACS residir na área de atuação e a possibilidade de dispensa de realização de nova seleção pública ao ACS ou ACE que já tivesse ingressado por anterior seleção pública que tenha respeitado os princípios constitucionais.

Por sua vez, o ACE poderia apenas possuir curso introdutório de formação continuada e ensino fundamental, não sendo necessário residir na área de atuação, possuindo igual de direito de continuar na função pública sem necessidade de nova seleção, na forma do ACSs, necessitando apenas de certificação pelo Poder Público, o que foi feito na maioria dos Municípios brasileiros por meio de lei municipal, adquirindo com isso o status de efetivos, em razão da garantia prevista no art. 10 da Lei 11.350/2006.

Com a Emenda Constitucional 63/2010, foi incluído também na Lei Maior o direito dos ACSs e ACEs a regime jurídico próprio, piso salarial nacionalmente unificado, Plano de Carreiras e o dever da União de prestar auxílio financeiro aos Estados e Municípios para o cumprimento do referido piso salarial.

Contudo, somente com a Lei Federal 12.994/2014 é que foi instituído o piso salarial das categorias em comento, estabelecido a partir de então em R\$ 1.014,00 (um mil e quatorze reais), para uma jornada de quarenta horas semanais, sendo a União responsável pelo pagamento de 95 % (noventa e cinco por cento) desse valor, obedecida a quantidade máxima de profissionais por Município, conforme Decreto Federal e distribuída em doze parcelas consecutivas e uma parcela adicional no último trimestre.

Por outro lado, com a regulamentação dada pela Lei 12.994/2014, os Municípios somente podem receber ajuda financeira para as contratações que obedeçam às formalidades da Lei 11.350/2006, isto é, profissionais contratados por seleção pública, vedando-se o pagamento com o repasse Federal de contratados temporariamente fora da hipótese de surto epidêmico.

Posteriormente, a Lei 13.342/2016 trouxe novos direitos aos ACSs e ACEs, dentre eles o direito à contagem recíproca entre regimes de previdências diversos de tempo de contribuição para fins de concessão de benefícios, bem como à percepção de adicional de insalubridade, na forma prevista na legislação de regência.

2. Lei Federal 13.595/2018 - o novo Regime Jurídico dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias - publicado em 04/2018

Com a novel legislação, o que já ocorria na prática agora fica positivado: essencialidade e obrigatoriedade da presença do ACS na Estratégia de Saúde da Família e de ACE na estrutura da vigilância epidemiológica e ambiental. Diante disso, não mais pode existir Estratégia de Saúde da Família sem ACS ou vigilância epidemiológica sem ACE, em razão das peculiaridades das profissões tratadas mais adiante.

As ações de promoção e prevenção passam a ser exercidas a partir dos referenciais de Educação Popular em Saúde, esta entendida como as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS (Art. 3º, § 1º, da Lei 11.350/2006).

Verifica-se, portanto, que o ACS assume um dos principais, talvez o maior papel, na promoção da política de saúde pública dos Municípios brasileiros, desde o planejamento até a última etapa da execução das atividades de tratamento de doenças, assumindo a função, ousamos dizer, de um “super servidor” da saúde pública no Brasil, por ser também o intermediário direito entre os profissionais de nível superior e à população.

No mesmo sentido, os ACEs também assumem papel de parceiros da comunidade atuando na prevenção e no controle de doenças e agravos à saúde, em interação direta com os ACSs e com a autoridade sanitária do ente de atuação, seja Município, Estado ou Distrito Federal.

De outra banda, a legislação Federal agora direciona o trato com animais, incluindo atividades de vacinação, coleta e necropsia aos ACEs, ressalvada a orientação

comunitária e a realização de mutirões que podem ser feitas em parcerias com os ACSs.

Em parêntese, como novo requisito de ingresso na carreira de ACS ou ACE, agora é exigido do interessado a formação mínima de nível médio e curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas, mantidas as demais exigências, inclusive residência no local de trabalho (no caso do ACS) e processo seletivo público.

Por outro lado, quando não tiver candidato inscrito com ensino médio poderá ser realizada a contratação de profissional com ensino fundamental, que deverá comprovar a conclusão do ensino médio no prazo máximo de três anos.

Com o novo regime, fica ainda vedada a atuação profissional do ACS fora da área geográfica, esta definida pelo ente federativo, que deverá flexibilizar o número de famílias e de indivíduos a serem acompanhados, de acordo com as condições de acessibilidade local e de vulnerabilidade da comunidade assistida.

Em acréscimo, fica assegurado ao ACS, quando houver risco à sua integridade física ou de membro de sua família decorrente de ameaça por parte de membro da comunidade onde reside e atua, a transferência para outra área geográfica, desde que, a nosso ver, o risco seja relacionado a sua atuação.

Outra garantia concedida pela Lei 13.595/2018 refere-se à definição de horário de trabalho de acordo com as condições climáticas da área geográfica. Contudo, a inovação de maior repercussão do novo regime jurídico dos ACS' e ACEs refere-se ao fornecimento ou custeio da locomoção necessária para o exercício das atividades, matéria que ainda depende de regulamentação pelos entes federativos, embora se trate de direito explícito dos referidos profissionais.

Certamente muitas serão as discussões sobre a constitucionalidade do dispositivo em razão da possível criação de obrigação financeira por outro ente, o que em tese, violaria o pacto federativo. No entanto, os ACSs e ACEs já são remunerados quase que integralmente pela própria União, a quem caberia apenas o repasse de "auxílio financeiro".

Além disso, por obrigação constitucional, é dever do Município cuidar da saúde e assistência pública (art. 23, II), prestar, com a cooperação técnica dos Estados e da União, serviços de atendimento à saúde da população (art. 23, VII), aplicar mínimo da receita em ações e serviços públicos de saúde (art. 35, III) e destinar recursos próprios para o Sistema Único de Saúde (art. 198, § 1º).

Se isso não bastasse, o piso salarial da categoria, motivo pelo qual o auxílio financeiro foi criado, já no exercício financeiro de 2019 possivelmente será acompanhado pelo salário mínimo, não havendo razão para os Municípios alegarem insuficiência de recursos, a não ser que tenham os referidos profissionais como sendo remunerados exclusivamente pela União, o que é inadmissível, em razão da Constituição Federal tratar o repasse da Federal como “assistência” e não como responsabilidade própria.

Ademais, a Lei Federal 13.595/2018 apenas possui a finalidade de regulamentar dispositivo constitucional, sendo os direitos assegurados aos ACSs e ACEs decorrentes diretamente da Constituição Federal e não da legislação ordinária. Outrossim, direitos relativos à locomoção de servidores já se encontram presentes estatutos de servidores dos mais diversos Municípios e Estados.

Por fim, por violação direta ao princípio da eficiência, estampado no art. 37, da Constituição Federal, inconstitucional seria transferir ao servidor público a obrigação de deslocamento a pé ou de bicicleta, o que na realidade de muitos Municípios brasileiros, em sua maioria formada por áreas rurais, acabariam por inviabilizar o atendimento à população.

3. Atribuições dos ACSs no Modelo de Atenção em Saúde Fundamentado na Assistência Multiprofissional em Saúde da Família. Novos Deveres.

Numa proporção muito maior, surgiram também novos deveres aos ACSs, destacando-se dentre vários a seguir detalhados, o acompanhamento de condicionalidades de programas sociais em parceria com o CRAS – Centro de Referência de Assistência Social e utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural.

Nesse sentido, de acordo com o novo regime jurídico, competem ainda aos ACSs o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde e a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional.

Numa descrição mais detalhada, a nova legislação estabelece ainda ser atribuição do ACSs a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento da gestante, no pré-natal, no parto e no puerpério; da lactante, nos seis meses seguintes ao parto; da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura; do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde, em conformidade com o previsto na Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990; da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos e motivando sua participação em atividades físicas e coletivas; da pessoa em sofrimento psíquico; da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas; da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal; dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças; e, da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças.

Destaca-se ainda, a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento de situações de risco à família, de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde e do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação, sendo as duas primeiras atribuições de apoio direito aos CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social, além do já citado acompanhamento de condicionalidades de programas sociais em parceria com o CRAS.

Por derradeiro, desde que o ACS possua curso técnico e tenha os equipamentos adequados, com a assistência de profissional de nível superior, deverá ainda na sua área geográfica de atuação e durante a visita domiciliar, aferir pressão arterial, medir

glicemia capilar, aferir temperatura axilar, orientar e apoiar, para a correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade e verificar o peso corporal, altura e circunferência abdominal, sendo nos três primeiros casos acima em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

Com tantas novas atribuições, não se poderia deixar de garantir aos ACSs e ACEs a formação continuada, que agora deve ser realizada no mínimo a cada dois anos, em ações financiadas por todos os entes federativos.

Apesar de não ser exigência para ingresso na carreira, cursos técnicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias poderão ser ministrados, inclusive na modalidade semipresencial, o que amplia a atuação profissional, como visto acima.

Por outro lado, é inimaginável a atuação dos profissionais em comento, sobretudo o ACS, sem a existência de Plano de Carreiras, em razão da diferenciação de atividades realizadas em razão da formação profissional, o que demanda remuneração diferenciada, sob pena de se verificar dentro da mesma categoria profissionais com atribuições extras e mesma remuneração.

