AGENTE DE ENDEMIAS

SUMÁRIO

1-	CONCEITOS	3
2-	ORIENTAÇÕES TÉCNICAS	9
3-	VISITA DOMICILIAR	11
4-	O QUE FAZ UM AGENTE DE ENDEMIAS	19
5-	CONHECIMENTOS SOBRE O SUS	23
6-	ORIENTAÇÃO E O APOIO A CLÍNICA DA FAMÍLIA	30
7-	O USO DO PRONTUÁRIO FAMILIAR COMO INDICADOR DE QUALIDADE DA ATENÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	45

REFERÊNCIAS

1- CONCEITOS

Surto, epidemia, pandemia e endemia: entenda qual é a diferença entre eles

O período de chuvas no Brasil faz com que casos de dengue se intensifiquem. Desde o início do ano, o Ministério da Saúde está monitorando o crescimento da doença no país, já classificada como epidemia.

Mas você sabe por que a dengue é uma epidemia e não um surto?

A resposta está na ocorrência de casos nas cinco regiões do Brasil. Uma doença é considerada uma epidemia quando há número de casos acima do esperado em diversas localidades. Se a dengue tivesse atingido, mesmo em grande número, apenas regiões isoladas, seria considerada um surto.

Surto: acontece quando há o aumento repentino do número de casos de uma doença em uma região específica. Para ser considerado surto, o aumento de casos deve ser maior do que o esperado pelas autoridades. Em algumas cidades (como Itajaí-SC), a dengue é tratada como surto (e não como epidemia), pois acontece em regiões específicas (um bairro, por exemplo).

Epidemia: a epidemia se caracteriza quando um surto acontece em diversas regiões. Uma epidemia a nível municipal acontece quando diversos bairros apresentam uma doença, a epidemia a nível estadual acontece quando diversas cidades têm casos e a epidemia nacional acontece quando há casos em diversas regiões do país. Exemplo: no dia 24 de fevereiro, vinte cidades haviam decretado epidemia de dengue.

Pandemia: em uma escala de gravidade, a pandemia é o pior dos cenários. Ela acontece quando uma epidemia se espalha por diversas regiões do planeta. Em 2009, a gripe A (ou gripe suína) passou de epidemia para pandemia quando a OMS começou a registrar casos nos seis continentes do mundo. A aids, apesar de estar diminuindo no mundo, também é considerada uma pandemia.

Endemia: a endemia não está relacionada a uma questão quantitativa. Uma doença é classificada como endêmica (típica) de uma região quando acontece com muita frequência no local. As doenças endêmicas podem ser sazonais. A febre amarela, por exemplo, é considerada uma doença endêmica da região Norte do Brasil.

Pandemia, epidemia e endemia: significados e diferenças | Colunistas

Os termos pandemia, epidemia e endemia são dos mais antigos na medicina e sua distinção não pode ser feita com base apenas na maior ou menor incidência de determinada enfermidade em uma população.

Epidemia

Se para epidemia a principal característica se constitui no elevado número de casos novos e sua rápida difusão, para endemia, que vem do grego clássico e significa “originário de um país, referente a um país”, não basta somente o critério quantitativo, o que define o caráter endêmico de uma doença é o fato de ser a mesma peculiar a um povo, país ou região.

Pandemia

Já a pandemia, palavra de origem grega, foi usada pela primeira vez por Platão com um sentido genérico, referindo-se a qualquer acontecimento capaz de alcançar toda a população, e o seu conceito moderno é o de uma epidemia de grandes proporções, que se espalha a vários países, em mais de dois continentes, aproximadamente ao

mesmo tempo, como foi a Gripe Espanhola, a Influenza H1N1 e, a mais recente, do COVID-19. A maior mobilidade e o número de viagens realizado em todo o planeta são a principal causa pela qual uma pandemia pode ser desencadeada.

Pandemia, epidemia e endemia segundo a OMS

A definição de epidemia para a OMS corresponde à propagação de uma nova doença em um grande número de indivíduos, sem imunização adequada para tal, em uma região específica.

Por sua vez, a pandemia diz respeito a uma doença que se alastrou em escala mundial, em mais de dois continentes.

Segundo uma especialista em doenças infecciosas da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, Rosalind Eggo, “uma infecção endêmica está presente em uma área permanentemente, o tempo todo, durante anos”, como a varicela e a malária; epidemia “é o aumento nos casos, seguido por um pico e depois diminuição” e pandemia “é a epidemia que ocorre ao redor do mundo aproximadamente ao mesmo tempo”.

Depois de entender a definição de cada um dos termos, para poder definir uma condição como epidêmica ou endêmica, ou, depois, até mesmo pandêmica, deve-se estabelecer quais seriam os possíveis níveis habituais de ocorrência de uma doença ou condição de saúde na população de uma determinada área, naquele período de tempo, realizando um levantamento de número de casos novos, no caso a incidência, do agravo em um período de tempo não epidêmico, como, por exemplo, no Brasil, o aumento de casos de dengue no período chuvoso do ano é comum, mas em alguns locais ocorre aumento excessivo de casos, resultando, assim, em uma situação epidêmica e como foi o caso, em 2003, da epidemia do SARS, outro coronavírus vindo também da Ásia, que se propagou pelo mundo, mas não foi considerado pandêmico,

alegado, pela OMS, que o vírus havia sido contido rapidamente e que a maior parte dos casos ficou concentrada em alguns países.

Alguns fatores determinantes e condicionantes podem ser: diversas situações econômicas como a miséria, a falta de saneamento básico e água tratada; culturais, com hábitos alimentares de risco como ingestão de peixe cru ou ostras e alimentos exóticos; ecológicas como a poluição atmosférica e as condições climáticas; psicossociais, incluindo estresse e o uso de drogas; e biológicos com as mutações de um agente infeccioso, transmissibilidade do agente e indivíduos suscetíveis às infecções.

Esses determinantes podem variar de acordo com as características dos agentes etiológicos e estão intimamente relacionados à sua forma de transmissão. As doenças infecciosas podem ser transmitidas por contato direto (secreções respiratórias, fecal-oral, sexual) ou contato indireto (vetor, ambiente, objetos e alimentos contaminados).

A globalização e a pandemia

Nos dias atuais, a globalização constitui outro importante determinante, resultado de um intenso fluxo de pessoas e alimentos por todo o mundo. A rapidez de deslocamento das pessoas proporcionada pela facilidade de acesso ao transporte aéreo permite que agentes causadores de epidemias sejam transmitidos rapidamente para pessoas de várias regiões do planeta em um curto espaço de tempo, como, por exemplo, o Influenza H1N1, que causou, em 2009, uma pandemia em menos de seis meses, e, atualmente, o COVID-19, em menos de três meses.

Enfrentamento

Para o enfrentamento de situações endêmicas e epidêmicas é necessário um planejamento a nível local, quando pandêmica visa-se a nível global, destacando-se

vigilância do território, organização assistencial, articulação intersetorial e o trabalho em conjunto com a equipe de controle de zoonoses (para doenças de transmissão vetorial) e o primeiro passo é a adequação dos protocolos à realidade local.

A pandemia do novo coronavírus

Em relação ao novo Coronavírus e à mudança de classificação pela OMS, no dia 11 de março de 2020, não se deve à gravidade da doença, e sim à disseminação geográfica rápida que o vírus tem apresentado. “A OMS tem tratado da disseminação em uma escala de tempo muito curta”, afirmou Tedros Adhanom, diretor geral da Organização Mundial da Saúde, quando declarou a mudança de estado da contaminação à pandemia.

Desde 31 de dezembro de 2019, quando a China informou à OMS sobre o vírus desconhecido que estava se espalhando pelo país, a transmissão já se alastrou por mais de 160 países, com mais de 200mil casos e 9mil mortes.

Em meio a essa atual pandemia, pode-se fazer uma comparação com os primeiros casos de AIDS, que foram descritos em junho de 1981 e foram necessários mais de dois anos para identificar o vírus causador e, desde os primeiros casos do coronavírus que foram relatados na China em 31 de dezembro de 2019, no dia 7 de janeiro o vírus já havia sido identificado e seu genoma já estava disponível no dia 10 do mesmo mês.

A partir do dia 13 de janeiro já se disponibilizou, para todo o mundo, o teste de RT-PCR, usado para detectar o vírus. Com as fortes medidas de controle e isolamento adotadas pelo governo da China, a situação no país começa a melhorar, já é de conhecimento mundial da cura, onde existem aproximadamente 13 vezes mais casos de pacientes curados do que letais, o vírus é facilmente inativado com a higiene adequada, a existência de mais de 150 artigos científicos sobre o COVID-19, protótipos de vacinas e mais de 80 ensaios clínicos com antivirais em andamento

mostra como o mundo está se organizando e nunca esteve tão preparado para poder combater a infecção.

2- ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

Saúde faz recomendações aos Agentes de Combate a Endemias para o enfrentamento do novo coronavírus

A Secretaria de Estado da Saúde (SES), por meio da Superintendência de Vigilância em Saúde, divulgou nesta quarta-feira, 15, reflexões e recomendações aos gestores e trabalhadores para que possam minimizar os riscos à saúde dos Agentes de Combates a Endemias (ACE) e assim, reduzir a disseminação do novo coronavírus (Covid-19).

As orientações são baseadas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria nº 1823/2012), a qual estabelece diretrizes para atenção integral à saúde dos trabalhadores e sua rede de atenção por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que segundo a superintendente de Vigilância em Saúde da SES, Perciliana Bezerra, leva em consideração que “a situação de pandemia do Covid -19 e suas repercussões no trabalho e saúde da população merecem atenção, em especial, aos trabalhadores da saúde pública”, destacou.

A nota recomenda a paramentação dos Agentes de Combate a Endemias, conforme protocolos nacionais e internacionais, seguindo as orientações pelo nível médio de risco de contaminação e alguns ações como: como lavar bem as mãos (dedos, unhas,

punho, palma e dorso) com água e sabão, e, de preferência, utilizar toalhas de papel para secá-las, seguido do uso de álcool gel a 70%; uso de máscara cirúrgica para etiqueta respiratória, quando não for possível o distanciamento de dois metros e uso de luvas de látex (procedimento) para manuseio nos domicílios e animais, dentre outras.

3- VISITA DOMICILIAR

O modo de preenchimento da Ficha de Visita Domiciliar, descrito a seguir, utilizou a referência do Manual do Sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), disponibilizado pelo DAB/MS em 2014 (versão 1.3).

A Ficha de Visita Domiciliar tem como objetivo principal registrar a atividade de visita domiciliar ao usuário/cidadão que se encontra adscrito no território de atenção da equipe da unidade básica de saúde. As informações desta ficha foram selecionadas segundo a sua relevância e por comporem indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde.

O conceito de visita domiciliar foi redefinido considerando apenas a competência do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE), **sendo os únicos profissionais que utilizam esta ficha.** Para todos os outros profissionais de saúde, nível médio e nível superior, a visita domiciliar é definida como atendimento no domicílio.

Quando o usuário/cidadão está ausente ou recusa a visita, o profissional apontará no defecho uma dessas opções.