4. Da Importância do ACS e do ACE na Promoção da Saúde nos Municípios.

Não obstante grande parte das regras contidas no novo regime jurídico dos ACSs e ACEs dependam de regulamentação específica em âmbito municipal, é inegável que a atuação desses profissionais é basilar para o funcionamento do Sistema Único de Saúde, tanto é que agora é reconhecida sua obrigatoriedade nas Estratégias de Saúde da Família.

De fato, não há como pensar o serviço público de saúde sem atuação dos ACSs e ACEs e os gastos com tais categorias não podem jamais serem vistos como custos, mas sim como investimento na saúde pública. É notório que a atividade educativa e preventiva das equipes de atenção básica, levada a casa do brasileiro por meio dos profissionais que tratam este artigo, gera enorme economia aos cofres públicos, pois evitam doenças e agravos à saúde em geral.

Outrossim, o ACS passa a ser formalmente uma espécie de recenseador dos serviços de saúde e assistência social dos Municípios, porque não acrescentar também dados educacionais, exercendo em cooperação com o CRAS e o CREAS o acompanhamento e monitoramento dos programas sociais e das situações de vulnerabilidade, o que, repita-se, tornam os referidos profissionais “super servidores”.

Ademais, os ACSs provocarão uma economia direta nos gastos do setor de verificação de condicionalidades de programas Federais no âmbito dos municípios, o que, por si só, justificaria o pagamento de indenização de transporte aos citados profissionais.

Não se pode negar, contudo, que as novas atribuições também trazem novos riscos à saúde e à vida dos profissionais, o que torna ainda mais urgente a regulamentação a nível local da concessão de insalubridade e da aposentadoria especial.

Para finalizar, não há como afastar a tese levantada atualmente pelos ACSs de que pagam para trabalhar, pois os Municípios brasileiros, via de regra, possuem dimensões gigantescas, o que certamente torna inviável a cobertura da área geográfica por um profissional a pé ou de bicicleta, esta que nem sempre é fornecida, sendo razoável a previsão de indenização ou ajuda de custo ao profissional que necessite de transporte próprio para realizar o seu trabalho.

III - FORMAS DE COMUNICAÇÃO E SUA APLICABILIDADE NO TRABALHO

1. Comunicação

Nos primórdios da existência humana, na idade da pedra já havia comunicação; da mesma forma que o homem utilizava sinais, expressões faciais e gestuais para se comunicar, ele também os utilizava para identificar o que o mundo lhe dizia – sabia distinguir rapidamente quando um animal era uma ameaça ou uma presa. Podemos dizer, sem medo de errar,



que a comunicação foi o primeiro meio de sobrevivência de que o ser humano fez uso.

Chegamos à conclusão que independente de etnia, gênero, crença o ser humano tornou-se totalmente dependente deste recurso - a comunicação - e dele muito tem se beneficiado.

2. A comunicação e o Ser humano

Etimologicamente a palavra COMUNICAÇÃO vem do latim comunicar e significa “*por em comum*” (Bittes Junior e Matheus, 1996).



Do latim COMMUNICARE, que significa tornar comum, compartilhar, a finalidade da comunicação é a de expressar pensamentos, ideias e sentimentos (mensagem/informação) de tal forma que possam ser compreendidos por outras pessoas, para isso podemos dizer que uma boa comunicação ocorre quando há entendimento, compreensão por parte do receptor da mensagem emitida, e uma má comunicação quando a informação chega distorcida para o receptor impossibilitando sua compreensão, vamos ver os elementos que compõe esse processo de emissão e recepção de informações.

Comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo (Stefanelli, 2005). Basicamente, a comunicação tem por finalidades entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade. Devemos considerar: a realidade ou situação, os interlocutores, a mensagem, os signos e os meios.

3. Conceituando a Comunicação

Comunicação é uma palavra derivada do termo latino "*communicare*", que significa "partilhar, participar algo, tornar comum".

Dicionário Aurélio – por em contato ou relação, ligar, unir, manter entendimento.



<https://www.duniverso.com.br/wp-content/uploads/2011/02/sinais-de-fumaca-charge-rica.jpg>

Comunicação e/ou Informação:

- A comunicação precisa incluir a transferência e a compreensão de mensagem;
- É colocar a pessoas a par dos acontecimentos;
- é oportunizar que as pessoas se relacionem entre si;
- É o ato de tornar comum uma mensagem através de códigos verbais ou não-verbais.

4. Linguagem Verbal

Quando emitimos uma mensagem, podemos utilizar vários códigos, entre esses existem as palavras. Quando a comunicação é realizada por meio das palavras, estamos utilizando a linguagem verbal. A linguagem verbal pode ser escrita ou oral.

Oral - ordens, pedidos, conversas, comunicações telefônicas, entre outras.

Escrita - cartas, telegramas, cartazes, livros, jornais, entre outras.

Linguagem Não-Verbal - Nós comunicamos utilizando a linguagem não-verbal por meio dos nossos gestos, posturas, expressões faciais, tom de voz, silêncio, etc. Comunicamos, igualmente, pela roupa que vestimos e dos complementos que

usamos. É mediante a comunicação não-verbal que transmitimos muitas das nossas emoções e dos nossos sentimentos.

Através da comunicação, os seres humanos e os animais partilham diferentes informações entre si, tornando o ato de comunicar uma atividade essencial para a vida em sociedade.

Nesse processo podem ser identificados os seguintes elementos: emissor, receptor, código (sistema de sinais) e canal de comunicação. Um outro elemento presente no processo comunicativo é o ruído, caracterizado por tudo aquilo que afeta o canal, perturbando a perfeita captação da mensagem (por exemplo, falta de rede no celular)



https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSkM_yldysI5-gccrL9avQbn66RK_LFBO1zonzqS61_cv7WqyNqyPw

Comunicar é trocar mensagens. Embora a situação de comunicação possa se apresentar de muitas maneiras diferentes, comporta sempre alguns elementos que lhe são característicos:

Emissor: é aquele que emite, envia, transmite a mensagem. O emissor deve ser capaz de construir mensagens que sejam compreendidas pelo receptor.

Receptor: é o indivíduo que recebe a mensagem. Este deve estar sintonizado com o emissor, de forma a entender a mensagem, ele será mais receptivo quanto maior for a sua abertura ao outro.

Mensagem: é o conteúdo da comunicação (conjunto de sinais com significado: idéias, sentimentos, conjunto de símbolos emitidos pelo emissor).

Código: é o conjunto de sinais e regras que permite transformar o pensamento em informação que possa ser entendida, na sua globalidade, pelo receptor. O emissor utiliza o código para construir a sua mensagem - operação de codificação - (é capaz de construir mensagens com significado e que sejam entendidas pelo receptor), enquanto que o receptor utiliza esse mesmo código para compreender a mensagem - o receptor decodifica a mensagem (é capaz de interpretar a mensagem, compreendê-la, dar-lhe um significado).

Canal: é o suporte físico por meio do qual passa a mensagem do emissor para o receptor. O canal mais comum é o ar, mas existem outros - a carta, o livro, o rádio, a TV, a Internet, etc.

Contexto: é o conjunto de variáveis que rodeiam e influenciam a situação de comunicação.

Ruído: existe outro elemento fundamental que entra no processo de comunicação, designado ruído. Inclui tudo aquilo que perturba ou distorce o processo de comunicação. Os ruídos que adulteram a comunicação podem surgir em qualquer altura do processo e se tornam barreiras para uma comunicação eficaz. Em comunicação, um ruído é tanto um barulho (fisicamente perceptível), como um a ideia ou sentimento que esteja perturbando a eficácia do processo comunicacional.

Feedback ou informação de retorno: é o que permite aferir a eficácia da comunicação e de que forma a mensagem está chegando ao interlocutor. Serve para corrigir deficiências ou equívocos e reforçar a comunicação. Favorece a sintonia. O Feedback é a mensagem que é enviada ao emissor e que lhe transmite como as suas comunicações e atitudes foram percebidas e sentidas pelo receptor. A

eficácia do feedback é tanto maior quanto maior for confiança existente entre os intervenientes. Mais adiante voltaremos a falar em feedback.

5. Barreiras à comunicação

Frequentemente, a comunicação processa-se de forma deficiente. O ideal seria que as mensagens chegassem ao receptor com o mesmo formato e a mesma intensidade com que foram emitidas. Porém, isto não acontece. Muitas vezes,

ouvimos o que o outro não disse, ou os outros entendem o que não dissemos.

Algumas barreiras à comunicação:

- Utilização de linguagem que o outro não entende ou não domina.
- Elementos perturbadores do exterior.
- Divergências de valores e crenças.
- Desinteresse.
- Papéis sociais desempenhados.
- Formação cultural divergente.
- Indisponibilidade física ou psicológica (ex.: cansaço, mal-estar).
- Palavras ambíguas.
- Hostilidades.
- Desmotivação.

Estudos feitos revelam que retemos uma certa porcentagem da informação, que varia segundo os órgãos dos sentidos que a recebem. Assim, retemos cerca de:

20% do que ouvimos.

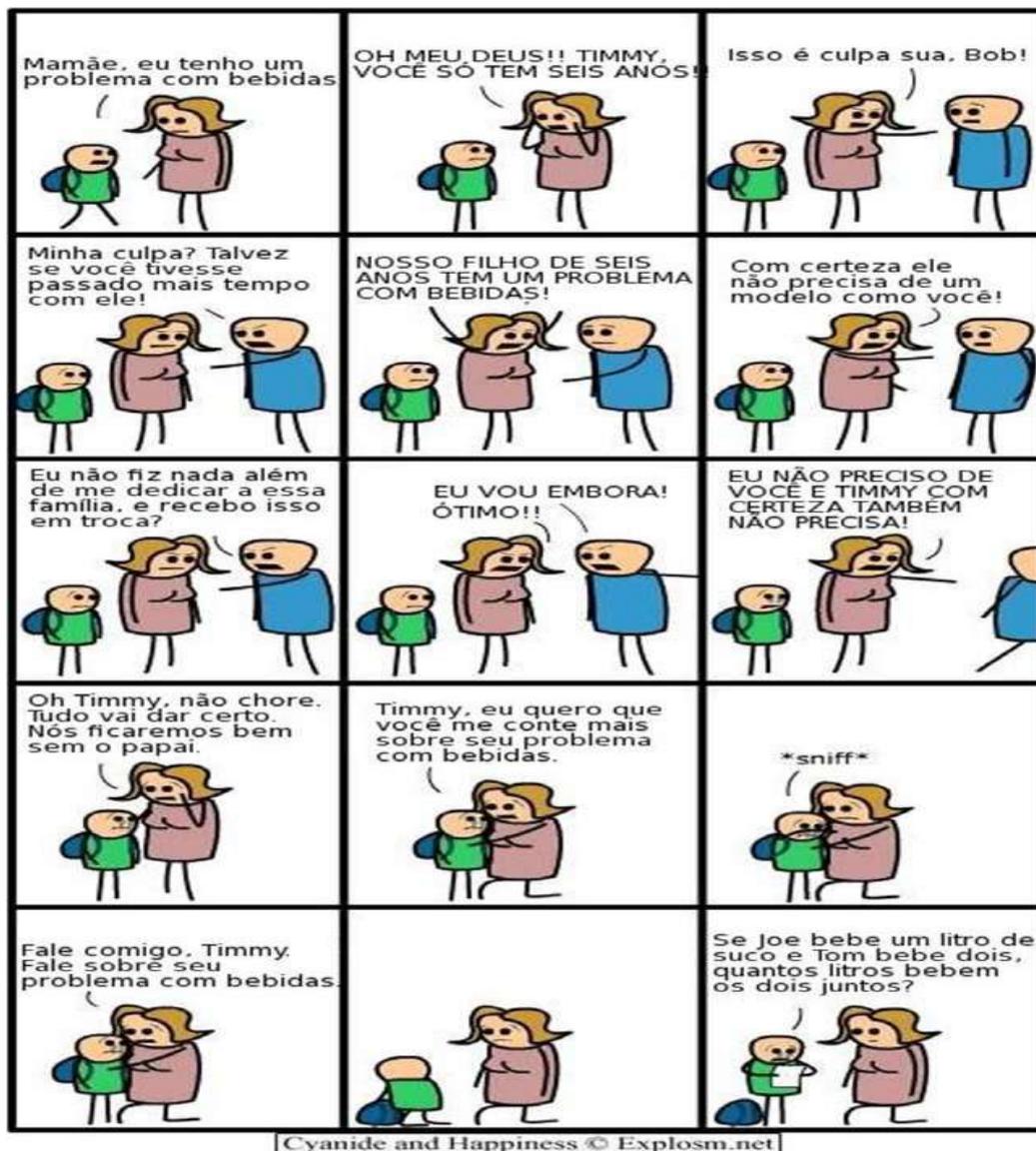
30% do que vemos.

50% do que vemos e ouvimos.

Exemplo: retemos cerca de 50% da informação emitida pela televisão, porque vemos e ouvimos simultaneamente.

A nossa habilidade em decodificar corretamente uma interação é diretamente proporcional à atenção dispensada a esses cinco elementos (Silva, 1996).

- 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras;
- 38% são transmitidos por sinais paralinguísticos (volume, velocidade, ritmo, tom e expressão da voz);
- 55% pelos sinais do corpo .



http://1.bp.blogspot.com/_YRt28eWtqI/TTHE8tzPsdI/AAAAAAAAA9I/qIE7fwGaTVk/s1600/Falha+de+Comunica%25C3%25A7%25C3%25A3o.jpg

O profissional pode ser um gênio em sua área, extremamente competente e preparado, cheio de ideias e capaz de executar as mais complexas tarefas ou projetos. Mas se não souber se comunicar, tanto entender o que é pedido como transmitir tudo o que sabe, planeja ou fez, de nada adiantarão seus esforços, habilidades e competências.

A inabilidade de comunicação no ambiente de trabalho fará com que este profissional não seja reconhecido e, mais que isso, não conseguirá desempenhar corretamente suas atividades, tornando-se improdutivo.

6. A Comunicação em Saúde

A comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e da comunidade, a fim de promover a sua saúde. No processo de compreender e compartilhar mensagens, a comunicação é considerada efetiva quando o outro oferece uma resposta de forma consciente, demonstrando compreensão da comunicação ocorrida. Desta forma, a comunicação exerce influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo.

No Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente na rede pública de saúde, a comunicação entre os trabalhadores e a comunidade é primordial para as estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças, caracterizando-se como um canal de múltiplas direcionalidades. Nesses encontros entre os trabalhadores e os usuários do SUS, muitas barreiras dificultam a comunicação, que gera significados relevantes tanto para o trabalhador de saúde como para o usuário, sendo objeto de vários estudos que abordam essa temática. Essas dificuldades decorrem de linguagens e saberes diferentes, nem sempre compartilhados entre os interlocutores, limitações orgânicas do receptor ou emissor (afasia -problemas na articulação da fala; déficit auditivo; déficit visual), imposição de valores e influência de mecanismos inconscientes (Acqua e col., 1997). Acrescidos a esses fatores, diferenças de ordem

sociocultural e o estágio de desenvolvimento cognitivo e intelectual dos diversos atores sociais influenciam a comunicação.

A comunicação em saúde é importante para uma vida saudável. Diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. Assim, contribui para a prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida. A comunicação está no coração de quem somos como seres humanos. É o nosso jeito de trocar informações.

Não se trata somente de promover a saúde, embora esta seja a área estrategicamente mais importante. A comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter finalidades muito diferentes, tais como:

- Promover a saúde e educar para a saúde
- Evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde
- Prevenir doenças
- Sugerir e recomendar mudanças de comportamento
- Recomendar exames de rastreio
- Informar sobre a saúde e sobre as doenças
- Informar sobre exames médicos que é necessário realizar e sobre os seus resultados
- Receitar medicamentos
- Recomendar medidas preventivas e atividades de auto-cuidados em indivíduos doentes.

Então podemos dizer que se a comunicação é a capacidade compartilhar, de trocar ou discutir ideias, de dialogar, de conversar, de tornar comum uma experiência ou conhecimento com vistas ao bom entendimento entre as pessoas; e se uma comunicação eficiente são condições para a prestação de serviços de saúde com qualidade à população.

Nas suas ações, o ACS e ACE estão sempre comunicando algo, mesmo que não seja intencionalmente. Suas práticas na comunidade estão de alguma forma passando uma mensagem.

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

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:

IV - TÉCNICAS DE ENTREVISTA

Na rotina de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde / Agente Comunitário de Endemias, seja nas visitas casa a casa, ou na execução de outras atividades, o contato com a população é inevitável, para amplificar os efeitos de seu trabalho o agente deve se conectar com o morador em um processo de comunicação, para isso conhecer técnicas de comunicação é importantíssimo para o seu dia a dia de trabalho.

No dia a dia de seu trabalho, e principalmente durante a visita os agentes entram em contato com a realidade individual de cada pessoa onde o seu serviço é prestado e para a realização de uma visita eficiente, o agente precisa conduzir muito bem a mesma e se utilizar de técnicas de comunicação como a conversa e a entrevista com o intuito de levantar dados referentes ao modo de viver, aos hábitos e costumes daquela família, para que ao se deparar com alguma irregularidade o mesmo possa intervir de forma adequada, aos problemas existentes.

Uma das principais Técnicas de Comunicação utilizada no dia a dia, basicamente são a Conversa e a Entrevista.

- **Conversa:** troca de mensagens, informações entre duas ou mais pessoas sobre determinado assunto, podendo ser formal ou informal.
- **Entrevista:** segundo a Wikipédia a entrevista nada mais é do que “uma conversa entre duas ou mais pessoas” com o intuito de levantar informações, dados, opiniões do assunto em pauta.

1. Características da Entrevista

A Entrevista é marcada pela presença de um entrevistador, de questionamentos e perguntas, que são os dados que se quer levantar, apurar ou buscar opiniões a respeito de determinado assunto do Entrevistado, que é o alvo do entrevistador.

Uma boa entrevista, deve conter questões que facilitarão nossos objetivos. É como um mapa de localização.. Ele deve ser usado com espontaneidade, jamais deve ser “lido” ou “recitado”.

A habilidade de conversar é a arte de saber fazer perguntas apropriadas no momento certo e de forma certa. O agente tem que desenvolver a capacidade de observação e técnica para a entrevista, saber escutar a história que as pessoas querem lhe passar. Demonstre conhecimento sobre o assunto no que estiver falando. Para tanto é fundamental que você conheça sua ferramenta de trabalho. Solicite sempre informações com a Enfermeira da Equipe da Estratégia Saúde da Família. É fundamental que você participe sempre das reuniões de equipe e tire suas dúvidas.