Bloco de cabeçalho

Presente em todas as fichas de coleta, é importante na organização do trabalho no âmbito local. Esse bloco será preenchido pelo digitador.

e-SUS Atenção Básica	FICHA DE VISITA DOMICILIAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Cada item deve ser preenchido de acordo com o que segue:

Quadro 53 – Identificação e controle da digitação

CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
DIGITADO POR	Nome do profissional que digitou a ficha.
DATA	Dia em que a digitação foi realizada no sistema.
CONFERIDO POR	Nome do profissional que fez a supervisão do preenchimento da ficha.
FOLHA Nº	Esse campo pode ser utilizado na organização do processo de trabalho do profissional que realizou o cadastro.

Fonte: DAB/MS, 2014.

Identificação do estabelecimento de saúde e do profissional.

Deve ser realizada a correta identificação do estabelecimento de saúde e do profissional que realizou o atendimento.

Cada item deve ser preenchido de acordo com o que segue:

Quadro 54 – Identificação do estabelecimento de saúde e do profissional

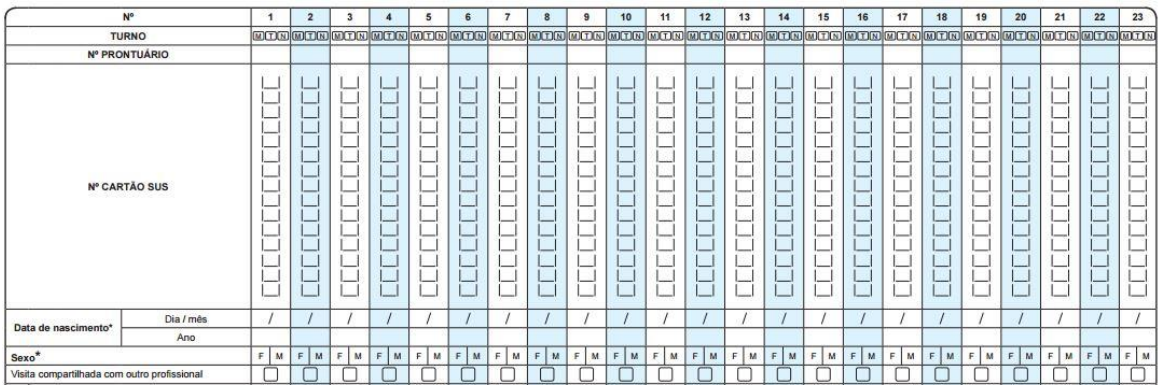
CAMPO	ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO
Nº DO CARTAO SUS DO PROFISSIONAL*	Preencha o número do cartão nacional do SUS do profissional que realizou a visita domiciliar.
COD. CNES UNIDADE*	Preencha o código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde.
CÓD. INE EQUIPE*	Preencha o código do Identificador Nacional de Equipes (INE) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Este campo não é obrigatório para as equipes que não tem INE, a exemplo das equipes tradicionais de AB.
CBO*	Refere-se ao Código de Ocupação do Profissional (CBO) que fez a visita. Obs.: o CBO acompanha o número do CNS do profissional de saúde e, quando preenchido, é obrigatório acompanhar o código da CBO.
DATA*	Anote a data em que foi realizada a visita. Este campo é de preenchimento obrigatório.

Fonte: DAB/MS, 2014.

Bloco de identificação do usuário/cidadão

Esse bloco visa a identificação do usuário/cidadão que foi visitado. Em **cada coluna** deve ser registrada as informações do atendimento de **um único paciente** e possibilita o registro de até treze pacientes.

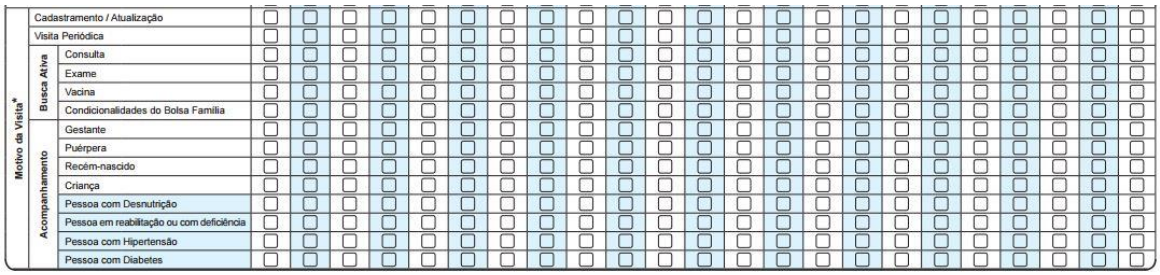
O registro das visitas do ACS não será mais contabilizado por famílias visitadas, mas por indivíduos. Esta nova forma de registro permite a individualização dos dados e maior detalhamento do alcance das ações deste profissional.



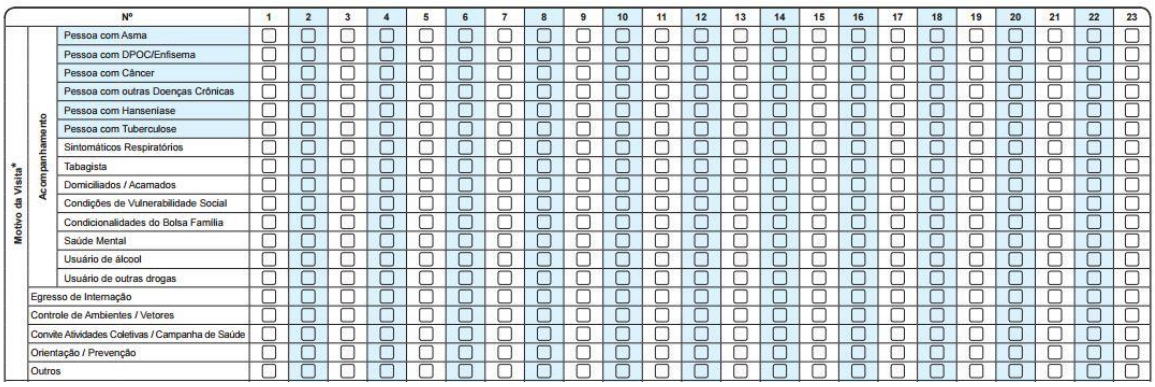
Bloco motivo da visita

Organizado para facilitar o registro pelo ACS, permite marcar mais de uma opção, **sendo obrigatório identificar ao menos uma opção.**

Foi incluído o campo *Sintomático Respiratório,* no bloco de Acompanhamento, para a busca ativa e identificação precoce de casos de tuberculose. Foi criada a opção *Tabagista,* no bloco de Acompanhamento, contemplando uma demanda de muitos municípios que possuem programa de controle do tabagismo.



Motivo da Visita*		
	Cadastramento / Atualização	
	Visita Periódica	
Busca Ativa	Consulta	
	Exame	
	Vacina	
	Condicionalidades do Bolsa Família	
Acompanhamento	Gestante	
	Puérpera	
	Recém-nascido	
	Criança	
	Pessoa com Desnutrição	
	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	
	Pessoa com Hipertensão	
	Pessoa com Diabetes	



Motivo da Visita*		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Acompanhamento		Pessoa com Asma																							
		Pessoa com DPOC/Enfisema																							
		Pessoa com Câncer																							
		Pessoa com outras Doenças Crônicas																							
		Pessoa com Hanseníase																							
		Pessoa com Tuberculose																							
		Sintomáticos Respiratórios																							
		Tabagista																							
		Domiciliados / Acamados																							
		Condições de Vulnerabilidade Social																							
		Condicionalidades do Bolsa Família																							
		Saúde Mental																							
		Usuário de álcool																							
		Usuário de outras drogas																							
	Egresso de Internação																								
	Controle de Ambientes / Vetores																								
	Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde																								
	Orientação / Prevenção																								
	Outros																								

Cada item deve ser preenchido de acordo com o que segue:

Quadro 56 – Motivo de visita

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CADASTRAMENTO/ATUALIZAÇÃO	Foi realizado o cadastro ou a atualização do cadastro da atenção básica do usuário em questão, ou de um dos responsáveis familiares, no caso de cadastro domiciliar.
VISITA PERIÓDICA	Nesse momento, esse campo foi destinado ao registro da abordagem familiar, considerando as visitas do ACS às famílias compostas por membros que **não fazem parte** de nenhum dos tipos de acompanhamento e outros motivos de visita descritos na ficha, mas que também são visitadas na rotina do agente. Nesse caso específico, o agente poderá identificar a abordagem familiar da seguinte forma: • **NÚMERO DO CARTÃO SUS E DATA DE NASCIMENTO:** registrar somente o número do Cartão SUS e data de nascimento do responsável pelo núcleo familiar; • **MOTIVO DA CONSULTA:** marcar o campo "Visita periódica"; • **DESFECHO:** visita realizada. **ATENÇÃO:** nesse momento, o preenchimento da ficha como abordagem familiar só será aceito no sistema como visita periódica.

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 57 – Busca ativa – Motivo da visita

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
CONSULTA	Busca de usuários que faltaram à consulta de cuidado continuado ou programado, ou quando for utilizada para entrega de marcação de consulta.
EXAME	Entrega ou marcação de exames para o usuário.
VACINA	Busca de usuários com situação vacinal atrasada.
CONDICIONALIDADES DO BOLSA-FAMÍLIA	Busca de usuários que fazem parte do Programa Bolsa-Família e precisam estar em dia com a avaliação das condicionalidades do programa.

Fonte: DAB/MS, 2014.

Quadro 58 – Acompanhamento – motivo da visita

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
GESTANTE	Acompanhamento de usuária gestante.
PUÉRPERA	Acompanhamento de usuária puérpera.
RECÉM-NASCIDO	Acompanhamento de recém-nascido.
CRIANÇA	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.
PESSOA COM DESNUTRIÇÃO	Acompanhamento de usuário com diagnóstico de desnutrição.
PESSOA EM REABILITAÇÃO OU COM DEFICIÊNCIA	Acompanhamento de usuário em reabilitação ou com alguma deficiência que necessite de acompanhamento.
PESSOA COM HIPERTENSÃO	Acompanhamento de usuário com hipertensão.
PESSOA COM DIABETES	Acompanhamento de usuário com diabetes.
PESSOA COM ASMA	Acompanhamento de usuário com asma.
PESSOA COM DPOC/ENFISEMA	Acompanhamento de usuário com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou enfisema pulmonar.
PESSOA COM CÂNCER	Acompanhamento de usuário com câncer.
PESSOA COM OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS	Acompanhamento de usuários com outras doenças crônicas.
PESSOA COM HANSENÍASE	Acompanhamento de usuário com hanseníase.
PESSOA COM TUBERCULOSE	Acompanhamento de usuário com tuberculose.
SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS	Acompanhamento de usuários que apresentam suspeita de Tuberculose, com tosse persistente por mais de duas a três semanas.
TABAGISTA	Acompanhamento de usuários tabagistas.
DOMICILIADOS/ACAMADOS	Acompanhamento de usuários domiciliados ou acamados.
CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE SOCIAL	Acompanhamento de usuário em condições de vulnerabilidade social.
CONDICIONALIDADES DO BOLSA-FAMÍLIA	Acompanhamento de usuário em relação às condicionalidades do Programa Bolsa-Família.
SAÚDE MENTAL	Acompanhamento de usuário com problema de saúde mental, exceto usuário de álcool ou outras drogas.
USUÁRIO DE ÁLCOOL	Acompanhamento de usuário que faz uso prejudicial de álcool.
USUÁRIO DE OUTRAS DROGAS	Acompanhamento de usuário que faz uso prejudicial de outras drogas (inclusive uso abusivo de medicamentos).