Devemos estar abertos a captar a realidade a ser visitada e não a verdade que acreditamos ou queremos ver. Não vá pensando que esta família é igual da Dona Fulana, que eu conheço e tem tais problemas... Nem tudo é o que você vê ou o que você imagina. A realidade é bem maior do que o nosso olhar ou percepção.

Nunca fique com uma informação importante retida com você, converse com a Enfermeira. Supervisor. Uma visita não é a busca de uma coisa específica ou uma prova que atesta algo premeditado. A visita apenas pede olhar nos olhos e diálogo. Nosso papel é de educador e não de moralizador.

A visita deve ser precedida por agendamento, informando dia, horário e quem são os visitantes. Devemos respeitar o tempo e fazer bom uso dele. A duração da visita deve ser compatível com o alcance dos objetivos; não estamos realizando “uma visitinha rápida”. Quando você for surpreendido com um assunto que não conhece, anote e tenha a humildade de dizer que vai pesquisar com sua equipe e trará a resposta.

Muitas coisas que você vê podem ser sigilosas e não devem ser comentadas em reuniões formais. Marque um horário com a Enfermeira de sua Equipe, repasse o assunto e não comente com os demais colegas de equipe, muitas vezes temos que seguir o ditado popular “boca fechada não entra mosquito”.

É fundamental que os campos das fichas sejam verdadeiros, pois somente através desses dados coletados pelos agentes que a ESF pode realizar um planejamento de cada área de atuação. Há muitas coisas importantes, entre elas destaque respeito,

solidariedade, educação, sorriso, gentileza, conhecimento, sigilo, verdadeiro e acima de tudo honestidade.

O encontro da realidade do outro e da nossa própria realidade redefine nossa percepção de doença, morte, saúde e vida para melhorarmos nossa comunidade. O Agente Comunitário de Saúde é parte fundamental dentro da Equipe, sem seus dados a ESF, não consegue avançar, então mãos a obra e boa visita.

A boa comunicação com os usuários é essencial em qualquer serviço de saúde e com todos os profissionais da área. No entanto, na atenção primária, esse contato direto é ainda mais importante, já que esse serviço deve avaliar todos os aspectos da saúde dos moradores, garantindo que ele receba os melhores cuidados e que as doenças e os agravos sejam adequadamente prevenidos. Seja para garantir uma anamnese mais rica e detalhada ou para garantir um funcionamento mais organizado e harmonioso do Programa de Saúde da Família, melhorar a comunicação com os pacientes pode ser um passo importante para o alcance de seus objetivos. Descubra como tornar isso possível seguindo as nossas dicas abaixo.

2. Aspectos Importantes para o Agente Entrevistador

Durante a entrevista podemos realizar duas técnicas na formulação de perguntas, as perguntas abertas e as perguntas fechadas. Perguntas abertas são aquelas em que se busca a opinião pessoal do entrevistado, em que não se obtém uma resposta direta e objetiva. Ex. Qual a sua opinião sobre a forma da coleta de lixo na cidade? Já as Perguntas fechadas são mais objetivas, e diretas. Ex. O senhor realizou a limpeza da caixa d'água no último semestre?

As duas formas de perguntas podem ser utilizadas. As perguntas abertas abrem a pessoa para um diálogo e também ajuda a criar um ambiente mais descontraído podendo quebrar a timidez ou seriedade do momento, e logo após pode ser precedida de uma pergunta mais objetiva. Porém vai do entrevistador e de sua percepção e bom senso para conduzir o tipo de pergunta a ser realizado.

Vejamos alguns aspectos importantes para a realização de uma boa entrevista:

- Observe a sua linguagem corporal – dê um aperto de mão firme, mantenha o contato visual, sorria, mantenha boa postura e apresente-se de forma relaxada e confiante;
- Vista-se de forma adequada – aparência cuidada e profissional;
- Identifique-se com clareza e objetividade, informando sobre os objetivos da visita domiciliar e solicitando permissão para adentrar o imóvel;
- Certifique-se que realça as suas aptidões, qualidades e objetivos alcançados conforme relevantes durante o decorrer da entrevista;
- Se mais do que um entrevistador estiver presente, certifique-se que dirige as respostas a todos os presentes no painel de entrevistadores, mantendo contato visual com todos;
- Mantenha-se sempre atualizado;
- Leve sempre em consideração o modo de vida, a realidade onde a atividade está sendo realizada;
- Faça um roteiro elencando os principais tópicos a serem abordados na sua visita e que necessitam ser levantados pelo morador, por exemplo, hábitos relacionados a destinação do lixo, a limpeza da caixa d'água entre outros;
- Faça uma pergunta de cada vez, para dar o devido tempo para resposta, quando o entrevistado fugir de uma pergunta, elabore-a novamente de forma diferente;
- Não esqueça o tom dialogal que a entrevista necessita, deixe espaço para que o entrevistado também faça perguntas;
- A entrevista deve ser feita com o espírito desarmado;
- É o Agente que deve conduzir a entrevista;
- Não deixe dúvidas sobre os temas abordados;
- Sempre agradeça ao entrevistado pelo atenção prestada;
- Não interprete as respostas do entrevistado;
- Não se deixe levar pelo tom emocional do momento.

VII - VISITA DOMICILIAR E CADASTRAMENTO

1. Visita Domiciliar

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

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

A Estratégia de Saúde da Família utiliza a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorece o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares.

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem.

Devemos ter o cuidado de não invadir a vida das pessoas a ponto de não interferir nos hábitos de vida à partir de nosso olhar.

2. Pontos Essenciais para uma Visita Domiciliar Eficiente

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

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

Na organização da atenção, o agente comunitário de saúde e o agente de controle de endemias desempenham papéis fundamentais, pois se constituem como elos entre a comunidade e os serviços de saúde. Assim como os demais membros da equipe, tais agentes devem ter corresponsabilização com a saúde da população de sua área.



http://3.bp.blogspot.com/-OJRSYTGLsCc/VV6Mc0cft4I/AAAAAAAAAC9c/_w1bnygT_5U/s320/ag02.jpg

Cada casa que é visitada demonstra realidades distintas, para isso a forma da visita deve-se levar em consideração o ambiente onde a mesma será realizada, entretanto embora não haja uma forma fixa para sua execução podemos elencar alguns pontos e criar um roteiro de visita, para que obtenhamos um resultado satisfatório.

Antes de realizar a visita é necessário conferir se está munido de todo material necessário para sua realização. Além dos Materiais e necessário observar a aparência pessoal, como o uniforme, crachá, higiene pessoal sendo esse um dos fatores observados pelos munícipes no momento do atendimento.

Muito pode ser feito no momento de uma visita domiciliar. Ela pode ser utilizada como instrumento de vigilância a saúde, onde a observação é uma grande aliada. Mas, para que uma visita domiciliar seja bem feita, ela precisa ser planejada. Planejar é ver os detalhes da visita antes de fazê-la, buscando aproveitar melhor o tempo de acordo com o disponibilizado pelas pessoas visitadas.

Por meio da visita domiciliar, é possível:

- Identificar os moradores, por faixa etária, sexo e raça, ressaltando situações como gravidez, desnutrição, pessoas com deficiência etc.;
- Identificar as pessoas que estão bem de saúde e as que não estão;
- Identificar casos suspeitos dos agravos e doenças à saúde;
- Ensinar medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde, como os cuidados de higiene com o corpo, no preparo dos alimentos, com a água de beber e com a casa, incluindo o seu entorno;
- Orientar a população quanto ao uso correto dos medicamentos e a verificação da validade deles;
- Alertar quanto aos cuidados especiais com puérperas, recém-nascidos, idosos, acamados e pessoas portadoras de deficiências;
- Registrar adequadamente as atividades realizadas, assim como outros dados relevantes, para os sistemas nacionais de informação disponíveis para o âmbito da Atenção Primária à Saúde;
- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;

- Realizar identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;
- Mobilizar as pessoas para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
- Ensinar às pessoas medidas simples de prevenção e orientá-las a refletir sobre os hábitos prejudiciais à saúde
- Conhecer as condições de moradia e de seu entorno, de trabalho, os hábitos, as crenças e os costumes;
- Perceber quais as orientações que as pessoas mais precisam ter para cuidar melhor da sua saúde e melhorar sua qualidade de vida;
- Identificar as famílias que necessitam de acompanhamento mais frequente ou especial;
- Divulgar e explicar o funcionamento do serviço de saúde e quais as atividades disponíveis;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população do território de abrangência da unidade de saúde;

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

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

- Quando for a primeira visita à família, antes de qualquer coisa, é importante que o ACE se apresente: diga seu nome, qual o seu trabalho, o motivo da visita e perguntar se pode ser recebido naquele momento.
- É importante esclarecer às pessoas o motivo da visita, e qual a utilidade e importância desse encontro.

- É recomendável escolher um bom horário e definir o tempo de duração da visita. Isso não quer dizer que você não possa mudar o horário ou ficar mais um tempo, se necessário. Na hora da visita, é preciso ter sensibilidade para saber se as pessoas querem ou não conversar mais um pouco.
- Só se deve pedir informações que têm sentido. É necessário explicar o porquê das perguntas e para que elas vão servir.
- Depois de fazer a visita, verifique se os objetivos foram alcançados, analisando o que deu certo ou não para corrigir as possíveis falhas. Isso é importante para planejar as próximas visitas.