Fonte: DAB/MS, 2014.

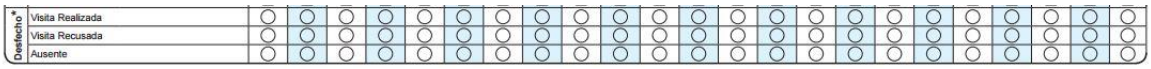
Quadro 59 – Motivo da visita

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
EGRESSO DE INTERNAÇÃO	Acompanhamento de usuários egressos de internação.
CONTROLE DE AMBIENTES/VETORES	Realização de inspeção de ambientes para identificação de infestação por vetores.
CONVITE PARA ATIVIDADES COLETIVAS/CAMPANHA DE SAÚDE	Convite a alguma atividade realizada pela equipe no território ou sob a sua supervisão.
ORIENTAÇÃO/PREVENÇÃO	Realização de orientações relacionadas aos problemas de saúde/situações apresentadas pelo indivíduo ou para prevenção de agravos.
OUTROS	Outras ações que não constam nas descrições acima.

Fonte: DAB/MS, 2014.

Bloco de defecho

Utilizado para identificar o desfecho da visita domiciliar. Campo com preenchimento obrigatório.



Cada item deve ser preenchido de acordo com o que segue:

Quadro 60 – Desfecho da visita domiciliar

CAMPO	ORIENTAÇÃO SOBRE O BLOCO/PREENCHIMENTO
VISITA REALIZADA	Visita realizada com sucesso ao domicílio e em particular a usuário procurado.
VISITA RECUSADA	Visita recusada pelo usuário, impossibilitando realizar a ação pretendida.
AUSENTE	Usuário procurado estava ausente ou não foi possível contatá-lo.

Fonte: DAB/MS, 2014.

Recomendações aos Agentes de Combate a Endemias (ACE) para adequação das ações de vigilância e controle de zoonoses frente à atual situação epidemiológica referente ao Coronavírus (COVID-19)

Tendo em vista o Plano de Ação para medidas não farmacológicas instituído pelo Ministério Saúde em 13 de março de 2020, que tem por objetivo reduzir o risco de transmissão do Coronavírus (COVID-19), o Ministério da Saúde recomenda atenção às medidas a serem observadas para as atividades de controle de zoonoses, incluindo as visitas domiciliares, durante o período de vigência da urgência do COVID-19.

I. O Agente de Combate a Endemias (ACE) que apresentar qualquer sintoma respiratório (tosse, coriza, dor de garganta, falta de ar etc.) OU febre, deve permanecer em isolamento seguindo as orientações do Ministério da Saúde;

II. Quando o ACE identificar nos domicílios visitados a presença de moradores com qualquer sintoma respiratório (tosse, coriza, dor de garganta, falta de ar etc.) OU febre, deve imediatamente informar ao responsável pelo COVID-19 no seu município;

III. Não realizar a visita domiciliar caso o responsável pelo imóvel, no momento da atividade, tenha idade superior a 60 anos.

IV. Para realização de visita domiciliar deverá considerar: • Não realizar atividades no intra domicílio. A visita do ACE estará limitada apenas na área peri domiciliar (frente, lados e fundo do quintal ou terreno); • Deve ser priorizada a realização do bloqueio da transmissão em áreas com intensa circulação de vírus (dengue, chikungunya e/ou Zika). Estas medidas devem ser adotadas após análise de indicadores epidemiológicos nos últimos 15 dias.

O bloqueio de transmissão inicia-se com remoção prévia dos focos larvários, com a intensificação das visitas domiciliares e mutirões de limpeza com a colaboração da população. É necessário avaliar a indicação, de forma complementar, na aplicação de inseticida por meio da nebulização espacial a frio – tratamento a UBV –, utilizando equipamentos portáteis ou pesados. • Estimular o autocuidado da população sobre as ações de remoção mecânica dos criadouros do mosquito Aedes aegypti e outras medidas de prevenção e controle de doenças. A recomendação desta orientação deverá ser realizada a distância mínima de 2 (dois) metros ou por interfone;

• Em todas as situações em que houver a necessidade de tratamento do criadouro, o agente deverá utilizar luvas de látex. Ao deixar o local, orienta-se o descarte das luvas em local apropriado e a higienização das mãos com água e sabão por pelo menos 20

segundos. Se não houver água e sabão disponíveis, os agentes devem usar um desinfetante para as mãos à base de álcool 70%. Não reutilizar as luvas em hipótese alguma; • Adicionalmente exige-se o distanciamento mínimo de dois metros entre os agentes e as pessoas presentes no momento da visita. • Deve-se manter as atividades de controle vetorial nos pontos estratégicos (PE) e imóveis especiais, conforme preconizado. • Fica recomendado que cada agente utilize utensílios próprios, evitando compartilhar copos, talheres, toalhas, etc. V. Para as atividades de vacinação contra raiva em cães de gatos, recomenda-se: • Avaliar a possibilidade de realizar a campanha de vacinação para após o período de vigência da emergência do Coronavírus (COVID-19); • Onde as campanhas forem imprescindíveis, recomenda-se evitar grandes aglomerações da população, de preferência utilizar a estratégia de vacinação casa a casa; • O vacinador deve evitar contato físico com o tutor do animal; • Ao deixar o local, orienta-se o descarte das luvas em local apropriado e a higienização das mãos com água e sabão por pelo menos 20 segundos. Se não houver água e sabão disponíveis, os agentes devem usar um desinfetante para as mãos à base de álcool 70%.

Atividades realizadas ou apoiadas por ACE e que possam ser adiadas devem ser interrompidas durante o período de vigência da emergência do COVID-19. Importante destacar que alguns pontos de apoio dos ACE estão localizados dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), desta forma orienta-se que os ACE evitem área interna das UBS ou, quando possível, este ponto de apoio seja alterado para outra localização. Ressaltamos que a realidade em situações de epidemia é bastante dinâmica e os processos de trabalho necessitam de constante reavaliação e planejamento em conformidade com os fluxos, protocolos e notas técnicas vigentes, atualizados frequentemente.

4- O QUE FAZ UM AGENTE DE ENDEMIAS

O que faz um agente de endemias é uma pergunta bastante comum. Esse é um profissional que combate doenças consideradas epidemiológicas.

Em 2006, o **profissional de agente de endemias** teve o seu trabalho regulamentado e dessa forma conquistou alguns direitos e melhor especificação de suas funções.

Por ser um cargo relativamente novo, muitas pessoas se perguntam **o que faz um agente de endemias**. De uma forma resumida, ele tem como objetivo prevenir e esclarecer a população sobre doenças consideradas endêmicas.

Ele trabalha em parceria com as equipes de saúde básica, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental para combater e evitar a propagação de doenças.

O que é preciso para ser um agente de endemias?

Para se tornar um agente de endemias é preciso ter o **ensino médio completo** e ser aprovado em processo seletivo ou concurso público.

Quem são as pessoas que seguem essa carreira?

As pessoas que seguem essa profissão precisam ter um **bom relacionamento pessoal** porque no cotidiano lidarão com a população e, muitas vezes, precisarão entrar em residências.

Devem também ser pessoas prestativas para esclarecer as dúvidas que surjam no dia a dia e gostarem de estudar para se manterem sempre atualizados.

O que o agente de endemias estuda no curso de formação?

O **agente de endemias - ACE** deve realizar um curso de formação inicial e continuado e, apesar dessa necessidade, ainda não existe um conteúdo específico a ser aplicado.

Entretanto, é comum vermos alguns assuntos sendo ministrados, como:

- Conhecimentos sobre o SUS;
- Orientação e o apoio a Clínica da Família;
- Trabalho de campo: Vistoria de residências, Vistoria em depósitos e terrenos baldio, Orientação e prevenção, Aplicação de larvicidas;
- Controle de doenças, dengue, febre amarela, zika vírus, chikungunya, chagas, leishmaniose, malária, etc...;
- Utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural;
- Desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade entre outros assuntos.

O que faz um agente de endemias como profissional?

A maior parte do **trabalho é realizado nas ruas** e para que possa ser identificado o profissional deve estar uniformizado e portando crachá de identificação. Dessa forma poderá realizar as seguintes atividades:

Vistoria em residências, terrenos e estabelecimentos comerciais

Esse profissional realiza trabalhos externos indo até os locais para verificar se não existem problemas que possam trazer doenças a população.

Uma das atividades bastante conhecidas é **verificar se não existe água parada** e dessa forma impedir que o mosquito transmissor de doenças, como a dengue, se prolifere.

Aplicação de larvicidas e inseticidas

Após vistoriar os locais, quando há necessidade o agente de endemias pode realizar a **aplicação de inseticidas e larvicidas** para acabar com focos de possíveis transmissores de doenças.

Antes da aplicação, os moradores da residência e estabelecimento comercial recebem orientações de como é feita a aplicação e como devem proceder após ela.

Orientação sobre doenças infecciosas

Um dos papéis do agente de endemias é orientar a população sobre doenças infecciosas e como combatê-las. Boa parte do seu trabalho consiste em informar e esclarecer dúvidas por meio de conversas e palestras à comunidade.

Acompanhamento de doenças de uma região

Dados estatísticos devem ser acompanhados para que ações mais efetivas e direcionadas sejam realizadas nas áreas que apresentam mais problemas e um maior caso de doenças.

Nesse caso é essencial a parceria com as Unidades Básicas de Saúde para ter acesso às informações.

Coleta de vetores

Coletar **amostras de vetores** e levar para análise também é parte da rotina de trabalho. Para isso é feita a coleta do material em locais visitados e catalogados para que sejam estudados.

O mercado de trabalho

A contratação dos agentes de endemias hoje é **responsabilidade das prefeituras** e são elas que selecionam e contratam os profissionais.

Por conta disso, os critérios para ocupar os cargos, assim como a forma de atuação, podem ser diferentes de uma cidade para oura, entretanto, o objetivo da profissão permanece o mesmo.

Onde é possível atuar?

Na maior parte do tempo esse profissional **atua com o trabalho externo**, fazendo vistas aos locais que possam ser focos de doenças e orientando a população em relação às formas de prevenção.

Quanto ganha um agente de endemias?

O valor do salário pode variar de acordo com a cidade de atuação, mas a **média salarial é de R$ 1.500,00.**

Existe o dia do agente de endemias?

O dia do agente de endemias é **comemorado em 4 de outubro.**

Agora já é possível ter um conhecimento maior sobre o que faz um agente de endemias. Se quer seguir a profissão, fique atendo aos comunicados da prefeitura de sua cidade.

5- CONHECIMENTOS SOBRE O SUS

Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona

O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)?

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

AVANÇO: Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. No período anterior a CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.

Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas co-responsabilidades.

Ministério da Saúde

Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da

saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Princípios Organizativos

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos.

Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Responsabilidades dos entes que compõem o SUS

União

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde

pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elabirar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Estados e Distrito Federal

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

Municípios

São responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

Carta dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)

A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” traz informações para que você conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado.

- Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
- Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.

- Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu trata- mento aconteça da forma adequada.
- Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Glossário do Sistema Único de Saúde (SUS)

Assistência farmacêutica – é o processo de planejamento, aquisição, distribuição, controle da qualidade e uso de medicamentos voltados para proteção e recuperação da saúde.