Vale ressaltar que todos os profissionais da equipe realizam visitas domiciliares, sempre com a presença do agente comunitário de saúde, que pode ajudar a mediar situações, caminhar no território com maior mobilidade, ser uma outra fonte de escuta da situação. Realizar visitas domiciliares é um passo importante para concretização da integralidade e não deve ser uma atividade relegada a segundo plano.



<http://cdn.mundodastribos.com/444762-Atribui%C3%A7%C3%B5es-do-Agente-Comunit%C3%A1rio-de-Sa%C3%BAde.jpg>

VIII - PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE

Rua 26 nº 521 – Bairro Santo Antônio – CEP 74.853 -070 – Goiânia/GO - Fone: (62) 3201-3415 - Fax: (62) 3201-3408
e-mail: cepsaudeses@gmail.com A Gerência de Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde quer ouvir você. Para reclamações, sugestões, informações, denúncias, elogios, entre em contato pelo telefone:08006433700 ou pelo e-mail: ouvidoria@saude.go.gov.br **Página 37**

1. Promoção da Saúde

A definição da promoção de saúde conduz-nos antes de mais a um conceito muito importante que é o conceito de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define **Saúde**, como “o bem-estar físico, mental e social, mais do que a mera ausência de doença...”. Esta definição vai, por isso, contra os conceitos de saúde, muitas vezes, enraizados nos indivíduos, que assumem que estar saudável é apenas não apresentar qualquer doença.

Neste sentido, a promoção de saúde deve ser encarada de uma forma ampla. Ou seja, promover a saúde é muito mais que efetuar a mera prevenção de doenças. Promover a saúde é não só melhorar a nossa condição de saúde, mas também melhorar a nossa qualidade de vida e o nosso bem-estar. Contudo, como veremos adiante, a prevenção de doenças é indubitavelmente um dos pilares essenciais da promoção da saúde.

A Organização Mundial de Saúde define como **Promoção da Saúde**, o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. A promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e económicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. Entende-se por promoção da saúde o processo que possibilita as pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde e através disto melhorar sua saúde, sendo a participação das mesmas, essencial para sustentar as ações de promoção da saúde (HPA, 2004)

Promover tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira,1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar geral" (Leavell & Clarck, 1976: 19).

As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (Terris, 1990 apud Czeresnia, 2003).

A principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está no olhar sobre o conceito de saúde, na prevenção a saúde é vista simplesmente como ausência de doenças, enquanto na promoção a saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando desta maneira em um modelo participativo de saúde na promoção em oposição ao modelo médico de intervenção. (FREITAS, 2003). Além disto, como observa Czeresnia (2003), a compreensão adequada do que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações; buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência.

Deve-se destacar também que a promoção de saúde adota uma gama de estratégias políticas que abrange desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais ou libertárias. Sob a ótica mais conservadora, a promoção de saúde seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro na assistência de saúde. Noutra via, reformista, a promoção da saúde atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersetorial, ou ainda, pode constituir-se numa perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas - como são as propostas de educação popular (CASTIEL, 2004).

Promover:

- Impulsionar, fomentar, originar, gerar;
- Refere-se a medidas que não se dirigem a doenças específicas, mas que visam aumentar a saúde e o bem estar;
- Implica o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos determinantes e condicionantes da saúde.

2. Prevenção da Saúde

A palavra “**prevenção**” surge no contexto da promoção da saúde, como um conjunto de atitudes que devemos tomar por antecipação, de modo a evitar determinados acontecimentos. Ou seja, surge no sentido de “precaução” ou de evitar determinados riscos. Neste sentido, a prevenção e promoção de saúde surgem também associadas à mudança de atitudes de modo a efetuar uma eficaz prevenção de doenças. Certamente que todos conhecem o ditado “prevenir é o melhor remédio”. De fato, a prevenção de doenças é seguramente o caminho a percorrer. Isto não quer dizer que devemos descurar o tratamento das doenças, mas é sim que devemos efetuar uma aposta clara na sua prevenção.

Exemplo: determinado indivíduo efetua uma alimentação rica e equilibrada, efetua exercício físico de forma regular e procura tomar atitudes assertivas, procurando levar uma vida saudável. Este indivíduo tem uma atitude correta que lhe permite efetuar prevenção de doenças. A probabilidade deste indivíduo vir a sofrer de hipertensão arterial ou diabetes, por exemplo, é reduzida. Outro indivíduo, pelo contrário, tem uma alimentação desregrada e leva uma vida sedentária. A probabilidade deste indivíduo vir a padecer de hipertensão arterial ou diabetes é consideravelmente superior. Na presença da doença, este indivíduo vai ver aumentado o seu risco de morte prematura, vai ter custos acrescidos com a medicação e outros tratamentos médicos, vai ver reduzida a sua qualidade de vida, etc. A aposta na prevenção do primeiro indivíduo tem claramente múltiplos benefícios.

Em suma, a aposta na prevenção de doenças tem inúmeras vantagens. Para além das vantagens que são óbvias, que estão relacionadas com a melhoria da condição de saúde das pessoas, outras vantagens estão relacionadas como sejam: a diminuição dos custos económicos com a saúde, a diminuição das ausências ao trabalho por motivos de doença, melhoria da qualidade de vida, entre outras.

Prevenir:

- Preparar, chegar antes de, impedir que se realize;

- Exige ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença para tornar seu progresso improvável;
- Implica o conhecimento epidemiológico para o controle e redução do risco de doenças;
- Projetos de prevenção e educação baseiam-se na informação científica e recomendações normativas.

As primeiras recomendações foram emanadas da primeira conferência internacional sobre promoção da saúde que foi realizada em 1986 no Canadá. Aqui, foi realçada a preponderância da saúde como um todo, onde esta deve ser entendida como um precioso recurso para a vida, e não como objetivo de viver.

Ou seja, a saúde deve ser entendida de uma forma positiva, dando especial realce aos recursos pessoais e sociais de cada indivíduo, não cabendo, por isso, a responsabilidade da promoção da saúde exclusivamente ao setor da saúde, mas sim a todos nós caminhando, assim, para um bem-estar global. Cada indivíduo, deve pensar e agir de forma a aumentar o controle sobre a sua saúde.

Devemos olhar para o conceito de promoção de saúde de uma forma ampla, envolvendo os organismos estatais, entre outros, que tutelam os sistemas de saúde. Estes organismos devem preocupar-se em definir políticas, planos ou programas de saúde pública, que contemplem medidas que permitam às pessoas prevenir determinadas doenças. Estes organismos podem, por exemplo, criar programas ou planos específicos de combate e prevenção da diabetes, da hipertensão arterial, etc.

A título individual, cada um de nós deve perceber a importância da promoção da saúde e agir em conformidade. As empresas ou organizações são também entidades que devem preocupar-se com a promoção da saúde dos seus colaboradores. Veja mais informação em ações de promoção de saúde.

3. Educação para a Saúde

A promoção da saúde enfatiza que os indivíduos devem possuir um papel ativo, atribuindo-lhes mais controle sobre as condições que afetam a sua saúde. Vários

estudos demonstram que os indivíduos capazes de exercer um maior controle e tomada de decisão sobre a sua saúde, se sentem mais saudáveis.

Neste sentido, o fortalecimento do conhecimento por parte dos indivíduos, de forma a serem tomadas medidas mais assertivas é de primordial importância. A educação para a saúde pretende aumentar os conhecimentos dos indivíduos, dotando-os de ferramentas que lhes permitam uma melhor aprendizagem, ampliando os seus conhecimentos e desenvolvendo competências que permitam melhorar a saúde individual e da comunidade envolvente.

O princípio é de que indivíduos com mais e melhores conhecimentos, tendem a gerir de uma forma mais assertiva a sua saúde e conseqüentemente a melhorar a sua qualidade de vida.

4. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida

A promoção da saúde e qualidade de vida são factores indissociáveis. Não podemos ter uma boa qualidade de vida, sem que tenhamos saúde. As condições de vida, sobretudo, no mundo ocidental, evoluíram bastante nos últimos anos, trazendo significativas melhorias para a qualidade de vida das pessoas, contudo trouxeram também estilos de vida pouco saudáveis.

Estas alterações no estilo de vida têm evoluído de tal forma que, muitas vezes, nem sequer tomamos consciência da espiral em que vivemos. Infelizmente, se nada for feito em contrário, estes novos estilos de vida têm hoje, e terão seguramente, no futuro cada vez mais efeitos nefastos na nossa saúde e conseqüentemente na nossa qualidade de vida.

As alterações no modo de vida das populações, assentes em estilos que nos conduzem a uma vida saudável é, por isso, um importante desígnio na prevenção de doenças e promoção da saúde. Traçar um outro rumo é, assim, inadiável. A tônica deve ser posta na promoção da saúde, na prevenção da doença, sem que deixemos, obviamente, descurar a sua cura.

5. Ações de Promoção da Saúde

As ações de promoção de saúde, são iniciativas que permitem de alguma forma melhorar a condição de saúde dos indivíduos ou das populações. Podem ser ações coletivas, levadas a cabo por organizações ou ações individuais, concretizadas por cada um de nós. As ações dos organismos estatais, as das empresas (no local do trabalho) e as ações individuais (de cada um de nós).

- **Promoção da saúde / Organismos** - Os estados, através dos seus organismos nacionais ou regionais podem e devem criar planos que contemplem ações concretas que visem melhorar a condição de saúde das populações. Estes planos devem ser elaborados tendo por base o conhecimento das principais doenças que afetam uma determinada população. Por exemplo, se numa dada região as pessoas morrem mais por enfarte, então devem ser tomadas medidas no sentido da sua prevenção. Podemos criar, por exemplo, um plano para fazer chegar informação à população alertando para os perigos da tensão arterial elevada (um dos fatores com forte influência na doença), entre outras medidas que se julguem adequadas.
- **Promoção da Saúde no local de Trabalho** - A produtividade dos trabalhadores nas empresas e organizações está diretamente relacionada com a sua qualidade de vida e com a sua saúde mental e física. O stress no trabalho, por exemplo, é hoje em dia um fator preocupante nas empresas e organizações. Levar a cabo programas de promoção de saúde que permitam combater este flagelo é de capital importância. A promoção da saúde no local de trabalho é o procedimento que resulta do esforço agregado de empregadores, trabalhadores e da sociedade em geral, de modo a melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho. Ações como flexibilização dos horários de trabalho e do local (como o teletrabalho por exemplo), formação contínua, alargamento de tarefas e rotatividade (nos casos de trabalhos repetitivos), incentivos ao bom ambiente de trabalho, melhorias na ergonomia, melhorias nas condições das instalações, incentivo à alimentação saudável nas cantinas das empresas, incentivos à prática de exercício físico, formação

e ajuda no combate ao stress, incentivo ao abandono do tabaco, etc são exemplos de algumas ações que as empresas podem levar a cabo, de modo a efetuar a promoção da saúde no local de trabalho para os seus trabalhadores.

- **Promoção de Saúde / Ações Individuais** - A nível individual, cada vez mais as pessoas revelam preocupação em manter-se saudáveis, prevenindo, portanto, determinadas doenças. O homem tem vindo a tomar consciência de que está nas suas mãos manter-se saudável, devendo, para isso, manter hábitos e práticas que o conduzam nesse sentido. É exemplo disso, o cuidado com a nutrição, pois como é sabido uma boa alimentação faz toda a diferença ou o exercício físico que é de enorme importância na saúde e no bem estar. Ou seja, alimentação e saúde e exercício físico e saúde são conjuntos de palavras indissociáveis, constituindo dois exemplos de importantes desígnios na promoção da saúde.

6. Vigilância e Promoção à Saúde

A Vigilância em Saúde remete inicialmente a palavra “VIGIAR”, que de acordo com o Dicionário Aurélio significa observar atentamente.

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

- **Quais são os componentes da vigilância em saúde?**

São as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. O conceito de vigilância em saúde inclui: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

- **Onde devem ser desenvolvidas as ações da vigilância em saúde?**

A vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de suas específicas ferramentas as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, aumentando-se o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde.

No campo da saúde a Vigilância tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes.

Entende-se, assim, que campos de ação da vigilância à saúde, em especial do eixo promoção, são a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis – baseadas em ações, abordagens e articulações intersetoriais –, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos sistemas e serviços de saúde. Ressalta-se que a vigilância à saúde tem como principais características a intervenção em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, adoção do conceito de risco, articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação, e atuação intersetorial.

A Vigilância em Saúde, é composta pelas ações de:

- ✓ Vigilância;
 - ✓ Promoção;
 - ✓ Prevenção;
 - ✓ Controle de doenças e agravos à saúde
- **Vigilância Epidemiológica** - é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

- **Vigilância Sanitária** - é entendida como 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 circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. (BRASIL, 1990).
- **A vigilância Sanitária** - busca garantir a qualidade de serviços, meio ambiente de trabalho e produtos (alimentos, medicamentos, cosméticos, saneamento dos domicílios, agrotóxicos e outros), mediante a identificação o controle ou a eliminação de fatores de risco á saúde, neles eventualmente presentes. São exemplo de serviços sujeitos á vigilância sanitária: unidade de saúde, restaurantes, academias de ginásticas, instituto de belezas, piscinas públicas, etc. No meio ambiente, a vigilância sanitária procura evitar ou controlar a poluição do ar, do solo, da água, a contaminação por agrotóxicos, o uso do mercúrio nos garimpos, etc. Nos locais de trabalho, a vigilância sanitária preocupa-se, por exemplo em assegurar condições ambientais satisfatórias (iluminação, temperatura, umidade, ventilação, nível sonoro) adequação ergométrica de máquinas, equipamentos e móveis e eliminação de substâncias e produtos que podem provocar doenças ocupacionais.
- **Vigilância Ambiental em Saúde** - as ações de vigilância ambiental tomam como ponto de partida o entendimento do ambiente físico, psicológico e social como espaço de produção da saúde-doença no plano individual e coletivo. Especificamente em nosso meio, estas ações tem privilegiado o controle da água de consumo humano (VIGIAGUA), o controle de resíduos e o controle de vetores de transmissão de doenças – especialmente insetos e roedores, promoção à saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças e outros agravos à saúde decorrentes da contaminação por substâncias químicas no solo (VIGISOLO) e; promover a saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos - provenientes de fontes fixas, de fontes móveis, de atividades relativas à extração mineral, da queima de biomassa ou de incêndios florestais - contemplando estratégias de ações intersetoriais (VIGIAR).
- **Vigilância da Saúde do Trabalhador** – é o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária,

à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo entre outros: assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional.

As equipes Saúde da Família, a partir das ferramentas da vigilância, desenvolvem habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar ações programadas e de atenção a demanda espontânea, que garantam o acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde e, desta maneira, gradativamente impacta sobre os principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida daquela comunidade. Os diferentes profissionais das equipes de Saúde da Atenção Primária/Saúde da Família tem um papel importante no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, com algumas funções comuns e outras específicas a cada um.

Para melhor compreensão podemos citar o trabalho desenvolvido pelos agentes comunitário de saúde (ACS) e o controle de endemias (ACE), estes profissionais desempenham papéis fundamentais, pois são a ligação entre a comunidade e o serviço de saúde. Devem atuar de maneira integrada de forma a potencializar o resultado do trabalho, evitando duplicidade de ações. Juntos, enfrentam os principais problemas de saúde-doença da comunidade.

Durante uma visita domiciliar, o ACS ao identificar uma caixa d'água de difícil acesso ou um criadouro que não consiga destruir e que precisa da utilização do larvicida, deverá contatar o agente de controle de endemias (ACE) para planejamento das ações. Para o sucesso do trabalho, é fundamental a integração desses profissionais.

A integração das ações é importante e devem estar inseridas cotidianamente na prática das equipes de saúde de Atenção Primária dando um direcionamento para mudanças no modelo de atenção.

Os diferentes profissionais das equipes de Saúde da Atenção Primária/Saúde da Família têm um papel importante no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, com algumas funções comuns e outras específicas a cada um.

Entende-se, assim, que campos de ação da vigilância à saúde, em especial do eixo promoção, são a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis – baseadas em ações, abordagens e articulações intersetoriais –, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos sistemas e serviços de saúde. Ressalta-se que a vigilância à saúde tem como principais características a intervenção em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, adoção do conceito de risco, articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação, e atuação intersetorial.

8.7 - Como fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de saúde da família?

Uma das estratégias indutoras é a incorporação do agente de combate às endemias (ACE), ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária junto às equipes de saúde da família, sendo agregadas ações como controle ambiental, endemias, zoonoses e controle de riscos e danos à saúde.

A incorporação do ACE nas equipes de saúde da família pressupõe a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais dos agentes comunitários de saúde e do agente de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades, e a supervisão dos ACE pelos profissionais de nível superior da equipe de saúde da família. A Portaria nº 1.007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias – ACE ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com

outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

8. Identificação de agravos

- **Agente Infeccioso:** agente biológico, capaz de produzir infecção ou doença infecciosa.
- **Agente Etiológico:** é o agente causador ou responsável por uma doença. Pode ser vírus, bactéria, fungo, protozoário ou helminto. É sinônimo de “patógeno”.
- **Endemia:** presença contínua de uma enfermidade, ou agente infeccioso, em uma zona geográfica determinada; pode também expressar a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica. O termo hiperendemia significa a transmissão intensa e persistente, atingindo todas as faixas etárias; e holoendemia, um nível elevado de infecção que começa a partir de uma idade precoce e afeta a maior parte da população jovem, como, por exemplo, a malária em algumas regiões do globo.
- **Epidemia:** manifestação, em uma coletividade ou região, de um corpo de casos de alguma enfermidade que excede claramente a incidência prevista. O número de casos, que indica a existência de Glossário Guia de Vigilância Epidemiológica 108 Secretaria de Vigilância em Saúde /MS uma epidemia, varia com o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, sua experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade e local e época do ano em que ocorre. Por decorrência, a epidemia guarda relação com a frequência comum da enfermidade na mesma região, na população especificada e na mesma estação do ano. O aparecimento de um único caso de doença transmissível, que durante um lapso de tempo prolongado não havia afetado uma população ou que invade pela primeira vez uma região, requer notificação imediata e uma completa investigação de campo; dois casos dessa doença, associados no tempo ou espaço, podem ser evidência suficiente de uma epidemia.