Atenção à saúde – é tudo que envolve o cuidado com a saúde do cidadão, incluindo atenção básica e especializa, ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Ciência e tecnologia – ações de pesquisa, desenvolvimento, difusão e aplicação de conhecimentos nas áreas de saúde, educação, gestão, informação, além de outras ligadas à inovação e difusão tecnológica.

Educação em saúde – processo para aumentar a capacidade das pessoas no cuidado da saúde e no debate com os profissionais e gestores, a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.

Gestão do trabalho – é a organização das relações de trabalho baseada na participação do trabalhador de saúde como sujeito e agente transformador do seu ambiente.

Gestão participativa – atuação efetiva de cidadãos, conselheiros, gestores, profissionais e entidades civis na formulação de políticas, na avaliação e na fiscalização de ações de saúde.

Promoção da saúde – conjuntos de ações sanitárias integradas, inclusive com outros setores do governo e da sociedade, que busca o desenvolvimento de padrões

saudáveis de: qualidade de vida, condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, atividade física, lazer entre outros.

Regulação – é o poder exercido pelo Estado para fiscalizar e estabelecer padrões, normas e resoluções para serviços, produtos, estabelecimentos e atividades públicas ou privadas em prol do interesse coletivo.

Sangue e hemoderivados – sangue é o líquido que circula no corpo humano e que quando doado será utilizado em transfusões ou transformado em outros produtos, os hemoderivados, como plasma e albumina.

Saúde suplementar – é o sistema privado de assistência à saúde das operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços aos beneficiários, sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Vigilância em Saúde – Conjunto de atividades que proporcionam conhecimento, detecção, análise e monitoramento de doenças decorrentes, inclusive, de fatores ambientais, com a finalidade de controlar e prevenir problemas na saúde humana.

Vigilância Sanitária – Ações de controle, pesquisa, registro e fiscalização de medicamentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal, perfumes, saneantes, equipamentos, insumos, serviços e fatores de risco à saúde e ao meio ambiente.

6- ORIENTAÇÃO E O APOIO A CLÍNICA DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realizade local e das necessidades de sua população. O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local.

Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade.

A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população.

No Município de São Paulo, a Saúde da Família vem se consolidando como estratégia de reorganização das Unidades Básicas de Saúde, em consonância com as Diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (Portaria nº 648-MS/GM de 28/03/2006 e Portaria nº 2.488-MS/GM de 21/10/2011).

A implantação da ESF no Município de São Paulo teve como marco o projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), iniciado em 1996, por meio da parceria entre Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e duas Organizações Sociais de Saúde.

Em 2001, com a municipalização do Sistema de Saúde, as equipes do QUALIS passaram para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) através de convênios firmados com Instituições da Sociedade Civil.

No início de 2005, o Município contava com 722 equipes de ESF implantadas em 197 unidades, e cobertura de 27%. Em setembro/2012, já estavam implantadas 1277 equipes de ESF, distribuídas em 270 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cobertura de 45,06%, correspondendo a uma expansão de 76,8% das equipes.

No processo de implantação da ESF, as equipes são alocadas por Coordenadorias de Regionais de Saúde (CRS), preferencialmente nas regiões mais periféricas e ou de alta vulnerabilidade, segundo avaliação das necessidades de saúde.

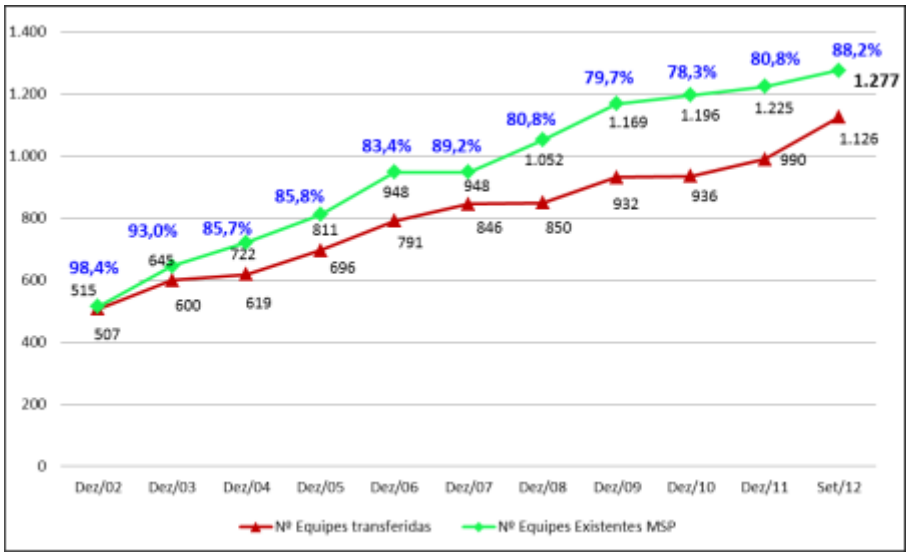
Cada equipe de ESF é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 5 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Nesta composição, também estão previstas equipes de saúde bucal com cirurgião dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal.

A ESF tem na figura do Agente Comunitário de Saúde um agente catalisador e de capilarização das ações da unidade no território, principalmente na promoção e prevenção, com um papel importante na educação em saúde.

O trabalho das equipes ESF tem base territorial. Assim, para conhecimento da área de abrangência onde atuam, devem realizar o mapeamento dos recursos existentes e a avaliação de dados demográficos e epidemiológicos locais. Este conhecimento subsidia a construção de um diagnóstico local e um plano de intervenção que prevê prioridades, responsabilidades e prazos, capaz de detectar e atuar sobre fatores determinantes dos agravos à saúde mais prevalentes. Dentro das propostas de trabalho no território, destacam-se as ações Inter setoriais que potencializam as iniciativas da equipe.

Entretanto, o desafio em fortalecer a ESF, na Cidade, data do início da sua implantação e exige esforços conjuntos dos Gestores, dos Parceiros, das Instituições Acadêmicas e da Sociedade Civil. Ao longo do processo de implantação, evidenciaram-se avanços e dificuldades que compreenderam desde a contratação e fixação de profissionais médicos em locais de difícil acesso e bolsões de violência, até o acompanhamento das ações realizadas pelas equipes.

O cenário descrito no Gráfico 1 ilustra o número de equipes de ESF existentes no Município de São Paulo a partir de 2002 e o número de equipes transferidas reconhecidas pelo MS para fins de repasse de recursos. Apesar da expansão continuada, mostra que a existência de equipes sem médico, consideradas incompletas, é fato concreto desde os primeiros anos de implantação da ESF e pode revelar dificuldade de captação deste profissional.



Fonte: Elaboração ATB/SMS e DAB/MS

A Secretaria Municipal da Saúde, adotando o modelo de parcerias com instituições de reconhecida atuação na área da saúde, desenvolveu uma capacidade de ação que potencializou o crescimento da rede de unidades e equipes com ESF e a melhoria do acesso.

Estas equipes, ao estabelecer vínculos e relações de co-responsabilidade com a população assistida, buscam alcançar uma atenção efetiva e de alta qualidade, capaz de prevenir os agravos à saúde mais prevalentes na região e aproximando a assistência da real condição de vida dos usuários.

No Município de São Paulo, em consonância com as Diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (Portaria nº 648-MS/GM de 28/03/2006), cada equipe de ESF é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Nesta composição, também estão previstas equipes de saúde bucal com dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal.

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de São Paulo tem como marco o projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), iniciado em 1996, por meio da parceria entre Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e duas Organizações Sociais de Saúde.

Com a municipalização do Sistema de Saúde, em 2001, as equipes do QUALIS passaram para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) através de convênios firmados com Instituições da Sociedade Civil.

No início de 2005, o Município contava com 722 equipes de ESF implantadas em 197 unidades, e cobertura de 27%. Em 2010, já contamos com 1196 equipes de ESF, distribuídas em 256 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cobertura de 43,3%, correspondendo a uma expansão de 65,37% das equipes e consolidando a Saúde da Família como estratégia de reorganização das Unidades Básicas de Saúde. A meta é implantar 1224 equipes até 2012, chegando a uma cobertura de 44,3%. As equipes estão distribuídas por Coordenadorias de Regionais de Saúde (CRS) e preferencialmente nas regiões mais periféricas e ou de alta vulnerabilidade.

- Mapa de distribuição das equipes de saúde da família e equipes NASF do Município de São Paulo - 2012 | 2010
- Relação de endereços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família
- Avaliação e Monitoramento
- Instrumento Normativo para Monitoramento Técnico, Administrativo e Financeiro dos Convênios da Estratégia Saúde da Família no Âmbito do Município de São Paulo
- Estratégia Saúde da Família Especial - atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade social
- Ação Integrada Centro Legal
- Ficha E para o cadastro das pessoas em situação de rua
- NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da família
- Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF
- PAVS - Programa ambientes verdes e saudáveis
- O Agente Comunitário de Saúde no combate à Dengue
- Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica - PMAQ no Município de São Paulo
- Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica - PROVAB

Avaliação e Monitoramento

Em 2008, a Coordenação da Atenção Básica (CAB) do Município de São Paulo, institui um **Sistema de Avaliação e Monitoramento** para a Estratégia Saúde da Família para

acompanhamento das ações das equipes ESF e dos Convênios celebrados com as Instituições Parceiras.

Foram selecionados 17 indicadores, simples e ágeis, na sua maioria extraídos de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), organizados em 6 eixos: Geral, Doenças de Notificação Compulsória, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Acompanhamento do Plano de Trabalho das Instituições Parceiras (Quadro I). Com base em parâmetros nacionais da Atenção Básica em Saúde, foram formuladas as metas para os indicadores.

Para organização do processo de monitoramento e análise foram constituídos os Conselhos de Acompanhamento dos Convênios da ESF **(CONAC)** envolvendo as três instâncias técnico-administrativas da Secretaria Municipal de Saúde (Supervisões Técnicas de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde e Coordenação de Atenção Básica), com cronograma de reuniões mensais, bimestrais e trimestrais com as Instituições Parceiras. A organização e as atribuições dos Conselhos de Acompanhamento estão previstas na Portaria 1554/2012 SMS-G.

Nas reuniões do CONAC cabem aos Interlocutores da Atenção Básica, analisar os relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), apontando as divergências ocorridas no trimestre, relacionadas às metas pactuadas pelo sistema de monitoramento proposto pelo Convênio e recomendar as adequações e/ou intervenções necessárias para cumprimento do Convênio e das metas pactuadas

Quadro I – Eixos e indicadores do Sistema de monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família

Eixos	Indicadores
Geral	Proporção de unidades com Comissão de Prontuários implantada
	Proporção de atividades de Educação Permanente realizadas
Doenças de Notificação Compulsória	Proporção de Sintomáticos Respiratórios investigados em relação ao esperado
	Proporção de visitas para controle do Aedes Aegypti nas famílias cadastradas
Saúde da Criança e do Adolescente	Proporção de crianças menores de um ano com calendário vacinal atualizado
	Proporção de gestantes menores de 20 anos cadastradas
Saúde da Mulher	Proporção de gestantes acompanhadas
Saúde do Adulto	Proporção de Hipertensos acompanhados
	Proporção de Diabéticos acompanhados
Acompanhamento do Plano de Trabalho	Proporção de equipes de ESF completas
	Proporção de pessoas cadastradas em relação ao previsto
	Proporção de consultas médicas realizadas em relação ao previsto
	Proporção de atendimento do enfermeiro realizado em relação ao previsto
	Proporção de visitas domiciliares do médico em relação ao previsto
	Proporção de visitas domiciliares do enfermeiro em relação ao previsto
	Proporção de visitas domiciliares do auxiliar de enfermagem em relação ao previsto
	Proporção de famílias visitadas pelo ACS em relação as famílias cadastradas

Na implantação deste sistema, foi desenvolvido um aplicativo de informática pela equipe técnica de gerência de informação assistencial da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), disponibilizado na Intranet da Secretaria para facilitar o acesso às informações. Com a introdução de novas tipologias de equipes pela Política Nacional, a Coordenação da Atenção Básica está implementando a adequação desta ferramenta para contemplar as novas necessidades de monitoramento.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ESPECIAL - para população em situação de rua e vulnerabilidade social

O Município de São Paulo (MSP), com as características inerentes de uma grande Metrópole possui um contingente significativo de pessoas em situação de rua e vulnerabilidade social.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS), com o objetivo de atender as necessidades mais especificas desta população, implantou a Estratégia Saúde da Família Especial, modelo de assistência direcionado à população em situação de rua e alta vulnerabilidade social. As equipes da ESF Especial atuam nas ruas, buscando formar vínculos e com a finalidade de prevenir, detectar e tratar os agravos mais frequentes, promovendo seu acesso ao sistema de saúde e sua reinserção social.

O primeiro Censo de moradores de rua na cidade de São Paulo foi realizado em fevereiro de 2.000 pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE, contratada pela Secretaria de Assistência Social da Prefeitura do Município de São Paulo. Na ocasião, foram recenseados 8.706 moradores de rua. Destes, 5.013 foram encontrados nos logradouros da cidade e 3.693 encontravam-se nos albergues.

No ano de 2003 a pesquisa FIPE/SAS recenseou 10.399 pessoas em situação de rua sendo 4213 nas ruas e 6186 albergados. A diferença encontrada sugere que a condição de morador de rua é flutuante, fator que exige um planejamento criterioso das ações para esta população.

O censo realizado pela FIPE em 2009 trouxe a informação que o MSP contava com 13.666 pessoas em situação de rua, sendo 6.587 pessoas consideradas moradores de rua e 7.079 pessoas consideradas acolhidos. Esta população estava concentrada na Região Central, principalmente nos Distritos Administrativos da Sé, República e

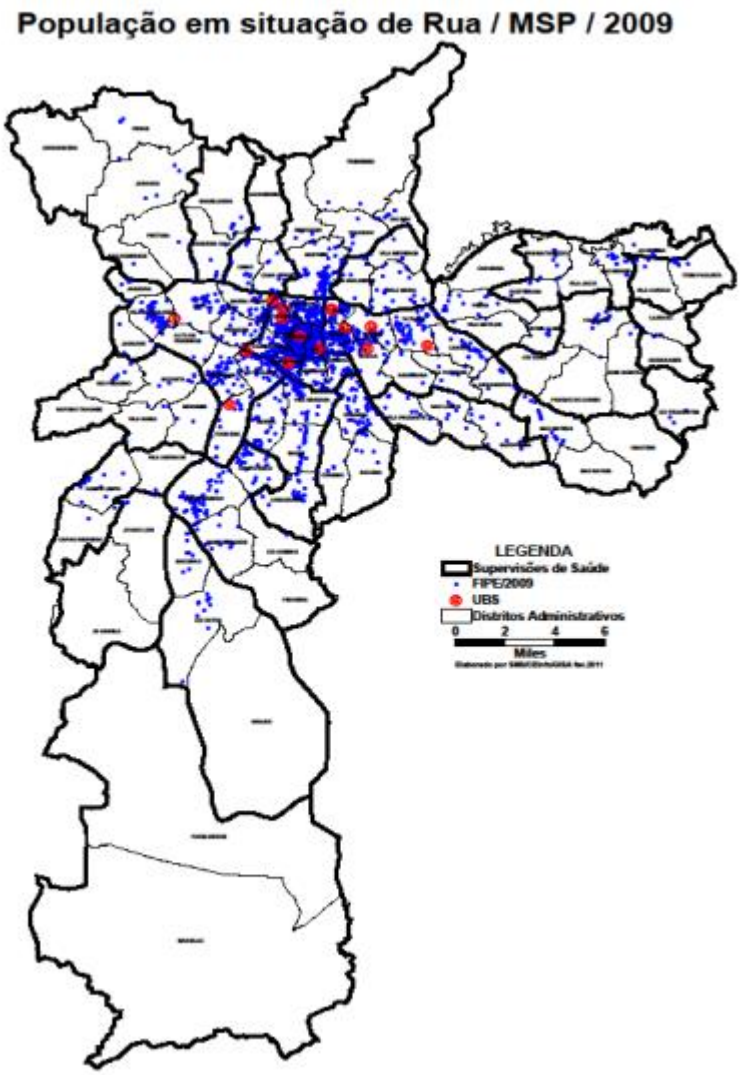
Santa Cecília e parte da Região Sudeste nos Distritos Administrativos do Brás, Mooca, Tatuapé e Belém.

• Histórico da implantação das ESF especiais

A implantação das equipes de saúde da família para atendimento ás pessoas em situação de rua iniciou-se em novembro de 2004 com o projeto “A Gente na Rua” nas Supervisões Técnicas Sé, Pinheiros e Mooca, em parceira com o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto. Para este projeto inicial foram contratadas 3 equipes do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).

Em maio de 2008 as equipes PACS foram completadas e o número de equipes foi ampliado, passando para 24 Equipes de Saúde da Família Especiais – População em situação de Rua e alta vulnerabilidade social, sendo 21 equipes distribuídas nos Distritos da Sé, República, Santa Cecília, Cambuci, Barra Funda, Bela vista, Vila Leopoldina e Itaim Bibi na Coordenadoria Centro Oeste e 3 equipes no Distrito Administrativo da Mooca, Brás, Pari, Tatuapé e Belém, na Coordenadoria Sudeste. Em janeiro de 2009 mais 3 equipes foram contratadas para a região Centro Oeste, totalizando 27 equipes.

O mapa abaixo mostra a distribuição das unidades com equipes de saúde da família especiais e a concentração da população em situação de rua na cidade de São Paulo.



As equipes da ESF especial foram capacitadas em temas específicos como: formas de abordagem a usuários de álcool e drogas, estratégias de captação e adesão para o tratamento de hipertensos, diabéticos e busca ativa de gestantes e sintomáticos respiratórios, num processo de Educação Permanente, para qualificar a assistência a estes usuários.

As equipes ESF especiais são compostas de 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde de Rua. Considerando as necessidades peculiares desta população, foram contratadas assistentes sociais , psicólogas e terapeutas ocupacionais para dar suporte ás equipes e na perspectiva de desenvolvimento de um trabalho em parceria com outros setores e secretarias. Há

também o apoio dos NASF, na perspectiva de ampliar possibilidades de intervenção das equipes e qualificar o atendimento.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram especialmente adequadas e projetadas para o atendimento desses usuários, com infraestrutura que prevê situações específicas como a necessidade de local para banho e troca de roupa, além da acessibilidade da estrutura física. Foi organizada uma rede de atenção com referências de equipamentos de saúde e sociais da região, ressaltando a retaguarda e o trabalho articulado para os casos de urgência realizada pelas AMA (Assistência Médica Ambulatorial), através de consultas e exames. Também foram articulados encaminhamentos para os 9 Hospitais Gerais e 8 Hospitais Conveniados: 4 de gestão municipal e 4 de gestão estadual e a contratação de 227 leitos em 6 Comunidades Terapêuticas e o Serviço de Atenção Integral ao Dependente (SAID), e a construção do Complexo Prates em parceria com SMADS contando com um AMA 24 HORAS, um CAPS AD, além da pactuação da retaguarda da rede de proteção da SMADS.

Neste processo de expansão, desde 2008 foram implementadas na região: 02 Amas, 03 UBS, 01 CAPS III AD e 01 CAPS infantil.

AÇÃO INTEGRADA CENTRO LEGAL

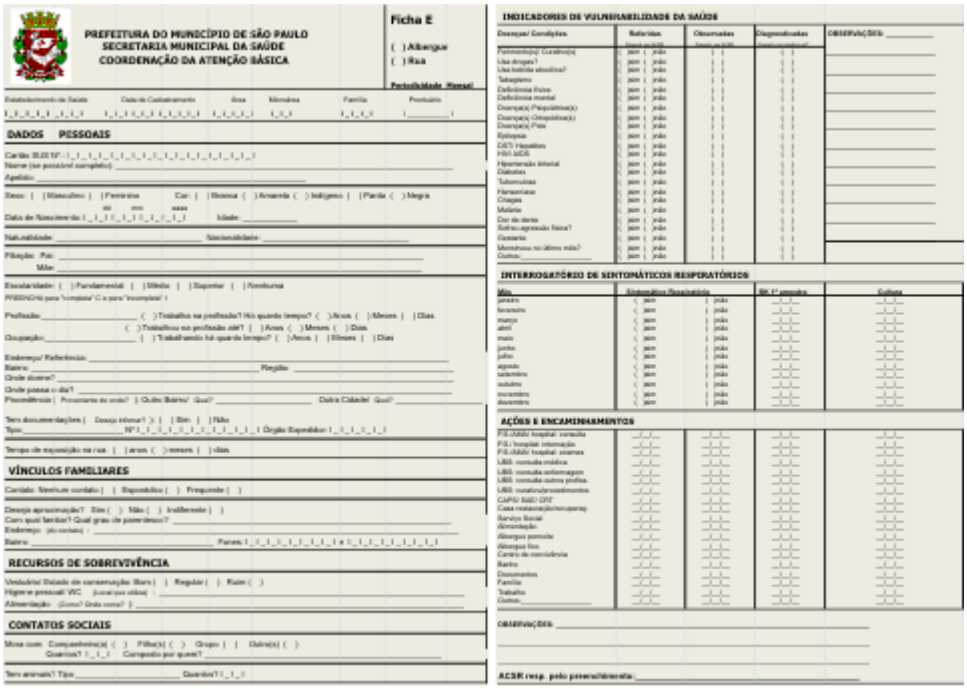
Para ampliar as ações na região de maior concentração de pessoas em situação de rua que fazem uso coletivo de álcool e drogas, conhecida de forma pejorativa como "Cracolândia", a SMS participou ativamente da AÇÃO INTEGRADA CENTRO LEGAL - política pública que congrega diversas secretarias municipais e setores do poder público: Saúde (SMS), Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), Trabalho, Habitação, Segurança Urbana, Ministério Público, Polícia Militar, Justiça, Participação e Parcerias, através do Conselho Municipal de Drogas e Álcool e da Coordenadoria de Atenção às Drogas, para atuação dentro das suas especificidades no entorno da região central da cidade. SMS realizou a contratação de mais 90 profissionais entre agentes comunitários de saúde de ação rua, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. o objetivo foi articular os diferentes dispositivos públicos, na busca de uma intervenção mais integral na grande população em situação de rua, que se concentra na região central da cidade, fazendo uso coletivo de substâncias psicoativas, gerando várias demandas sociais e de saúde de extrema complexidade, que não se limitam ao âmbito da saúde, da assistência social ou da justiça, porém demandam ações integradas com

responsabilidades compartilhadas. As equipes, por meio de abordagens cotidianas e constantes, realizam o cadastramento da população, orientações e encaminhamentos. Assim buscam vincular as pessoas em situação de rua aos serviços do SUS, para possibilitar oportunidades de recuperação física, psíquica e social e uma atenção Integral.