- **Surto:** tipo de epidemia em que os casos se restringem a uma área geográfica pequena e bem delimitada ou a uma população institucionalizada (creches, quartéis, escolas, etc.).
- **Doenças Crônicas:** são aquelas geralmente de desenvolvimento lento, de longa duração e, por isso, levam um tempo mais longo para serem curadas ou, em alguns casos, não têm cura. A maioria dessas doenças está relacionada ao avanço da idade e ao estilo de vida – hábitos alimentares, sedentarismo e estresse – característico das sociedades contemporâneas.
- **Doenças Agudas:** são processos de perturbação da força vital que determinam moléstias que completam sua evolução pela cura ou pela morte num intervalo de tempo determinado e rápido.

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. São funções da vigilância epidemiológica:

- coleta de dados;
- processamento de dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas;
- promoção das ações de prevenção e controle indicadas;

- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação de informações pertinentes.

IX - TERRITÓRIO, MAPEAMENTO E DINÂMICAS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

1. Território

Localizar significa mostrar o lugar. Quer dizer, além disto, reparar no lugar. Ambas as coisas, mostrar o lugar e reparar no lugar, são os passos preparatórios de uma localização. Mas é muita ousadia que nos conformemos com os passos preparatórios. A localização termina, como corresponde a todo método intelectual, na interrogação que pergunta pela situação do lugar. (Heidegger, 1998).

O Conceito de território abrangendo o campo social pode ser visto como o espaço apropriado por determinados grupos sociais onde se estabelecem os relacionamentos sendo um espaço construído através da convivência e dos fatores culturais e históricos.

O termo território origina-se do latim *territorium*, que deriva de terra e que nos tratados de agrimensura aparece com o significado de 'pedaço de terra apropriada'. Em uma acepção mais antiga pode significar uma porção delimitada da superfície terrestre.

Ao se buscar definir a 'territorialização em saúde', precede explicitar a historicidade dos conceitos de território e territorialidade, suas significações e as formas de apropriação no campo da saúde pública e da saúde coletiva. Pretende-se com isso, situar os diferentes usos do termo territorialização (teórico, prático e metodológico) pelo setor saúde, destacando sua importância no cenário atual da reorganização da atenção, da rede de serviços e das práticas sanitárias locais.

Para a Vigilância em Saúde, o Território é o campo alvo do seu trabalho, pois é nele que se estabelecem as relações com o meio surgindo a necessidade de ações de proteção, promoção e recuperação à saúde com medidas de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, seja ela emocional, física ou social.

O processo de territorialização se dá com o aprofundamento do conhecimento do território conforme se estabelece as relações entre as condições de vida, ambiente e o acesso às ações e serviços de saúde. As características geográficas, os hábitos alimentares, culturais, históricos que se estabelecem dentro de um território, são atributos que influenciam diretamente na saúde de um determinado grupo.

O conceito ampliado de saúde, sendo ela vista não apenas como a ausência de doenças, mas como a interação de diversos fatores condicionantes e determinantes que se encontram definidos no art. 3º da lei 8080/90 sendo eles a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, a interação desses fatores “demonstram os níveis de saúde da população expressando a organização social e econômica do País”, sendo necessário o monitoramento desses, para a avaliação da situação de saúde de determinado território, sendo este o papel fundamental da vigilância em saúde.

Assim, as divisões territoriais utilizadas no SUS, tais como o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. Esse poder existente também é instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço. É importante ressaltar que é de extrema necessidade a articulação do setor saúde com outras estruturas da administração municipal, que oferecem serviços como educação, transporte, distribuição de água, coleta de esgotos, de lixo e de oferta de emprego.

Os Sistemas de Saúde também se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. As diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8080) têm uma forte

relação com a definição do território. O município representa o nível inferior onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993). A organização desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde.

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

A Forma como as relações interpessoais se dão no território desde os locais mais frequentados para lazer, as forma de acesso a esta comunidade, as organizações sociais ali inseridas, os serviços públicos ofertados a comunidade, os aparelhos sociais como bibliotecas, academias ao ar livre, a forma como se dá o comércio local além de possibilitar uma visão do todo para a equipe de saúde, possibilitando a identificação dos riscos locais, é possível o Agente criar um guia para o para a execução de atividades de promoção a saúde levando em consideração a realidade local.

2. Mapeamento da área de atuação

Uma excelente ferramenta que auxilia o agente no conhecimento sobre sua comunidade é o desenvolvimento de mapas.

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

Através do Mapa é possível a visualização da realidade local, possibilitando o planejamento de ações visando à resolução ou minimização de possíveis riscos à saúde da população identificados na comunidade. Os mapas devem ser sempre atualizados e possuírem os principais aparelhos sociais localizados na comunidade, identificados nele.

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

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

O conjunto dos mapas feito pelos ACS formará um grandemapá da área de atuação da equipe de Saúde da Família (eSF). Esse mapa mais abrangente, feito com todas as informações sobre sua área, pode dar origem a outros mais específicos.

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

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

Você deve sempre ter a cópia do seu mapa para facilitar o acompanhamento das mudanças na sua comunidade.

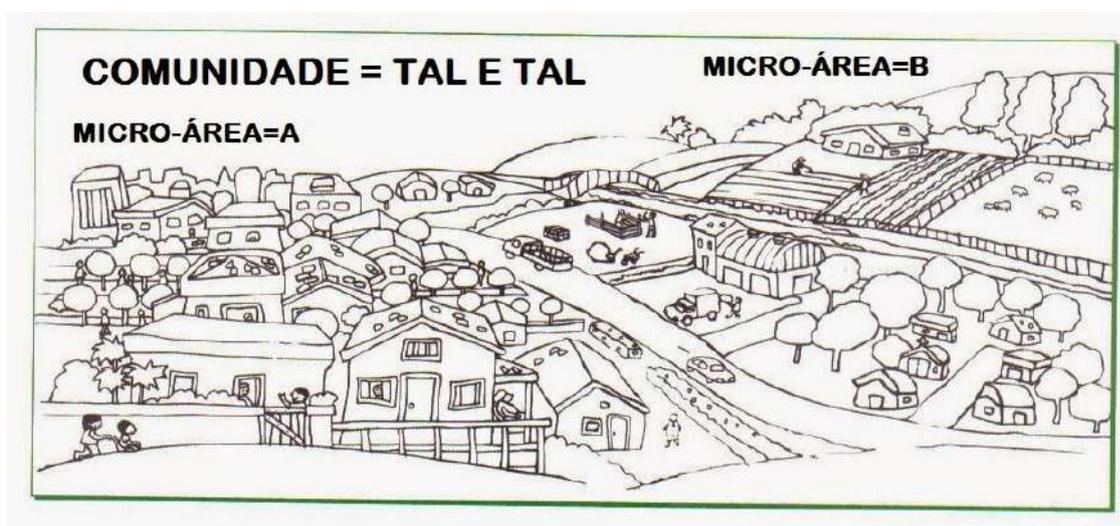
Com o mapa, você pode:

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

9.2.1 - Como Construir um Mapa

O Mapa do ACE deve ser o retrato da área onde ele está inserido. Para isso o agente deve levantar todas as informações que julgue necessário para sua confecção desde a identificação das ruas, aparelhos sociais e locais de risco identificados na comunidade.

Veja alguns Exemplos de mapas:



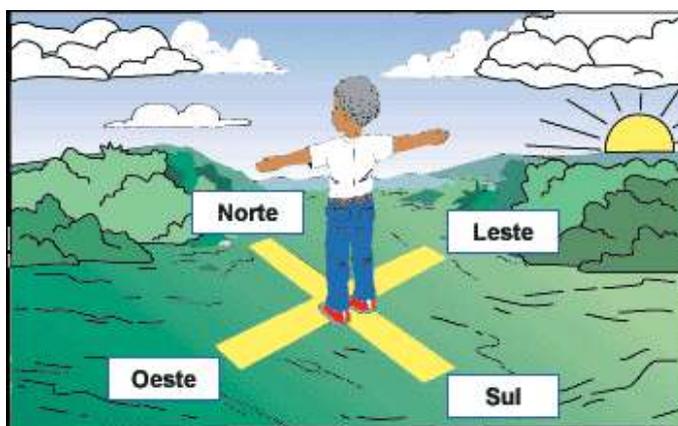
3408
Para

9.2.2 - Pontos Importantes na Confecção do Mapa

Noção de Direção: é importante representar os locais tendo por referência os pontos cardeais. O que fica ao Norte é desenhado ao Norte. O que fica a Oeste é desenhado a Oeste, e assim por diante. Para saber onde ficam os pontos cardeais, a maneira mais simples é verificar onde o sol nasce, ali fica o Leste.

Você então aponta o seu braço direito para onde o Sol nasce e o braço esquerdo para onde ele se põe, Oeste. Nessa posição, de braços abertos, a pessoa está de frente para o Norte e de costas para o Sul.

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



http://www.editoranacional.com.br/eaprender/Bibliotecalbep/1/sociais/imagens/f_soc

17_2.gif

- **Indique os Limites** - são pontos de referência que separam a sua área de outra área. Ex: rio, serra, uma rua, ponte e outros. No mapa estes limites podem ser representados por linhas ou traços.
- **Noção de Distância:** é fundamental para reproduzir de forma reduzida, no mapa, o que existe na comunidade. Se o Centro de Saúde fica no final da rua, é ali que você coloca o símbolo que representa o Centro. Se a escola fica de

um lado da rua e a padaria do outro, é assim que deve desenhar no seu mapa.

Cada símbolo ocupa, no mapa, o lugar daquilo que ele representa.