Ficha E para o cadastro das pessoas em situação de rua

Para adequar a captação das informações da população em situação de rua, a SMS desenvolveu um instrumento específico denominado “ficha E”, preenchida pelo ACS, que contempla informações específicas como:

- Dados de cadastro de acompanhamento do morador
- Recursos de sobrevivência;
- Vínculos Familiares;
- Existência de Contatos sociais;
- Indicadores de vulnerabilidade;
- Ações/ Encaminhamentos.


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ficha E

( ) Albergue
( ) Rua

DADOS PESSOAIS

VÍNCULOS FAMILIARES

RECURSOS DE SOBREVIVÊNCIA

CONTATOS SOCIAIS

INDICADORES DE VULNERABILIDADE DA SAÚDE

INTERROGATÓRIO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

AÇÕES E ENCAMINHAMENTOS

Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF

A implantação dos NASF, no Município de São Paulo (MSP), iniciou-se em julho de 2008, com proposta de 86 equipes. Consoante com as **Portaria 154/ 2008 e Portaria**

2488/ MS de 21 de Outubro de 2011, os NASF tem como objetivos ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações da Atenção Básica.

As equipes NASF foram distribuídas pelas CRS de acordo com o número de equipes ESF existentes, conforme o quadro abaixo:

CRS Norte	CRS Centro Oeste	CRS Sul	CRS Sudeste	CRS Leste	TOTAL MSP
13	8	30	15	20	**86**

Fonte: Atenção Básica - SMS; Maio 2011

São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem apoiar e atuar de maneira integrada com as equipes Saúde da Família.

Os profissionais do NASF, tendo a Equipe de Saúde da Família (ESF) como referência das famílias cadastradas, devem conhecer o território e integrar as atividades das Unidades Básicas de Saúde (UBS), participando do planejamento e organização dos serviços, além de promover a articulação com a comunidade, a Rede de Atenção à Saúde e os diversos equipamentos da região.

A equipe do NASF deve desenvolver ações compartilhadas com os profissionais das ESF, participando de reuniões, discussão de casos, orientações e atendimentos e buscando promover intervenções com vistas à inter e transdisciplinaridade, exercitando a troca de saberes.

Os NASF devem contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários e seu acompanhamento longitudinal pelas equipes.

As ações da equipe do NASF devem estar sustentadas em um tripé envolvendo o APOIO MATRICIAL, a CLÍNICA AMPLIADA e a elaboração de PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS).

O processo de implantação e contratação dos profissionais no Município de São Paulo foi desenvolvido em parceria com as Instituições conveniadas e em contrato de gestão com a Secretaria Municipal de Saúde. As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), de acordo com o perfil epidemiológico, rede de serviços instalados e estudo das principais demandas, elencaram as categorias profissionais para composição dos NASF, atendendo as necessidades de suas regiões.

Com a implantação dos NASF na rede de unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF) a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), promoveu um alinhamento de

diretrizes conceituais, técnicas e de processo de trabalho das equipes SF para incorporação das equipes NASF e organização da rede.

Em 2010, a SMS coordenou a elaboração coletiva do documento “Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF”, que envolveu técnicos, profissionais NASF e instituições parceiras. Neste processo, foi elaborada a “Ficha para registro diário de atividades e procedimentos” por categoria profissional, tendo como base quatro eixos principais: ações compartilhadas, atendimento específico, ações Inter setoriais e outras atividades. Em cada um dos eixos foi estimada uma meta de distribuição de carga horária contemplando o atendimento de caráter individual e coletivo, além de outros procedimentos específicos. Na previsão de carga horária procurou-se privilegiar ações compartilhadas das equipes SF/NASF. As informações das fichas de registro sobre as atividades dos profissionais e a distribuição de horas dedicadas a cada modalidade de ação subsidiam a avaliação do processo de trabalho.

Para a consolidação dos dados das fichas de registro diário de todos os profissionais foram desenvolvidos dois aplicativos denominados SIGMA PSF e SIGMA CONSOLIDADO. Esta ferramenta, além da consolidação dos dados mensais das equipes, geram relatórios técnicos que tem uma interface com o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Os arquivos das unidades de saúde encaminhados para SMS estão compondo um banco de dados que atualmente está em fase de análise quali/quantitativa.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO COMBATE À DENGUE

Frente a um cenário preocupante de aumento do número de casos de dengue no ano de 2007, alcançando um total de 2.608 casos autóctones, a Coordenação da Atenção Básica em um trabalho integrado com a Coordenação de Vigilância à Saúde implementou uma grande ação de combate à doença por meio da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF, considerando a sua inserção na comunidade.

Em novembro de 2007, foi realizado um grande encontro com a participação de 5.700 Agentes Comunitários de Saúde, no intuito de sensibilizar estes profissionais na detecção e controle de criadouros nas residências, sabendo que estes são o fator mais importante no desencadeamento da epidemia. Os ACS foram instruídos quanto

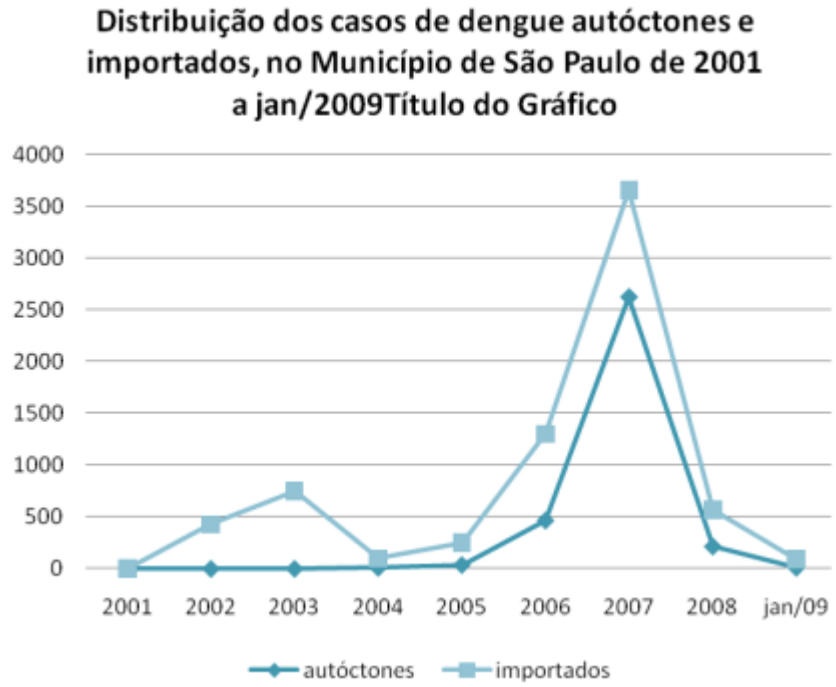
a identificar e eliminar mecanicamente prováveis fontes de criadouros do mosquito, orientando as famílias quanto aos riscos e prevenção da doença.

Para monitoramento desta ação foi inserido na ficha “D” diária do ACS espaço para anotação da realização de visita domiciliar de pesquisa e orientação de eliminação dos criadouros, com acompanhamento pelo enfermeiro da equipe.

Os domicílios onde se identificavam problemas foram acompanhados pelas equipes e notificados à Supervisão de Vigilância a Saúde da região, para coleta de amostras e confirmação.

No período de setembro a dezembro de 2008, os ACS realizaram 2.937.094 visitas domiciliares de acompanhamento às famílias, e especificamente com ações educativas de dengue foi realizado o total de 1.776.941 visitas, despendendo 60,5% das suas visitas voltadas a atividade para o controle do agravo.

Avalia-se que o desencadeamento desta ação, colaborou na diminuição do número de casos do Município observado no ano seguinte.



Fonte: Banco SINAN/ COVISA

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA - PMAQ NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1654 de 19/07/2011, tem como objetivo, induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica e dentro de suas diretrizes prevê o estímulo de um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica.

O Município de São Paulo, em respeito às diretrizes nacionais e para consolidar o processo de qualificação da atenção já iniciado pela Secretaria, realizou um amplo processo de divulgação e esclarecimento da proposta, resultando na adesão voluntária de 818 equipes da Estratégia Saúde da Família conforme o quadro abaixo. Destas, foram homologadas 806 equipes, através da Portaria MS/GM nº 2.812, de 29/11/2011.

CRS	Cobertura ESF no MSP	Nº equipes ESF	nº equipes PMAQ	Proporção de Adesão
Sudeste	30,5%	203	117	57,6%
Centro Oeste	25,0%	92	61	66,3%
Norte	35,4%	197	137	69,5%
Sul	73,2%	473	334	70,6%
Leste	41,8%	250	169	67,6%
Total	**42,9%**	**1.215**	**818**	**67,3%**

Todas as equipes do Município, e não apenas as homologadas, realizaram momentos avaliativos utilizando o instrumento de auto avaliação (AMAQ) do programa.

Dentro das fases previstas, nos meses de setembro a novembro/2012, as equipes homologadas receberam as visitas de avaliação externa do Ministério da Saúde para certificação quanto aos padrões estabelecidos no Programa. Todo o processo de auto avaliação e monitoramento de indicadores tem contribuído para a apropriação da realidade do território por parte das equipes; o diagnóstico das necessidades da população atendida; a identificação dos nós críticos de acesso e um incentivo para o aprimoramento na produção das informações assistenciais, culminando na melhoria da qualidade da atenção.

PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA - PROVAB

O **PROVAB**, regulamentado pela Portaria MS 2087 de 01/09/2011, tem como objetivo estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família.

No programa são contemplados:

- profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que já tenham concluído sua graduação na respectiva área e que sejam portadores de registro profissional junto ao respectivo conselho de classe; e
- Municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade.

O PROVAB conta com a supervisão presencial e à distância desenvolvida por tutores de instituição de ensino superior, hospitais de ensino ou outros serviços de saúde com experiência em ensino.

Os Municípios participantes do programa contratam, pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas com remuneração equivalente a praticada pela Estratégia de Saúde da Família.

Para os profissionais médicos que cumprirem 1 (um) ano de exercício contínuo de atividades no PROVAB e forem considerados aptos após o seu término, o Ministério da Saúde certificará sua participação e terão direito a pontuação adicional nos processos seletivos de residência médica, nos termos da Resolução nº 3, de 16/9/2011, da Comissão Nacional de Residência Médica. O Município de São Paulo realizou a adesão somente para profissionais médicos e atualmente conta com 14 profissionais nas unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família, segundo distribuição por Coordenadoria Regional de Saúde descrita abaixo:

CRS	**Leste**	**Norte**	**Sudeste**	**Sul**	**TOTAL**
nº profissionais	4	2	1	7	**14**

As Instituições que farão a supervisão dos médicos contratados no MSP serão a UNIFESP e Santa Marcelina.

7- O USO DO PRONTUÁRIO FAMILIAR COMO INDICADOR DE QUALIDADE DA ATENÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O Programa Saúde da Família (PSF) brasileiro tinha em seu cadastro, em 2006, 81.686.812 pessoas ou 44% da população do país, demonstrando uma resposta significativa à política do Ministério da Saúde de fortalecimento da atenção básica, e representando a estratégia principal para mudança de modelo, sempre integrado ao contexto de reorganização do sistema de saúde.

Ao adotar os princípios fundamentais da Atenção Básica no Brasil - integralidade, qualidade, eqüidade e participação social - as equipes de saúde da família apóiam-se também na adscrição de clientela para estabelecer vínculo com a população, possibilitando seu compromisso e co-responsabilidade com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando à maior resolubilidade da atenção.

A extensão do PSF tornou necessária a construção de indicadores para avaliar a coerência da abordagem efetivamente realizada e a adesão aos princípios que regem o programa, centrados na incorporação do contexto familiar no processo de tomada de decisão.

Um dos requisitos fundamentais do programa é o uso do prontuário familiar enquanto instrumento de trabalho, garantindo o registro das informações e permitindo, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde da família. É, portanto, elemento decisivo à melhor atenção prestada à família, reunindo as informações necessárias à continuidade dos cuidados à saúde de seus membros. Representa, ainda, um indicador de qualidade da atenção ofertada, assim como uma ferramenta para avaliar a necessidade de educação permanente, além de ser um elemento fundamental em casos de auditoria ou de conflitos legais e éticos.

Neste artigo, dá-se ênfase à verificação do uso do prontuário familiar sob a ótica da avaliação externa das equipes de saúde da família e dos gestores. Para tanto, apóia-se em estudo quantitativo, comparando os resultados obtidos mediante a aplicação do instrumento de acreditação com as informações decorrentes da análise de questionários respondidos pelas equipes de saúde da família e de entrevistas realizadas com a coordenação municipal do PSF, nos Estados do Maranhão, Tocantins, Pará e Amapá, no período de 2005 a 2006.

Sobre o tema

Os programas de pós-graduação e de capacitação para profissionais de saúde destacam a importância do familiograma (genograma) e do prontuário familiar como parte do aprendizado necessário para o cumprimento das ações de saúde estabelecidas para este nível de atenção [1]. Essa prioridade transparece da análise das ementas de curso aprovadas pela *Cumbre Ibero Americana de Medicina Familiar*, realizada em Sevilha, Espanha, em março de 2002.

A medicina familiar tem como princípio centrar-se na atenção da pessoa como um todo. Para tanto, é necessário contar com equipes de saúde que vejam a doença no contexto da família, e que conheçam as premissas da orientação familiar na atenção primaria, com o propósito de realizar intervenções neste âmbito de atuação. É fundamental que os profissionais de saúde da família detectem os indícios ou riscos que uma pessoa e sua família possam correr na esfera psicossocial, para prevenir doenças e alterações na funcionalidade familiar. O familiograma ou genograma é um dos instrumentos, entre outros, que as equipes de saúde devem utilizar para cumprir tal finalidade.

De forma específica, ao propiciar uma visão gráfica da família e de suas relações, os instrumentos de registro da atenção à família permitem desenvolver no profissional de saúde uma visão integrada dos pontos fortes e das fragilidades da unidade familiar em sua situação atual, bem como dos aspectos evolutivos ao longo do tempo que possam influenciar suas interações presentes. Neste processo de "desenvolvimento

de uma hipótese", os resultados revelados pelos instrumentos de atenção à família permitirão tanto sua formulação inicial como, uma vez construída, aportar elementos que possibilitarão revelar ou reforçar hipóteses, buscando a compreensão do entorno de modo a melhor contribuir para o desenvolvimento do núcleo familiar.

Nesse contexto, vários autores definem e explicitam a importância do genograma no contexto da atenção primária:

Athayde & Rodrigues [2] afirmam ser o genograma a representação gráfica das principais características de um grupo familiar ao longo do tempo.

"*O familiograma é um instrumento desenvolvido para avaliar o funcionamento sistêmico da família, sendo útil para a identificação de famílias cuja estrutura as coloca em alguma condição de risco de caráter biológico* (*problemas hereditários ou de aparecimento familiar*), *psicológico* (*tendências a ter uma funcionalidade familiar inadequada*) *ou social (família numerosa e/ou sem recursos, etc*.). *Assim, ao retratar as características de três gerações, o familiograma oferece uma perspectiva longitudinal tendo em conta que as famílias tendem a repetir seus atributos, característica conhecida como continuidade ou alternância, se isto ocorre sem interrupção entre pais e filhos ou irmãos, ou se salta uma geração para aparecer na outra*" [3] (p. 49).

"*Neste sentido, ainda que seu aprendizado e elaboração demandem tempo e paciência, com a prática ele se apresenta elemento indispensável na consulta ambulatorial do primeiro nível e na atenção primaria de saúde em geral*" [3] (p. 49).

Rogers & Cohn [4], em artigo publicado em 1987, afirmavam que o genograma capturava mais informações sobre a estrutura da família, os eventos vitais, as doenças e as relações familiares do que os médicos por si só.

Liossi et al. [5] definem genograma como um formato para desenhar a árvore familiar com informações sobre membros da família e suas relações ao longo de pelo menos de três gerações. O genograma tem sido utilizado amplamente como uma ferramenta útil para reunir, registrar e expor informações sobre famílias visando à pratica da assistência à saúde orientada para a família.

Por outro lado, o uso do genograma enquanto método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre uma família complementa o prontuário familiar. Proporciona o acesso rápido a um grande número de dados sobre a família, incluindo seu passado hereditário e o risco que oferece aos membros atuais, juntamente com influências clínicas, sociais e interacionais. Conhecer a história familiar é importante, mas a coleta dos dados não deve se restringir a aspectos superficiais. É esse o papel do genograma, que informa de maneira completa e objetiva os dados de uma determinada família, fazendo de forma realista uma revisão do passado familiar e dos problemas de saúde potenciais, fornecendo, ainda, informações ricas sobre os relacionamentos, incluindo ocupação, religião, etnia e migração [6].

Essa ferramenta fornece dados úteis não só para os profissionais de saúde, que avaliam de forma mais completa seu objeto de cuidado - a família -, mas também para a própria família, proporcionando o conhecimento a respeito de seu desenvolvimento e possibilitando melhor compreensão de sua situação. O genograma é construído na primeira visita ou contato com a família e deve ser revisto quando se quer obter maiores informações [2].

O uso de um protocolo de intervenção familiar é referido em estudos que realizam abordagem interdisciplinar no âmbito da família, aplicada em distrito sanitário de Salvador, Bahia, Brasil. Nesse relato de experiência, o protocolo consiste em um instrumento metodológico, em experimentação, inspirado no modelo assistencial cubano que visa a possibilitar uma abordagem sistêmica da família, valorizando o aspecto biopsicossocial do indivíduo e sua família. Esse instrumento é composto pela identificação do usuário, história psicossocial, condições de moradia e de saneamento, familiograma com diagrama das relações familiares, história do adoecer, inventário dos dados da família e do indivíduo, objetivos a curto e médio prazos, ações propostas com definição dos responsáveis, início e término das ações, indicadores e periodicidade da avaliação, bem como resultados alcançados [7].

O Conselho Federal de Medicina, no artigo 1º da *Resolução nº. 1.639/2002* [8], define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada,

de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Secretaria de Estado da Saúde do Ceará [9], em instrumento criado para avaliar o PSF (Programa de Melhoria da Qualidade - PROQUALIS 2005), define Prontuário Familiar como instrumento de integração das informações de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades das áreas de atuação das equipes de saúde da família. Sua utilização adequada possibilita uma melhoria no acompanhamento da saúde da clientela e na qualidade da atenção prestada, e deve ser composto de todas as fichas clínicas utilizadas pelos profissionais de saúde que atendem determinada família. Disponibiliza aos profissionais da equipe de saúde da família uma gama de informações pertinentes ao paciente e sua família. O compartilhamento e socialização das informações facilitam aos profissionais envolvidos (médicos, dentistas, enfermeiros) o diagnóstico, plano de tratamento, direcionando a uma melhor conduta no tratamento destes pacientes.

Metodologia

A pesquisa foi parte dos estudos formulados e executados pela Fundação Cesgranrio para o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), iniciativa do Ministério da Saúde. Foram respondidos 469 questionários pelas equipes de saúde da família, entrevistados 16 coordenadores municipais do PSF e avaliadas 88 unidades de saúde (30% das unidades de todos os municípios estudados) sob a lógica da acreditação nos anos de 2005 e 2006.

Nesse contexto, no estudo avaliativo realizado, entendeu-se que a adoção da metodologia de avaliação baseada nos padrões de acreditação internacional se apresentava como instrumento inovador.

O processo de acreditação tem se consolidado como uma excelente metodologia de avaliação da qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo. A longa experiência e o sucesso da implementação desse método nos serviços de saúde dos Estados

Unidos pela Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations tem sido o principal espelho para expansão desse processo para vários países do mundo.

Impulsionada pela criação, em 1998, da subsidiária da Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, a Joint Commission International, que desenvolve esse processo fora dos Estados Unidos, a acreditação ultrapassou as barreiras territoriais, históricas, culturais e técnicas nas distintas sociedades existentes nos diferentes continentes e se consolidou como uma efetiva ferramenta de avaliação. Contribui como um poderoso instrumento para a melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde e, ainda, para o aumento da segurança nos cuidados prestados ao paciente nos diferentes segmentos da assistência. Atualmente, cerca de 80 instituições de saúde estão acreditadas pela metodologia da Joint Commission International no mundo, inclusive no Brasil, compondo assim uma rede de instituições que estão acreditadas e reconhecidas como de alta qualidade no desenvolvimento dos processos de assistência prestada ao paciente e de gestão.

A experiência adquirida no desenvolvimento desse processo tem demonstrado que esse método de avaliação da qualidade apresenta um imenso potencial, no sentido de introduzir nas instituições uma prática de reflexão contínua, tanto sobre os processos diretamente ligados ao cuidado aos pacientes quanto nos relativos aos processos gerenciais. Tem revelado também um ótimo potencial de mobilização dos profissionais na revisão de processos, métodos e prioridades, por meio de uma ação organizada, sistematizada e multiprofissional.

Com base nos resultados da avaliação, esse método possibilita também inovar no processo de planejamento, ao permitir uma abordagem seletiva para a definição de prioridades e estratégias de implantação das correções necessárias. Por se tratar de uma metodologia com forte conteúdo educativo, na qual todo o processo parte de uma reflexão sobre a prática profissional referida a padrões de excelência, tem permitido uma nova maneira de perceber e atuar sobre velhos problemas. Os padrões internacionais de acreditação, utilizados como base da avaliação, não são distantes da realidade cotidiana dos profissionais e das instituições, mas expectativas a serem alcançadas, relacionadas às boas práticas do cuidado aos pacientes e do gerenciamento de unidades de saúde.

Uma das abordagens utilizadas na pesquisa foi o uso da acreditação para avaliar as unidades de saúde da família, utilizando-se como instrumento de avaliação o *Manual Internacional de Padrões para Unidades de Cuidados Primários* (elaborado pela Joint Commission International, em conjunto com o Comitê Internacional de Padrões, e ainda não publicado).

A estratégia usada para aplicação do instrumento de avaliação foi desenvolvida em duas etapas, respectivamente a etapa de capacitação e a de avaliação das unidades.

Nas cidades de Belém (Pará) e São Luis (Maranhão) foram treinados os profissionais indicados pelas Secretarias Municipais de Saúde de cada município avaliado no âmbito do PROESF e pelas Secretarias Estaduais do Pará, Amapá, Maranhão e Tocantins. O treinamento visou a promover o conhecimento do Manual e de sua metodologia, buscando melhor utilização dos procedimentos de avaliação das unidades de saúde da família selecionadas.