Utilização de Símbolos/Sinais: Utilize símbolos e sinais que identifiquem os principais aparelhos sociais, barreiras físicas, ou áreas de risco existentes na comunidade. Definições de acordo com o Manual Normas e Orientações Técnicas para Vigilância e Controle de *Aedes aegypti*, da SUCEN (2008):

- **Área:** é o conjunto de quarteirões e de setores censitários e bairros contíguos e, de preferência, semelhantes em relação à ocupação do solo, sendo que uma mesma área deverá abranger somente setores censitários com características urbanas ou somente com características rurais. Sempre que houver necessidade de subdividir a zona urbana ou a zona rural em Áreas, estas deverão ter entre 8 mil e 40 mil imóveis
- **Setor:** é o conjunto de quarteirões e de setores censitários de uma determinada Área, com predominância de imóveis de um determinado tipo de uso/padrão de construção. O Setor será a unidade geográfica mais homogênea em relação ao tipo de uso/padrão de construção dos imóveis. O tamanho dos Setores poderá variar entre 1000 e 3000 imóveis
- **Setor Censitário:** é unidade territorial de coleta das operações censitárias, definido pelo IBGE, com limites físicos identificados, em áreas contínuas e respeitando a divisão político-administrativa do Brasil. O setor censitário é a menor unidade territorial, com limites físicos identificáveis em campo, com dimensão adequada à operação de pesquisas e cujo conjunto esgota a totalidade do Território Nacional, o que permite assegurar a plena cobertura do País. Os Setores Censitários são definidos de acordo com o número de domicílios. Na área urbana, cada setor censitário é composto, em sua maioria, de 250 à 350domicílios. Na área rural o setor censitário é composto, em sua maioria, de 150 a 250 domicílios
- **Quarteirão ou Quadra:** é o espaço urbano que é delimitado por ruas ou avenidas. O tamanho de um quarteirão pode variar muito, mas freqüentemente

em cidades brasileiras podem ser vistos quarteirões de 10.000 metros quadrados (100 metros em cada lado)

- **Imóvel:** Corresponde à unidade de trabalho e de registro de informações para todas as atividades de operação de campo.

9.3 - Dinâmica da Organização Social

Podemos elencar alguns recursos necessários para o funcionamento de uma comunidade:

1. Moradia Digna e Saneamento Básico – Água Tratada e Esgoto
2. Alimentação, Lazer, Atividade Física.
3. Educação
4. Trabalho
5. Transporte de Qualidade
6. Saúde – Prevenção, Proteção, Promoção e Recuperação
7. Convivência Harmoniosa : Direitos e Deveres estabelecidos
8. Energia Elétrica

Através das necessidades apontadas acima surge ai o conceito de aparelhos sociais ou equipamentos urbanos que nada mais são que ferramentas e mecanismos utilizados para a execução de uma determinada atividade ou função.

Para a ABNT– Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 9284/1986): “Todos os bens públicos ou privados, de utilidade pública, destinados à prestação de serviços necessários ao funcionamento da cidade, implantados mediante autorização do poder público, em espaços públicos e privados” são equipamentos urbanos. Distribuem-se pelas seguintes categorias:

1. Circulação e Transporte;
2. Cultura e Religião;
3. Esporte e Lazer;
4. Infraestrutura (sistema de comunicação, sistema de energia, sistema de iluminação pública, sistema de saneamento);
5. Segurança Pública e proteção;

6. Abastecimento;
7. Administração pública;
8. Assistência social;
9. Educação;
10. Saúde.

Provavelmente você deve ter ouvido falar que a nossa sociedade são divididas em setores: Primeiro, Segundo e Terceiro Setor, mais afinal de contas o que é isso:

1. **O Primeiro Setor** conhecido como o Setor Público abrange as instituições públicas das três esferas governamentais Municipais Estaduais e Federais

2. **O Segundo Setor** conhecido como o Setor Privado, inclui as empresas, em seus diversos segmentos como o Industrial, Comercial e o de Prestação de Serviços em geral.

3. **O Terceiro Setor** está inserido no setor social, que é composto por instituições organizadas pela sociedade civil na busca de seus direitos ou de suas necessidades, possuem características como trabalho voluntário e sem fim lucrativo, são formalmente constituídas, com regimento próprio e gestão própria, devidamente registradas, podem receber ajudas de custo do setor privado e do poder público quando reconhecida a utilidade pública dos serviços prestados, as instituições mais conhecidas do terceiro setor são as ONG – Organizações não-governamentais.

Conhecer todos os equipamentos urbanos sejam eles públicos ou privados, pertencentes ao 1º, 2º e 3º setor se torna fundamental para o ACE na realização de suas atividades no dia a dia, através desse conhecimento, e possível a formalização de parcerias para a execução de atividades que visem a promoção da saúde da população ali inserida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, 2000.p. 24 – 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília, 2009, p.84 – (p. 10 – 14).

BUSS, P. M. - Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (org.) - *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ. 2003.

CZERESNIA,D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção (versão revisada e atualizada do artigo "The concept of health and the difference between promotion and prevention Cadernos de Saúde Pública, 1999). In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2003 (p.39-53). Disponível em http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf

MARCONDES.W.B. A convergência de referências na promoção da saúde.Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.5-13, jan-abr 2004.

Processo de Comunicação. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Processo_de_comunica%C3%A7%C3%A3o>

COMUNICAÇÃO. Revista Literária. Disponível em: <<http://www.revistaliteraria.com.br/comunicacao.htm>>

RIBEIRO, Armando. O Processo de Comunicação. Disponível em:<<http://www.portalcmc.com.br/oprocesso-de-comunicacao/>>

LOPES, Wenderson. A linguagem e os processos de comunicação. Disponível em <<http://www.coladaweb.com/portugues/a-linguagem-e-os-processos-de-comunicacao>> Acesso em 17/04/2016.

PORTAL, Educação. Os Elementos do Processo de Comunicação, 2013. Disponível em:<<http://www.portaleducacao.com.br/marketing/artigos/36849/os-elementos-do-processo-de-comunicacao>> Acesso em 17/04/2016.

CORREA, Juliano. Como Funciona o Processo de Comunicação!, 2012 . Disponível em:<<http://rhcomprofessorjuliano.blogspot.com.br/2012/01/como-funciona-o-processo-de-comunicacao.html>> Acesso em: 17/04/2016.

FERREIRA, Betânia, Canal Nota Máxima. Videoaula - Português - O processo linguístico e os elementos da comunicação, 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=4dEw-TW0G2Q>>Acesso em:17/04/2016.

RAMOS, Daniela Karine. Processo de Comunicação, 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=_C3AmzKpJbQ>

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na Enfermagem. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (org.) A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2005.

BERSUSA, A.A.S.; RICCIO, G.M.G. Trabalho em Equipe _ Instrumento Básico de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. Instrumentos Básicos para o Cuidar. Um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 1996.

BITTES JUNIOR, A.; MATHEUS, M.C.C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T.I. Instrumentos Básicos para o Cuidar. Um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 1996.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (coord). Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SILVA, M.J.P. Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Gente, 1996. 2ª ed.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C.; ARANTES, E.C. Comunicação e enfermagem. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (org.) A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2005

ENTREVISTA. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Entrevista>> Acesso em: 26/12/2016.

ENTREVISTA. In: Conceito.de. Disponível em: < <http://conceito.de/entrevista>>
Acesso em: 22/12/2016.

OYAMA, Thaís, Canal Círculo de Entrevistas. Thaís Oyama, autora de "A Arte de Entrevistar Bem", fala ao Círculo de Entrevistas, 2013.

APUTO, Stela Guedes. Sobre Entrevistas: teoria, prática e experiências. Petrópolis: Vozes, 2010 (2ª ed).

ALBUQUERQUE, A. B. B, BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

TELECURSO 2000, Telecurso – Ensino Médio – Geografia – Aula 05. Disponível em :<<http://educacao.globo.com/telecurso/videos/ensino-medio/t/geografia/v/telecurso-ensino-medio-geografia-aula-05/1282392>> Acesso em: 25/04/2016.

ABNT– Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9284/1986: Equipamento Urbano.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Curso de formação do agente de combate às endemias / Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha. Curitiba: SESA, 2014.212p.

MOREIRA, Jeanne.M.Molina. Seminário Temático II: responsabilidade social corporativa e terceiro setor/Aula 03: terceiro setor (parte II) / Tópico 01: diversidade, características e desafios do terceiro setor. Universidade Federal do Ceará - Instituto UFC Virtual. Disponível

em:<http://www.virtual.ufc.br/solar/aula_link/bagp/Q_a_Z/st_II_responsabilidade_3_setor/aula_03-9856/pdf/01.pdf>Acesso em 17/04/2016.

BAURU. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Bauru> > Acesso em: 25/04/2016.

SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS – SUCEN – SES. Normas e Recomendações Técnicas para a Vigilância e Controle de Aedes aegypti no Estado de São Paulo. São Paulo, 2008. 106p.

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública. Curso técnico em vigilância em saúde: módulo I: território: unidade: território e a vigilância em saúde: guia do aluno/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, ESP-MG 2013. 61p.

GONDIM, G. M. M, MONKEN, M. Territorialização em Saúde. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html Acesso em: 09/02/2011.

TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 142-149, 2007.

<https://jus.com.br/artigos/65581/lei-federal-13-595-2018-o-novo-regime-juridico-dos-agentes-comunitarios-de-saude-e-agentes-de-combate-as-endemias>. Acessado em 31.07.18