A partir da capacitação, os profissionais participantes procederam a avaliação de uma amostra de 30% das unidades de saúde da família, totalizando 88 unidades.

Um dos critérios previstos para a seleção de unidades era a existência de no mínimo uma equipe completa de saúde da família em trabalho contínuo há um ano, sem substituição ou rotatividade do médico e do enfermeiro da equipe. Esse critério não foi aplicado em função da acentuada rotatividade de médicos nessa região.

Para essa atividade de avaliação foram utilizadas Planilhas de Avaliação, que incluíam todos os padrões do *Manual Internacional de Padrões para Unidades de Cuidados Primários*.

Nessas planilhas, para cada padrão, estão indicadas quatro categorias de situação, que refletem o grau de conformidade da unidade em relação aos mesmos: *conforme*, *parcial conforme*, *não conforme* e *não se aplica* e, ainda, a categoria *não avaliado*, usada quando a avaliação do padrão não foi possível. Dessa forma, a definição da situação está diretamente correlacionada com as evidências, positivas e negativas, identificadas nos processos e atividades desenvolvidos nas unidades, sendo: (1) *conforme*: para os padrões cujas evidências encontradas indicam

total atendimento aos seus requisitos; (2) *parcial conforme*: para os padrões cujas evidências encontradas indicam que determinados requisitos são atendidos (aspectos positivos), mas que, no entanto, ainda são necessários ajustes e/ou melhorias para alcançar a conformidade; (3) *não conforme*: para os padrões cujas evidências encontradas indicam nenhum atendimento aos seus requisitos; (4) *não se aplica*: para os padrões cujos requisitos não são desenvolvidos como processo ou atividade nos serviços da unidade. Nesse caso, foi observada variabilidade do quantitativo e do conjunto de padrões enquadrados nessa categoria entre as unidades, mesmo aquelas de um mesmo município, em função dos diferentes conjuntos de serviços, perfil assistencial e modelos de funcionamento identificados nas unidades. Exemplos são unidades com serviços de odontologia; unidades com a presença de estudantes; unidades que não realizam vacinação, entre outros.

Neste artigo foram destacados: três padrões na função "serviços voltados aos pacientes" (SVP), em que se busca verificar a maneira efetiva de organizar esses serviços para dar suporte ao bom cuidado ao paciente e nos quais o paciente permanece no centro de cada aspecto da organização; e três padrões na função "organização e prestação de serviços" (OPS), pelos quais se pretende verificar a necessidade de uma estrutura clara de gerenciamento, com boa coordenação do processo de cuidado, inclusive a prestação de serviços que utilizam equipes. As equipes trabalham de maneira eficiente quando possuem as informações necessárias, em geral um prontuário organizado e completo sobre a saúde do paciente, e trabalham em um ambiente seguro, com poucos riscos para o corpo profissional e os pacientes.

Foram também consolidados os questionários respondidos pelas equipes de saúde da família existentes nos municípios que integraram a pesquisa e as entrevistas realizadas com as coordenações municipais do PSF.

Resultados e discussão

Quanto à avaliação externa utilizando-se o manual de acreditação, verificou-se que em relação ao padrão OPS17: "*os prontuários dos pacientes contêm informação*

suficiente para identificar o paciente, orientar o diagnóstico, justificar o tratamento e documentar a evolução" - os resultados demonstram 63% de registros parcialmente conforme, como pode ser visto na Figura 1.

Com relação ao padrão OPS18 sobre tratamento continuado: "*Para pacientes que recebem serviços de cuidado continuado, o prontuário contém uma lista resumida de todos os diagnósticos significativos, alergias a medicamentos e medicamentos em uso*", foi identificado um equilíbrio entre as três categorias, chamando a atenção para o alto grau de não conformidade - 31%. Tal dado é importante pelo fato de que hipertensão e diabetes são duas patologias de tratamento contínuo e de responsabilidade inequívoca do PSF (Figura 2).

Quanto ao padrão OPS19: "*todos os prontuários dos pacientes são periodicamente revisados quanto à completude, precisão, legibilidade e conclusão de toda informação e ações necessárias para sua melhoria são efetuadas*", destaca-se o alto grau de não conformidade em 66% das unidades avaliadas (Figura 3).

Considerando o padrão SVP19: "*a avaliação inicial de enfermagem é documentada no prontuário do paciente no prazo estabelecido pela unidade*", verifica-se que 52% estão conforme, com um percentual de 2% de não conformidade (Figura 4).

Para o padrão SVP28: "*o cuidado prestado a cada paciente é planejado, revisado quando indicado, e é anotado em seu prontuário e mantido acessível a todos os profissionais que prestam cuidado ao paciente*", verifica-se um grau importante de parcialmente conforme, 66%, sendo que apenas 30% dos prontuários se enquadram na categoria conforme (Figura 5).

Constata-se um grau maior de conformidade para o padrão SVP32: "*o cuidado prestado a cada paciente é planejado e anotado em seu prontuário*", apesar de 25% das unidades estarem situadas na categoria de não conformidade (Figura 6).

Merece ser ainda destacado que, no conjunto de padrões satisfatórios, há prevalência do *status parcial conforme*, evidenciando que são significativas as oportunidades de melhoria de processos e atividades. Há, portanto, necessidade de implantação, monitoramento e manutenção de ações de melhoria da qualidade, para que as

unidades possam alcançar nível de desempenho compatível aos requisitos dos padrões e a conformidade com os mesmos.

Resultados das entrevistas

As respostas das equipes de saúde da família, nos municípios estudados, mostram, na sua maioria, que o familiograma não é utilizado como um instrumento de análise de riscos clínicos, ambientais e sociais. Das 469 entrevistas analisadas verifica-se que 26% não utilizam o prontuário familiar e 70% desconhecem o familiograma. Chama a atenção o alto índice de não uso de prontuário familiar.

Comprova-se nos comentários abaixo relatados a discrepância entre o que seja a concepção correta de uso de prontuário familiar e a percepção das equipes ao justificarem o não uso: "*a equipe trabalha com prontuário familiar? Não. Até o momento só trabalhamos com prontuários individuais*". "*Sua equipe trabalha com familiograma? Não. Estamos nos organizando para trabalharmos com esse método*".

Mais preocupante ainda são as alegações de desconhecimento desse instrumento de centralidade inquestionável: "*Desconheço este método. Trabalhamos com anotações individuais*".

Entretanto, nas entrevistas com as Coordenações Municipais de Saúde da Família, as respostas dadas às perguntas específicas sobre o tema afirmam que as mesmas equipes que responderam que familiograma e o prontuário familiar não constituem métodos de trabalho em saúde, utilizam estes instrumentos.

"*A equipe trabalha com prontuário familiar? Sim. Os prontuários são de extrema importância para o acompanhamento familiar, devido à existência da história clínica de cada paciente contida nos mesmos*". "*Através do prontuário familiar conseguimos avaliar a situação socioeconômica da família e com isso trabalhamos em cima de uma prioridade*".

Em um mesmo município, sob a mesma Coordenação do PSF, encontramos respostas diferentes. "*De fato, algumas poucas Equipes estão utilizando o envelope com caracterização da unidade domiciliar e servindo mais para o ajuntamento das fichas individuais, ainda com baixa compreensão do seu papel*". "*Sua equipe trabalha com familiograma? Sim. Ainda em fase de construção. No ano de 2004 tentamos montar o familiograma, porém não chegamos à conclusão, em virtude do fluxo constante de muitos familiares*". "*Desconhecemos o termo familiograma. Usamos um impresso chamado ficha família onde é descrita a situação socioeconômica da família, e especifica os moradores*". "*Sua equipe trabalha com familiograma? Não. Utilizamos ficha A, com descrição da situação da família*".

De maneira geral, a resposta da maioria dos responsáveis pela Coordenação do PSF nos municípios informa que as equipes de saúde da família utilizam o familiograma e o prontuário familiar, apesar de algumas registrarem as dificuldades de implantação do instrumento por falta de material e de capacitação: "*A equipe trabalha com prontuário familiar? Sim. Agora começamos a utilizar este método, antes era individual*". "*A equipe trabalha com prontuário familiar? Não. A equipe não dispõe de impressos e materiais adequados*". "*Prontuários ainda são individuais, pelo fato de não termos os impressos necessários e em quantidade suficiente para a realização da mudança* ". "*Sua equipe trabalha com familiograma? Não. Não fomos capacitados sobre este trabalho*".

Conclusões

Apesar de constar de vários currículos de capacitação e de formação universitária sobre saúde da família, inclusive entre as normas do próprio Ministério da Saúde, não houve implantação, de forma coerente e massiva, da norma sobre o uso do prontuário familiar e do genograma nos municípios estudados nesta pesquisa. Portanto, os preceitos não se transformaram em normalização efetiva, em contradição com o princípio básico ordenador do PSF que articula unidade familiar a unidade mínima de produção de serviços.

Verifica-se, tanto pelo elevado número de prontuários não conforme e parcialmente conforme, aliado ao quase desconhecimento do instrumento familiograma e com elevado número de equipes que não usam o prontuário familiar, que há necessidade de capacitação para mostrar as vantagens do uso destes instrumentos.

O processo de educação continuada das equipes de saúde da família deve enfatizar a importância da família no contexto do PSF. A avaliação da saúde familiar deve ser entendida como um processo dinâmico que inclui a obtenção da informação, sua análise e identificação de problemas e potencialidades das famílias para poder realizar ações de promoção da saúde, prevenção das enfermidades e recuperação da saúde [11].

O cruzamento dessas distintas abordagens, como efetuada nesta análise, revela a importância da avaliação externa como sinalizador do nível de conformidade aos padrões requeridos, uma vez que as equipes do PSF não demonstram domínio da utilização de prontuários familiares e muito menos do familiograma na gestão das ações de saúde sob sua responsabilidade. Na verdade, os resultados sugerem também a necessidade de operar um indicador combinado entre a avaliação interna e externa do controle das informações familiares como instrumento de gestão.

REFERÊNCIAS

https://www.saolucascopacabana.com.br/noticias/surto-epidemia-pandemia-e-endemia-entenda-qual-e-a-diferenca-entre-eles/>acesso em 02/09/2020

https://www.stoodi.com.br/blog/biologia/endemia-epidemia-e-pandemia/>acesso em 02/09/2020

https://www.sanarmed.com/epidemia-endemia-e-pandemia-seus-significados-e-suas-diferencas-colunistas>acesso em 03/09/2020

https://saude.to.gov.br/noticia/2020/4/15/saude-faz-recomendacoes-aos-agentes-de-combate-a-endemias-para-o-enfrentamento-do-novo-coronavirus/>acesso em 03/09/2020

http://www2.eerp.usp.br/Nepien/ManualeSUS/F_VisitaDomiciliar_Resumo.html>acesso em 03/09/2020

http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087532/nota-informativa-ace-covid-19-27mar20.pdf>acesso em 03/09/2020

https://www.gabarite.com.br/dica-concurso/325-o-que-faz-um-agente-de-endemias>acesso em 03/09/2020

http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>acesso em 03/09/2020

http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/saude-e-bem-estar/melhorias-na-saude-municipal/estrategia-saude-da-familia-esf>acesso em 03/09/2020

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300017&lng=pt&tlng=pt>acesso em 03/09/2020