

Educação Permanente em Saúde: Organização e Planejamento do Serviço de Agentes Comunitários de Saúde



Educação Permanente em Saúde: Organização e Planejamento do Serviço de Agentes Comunitários de Saúde



Orientador: Prof. Dr. Marcelo Paraíso Alves

Discente: Mayara Athanázio Diogo

Sumário

Módulo I:

Parte I : Evolução do Sistema Público de Saúde Brasileiro.....	04
Parte II: Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família.....	11

Módulo II:

Agente Comunitário de Saúde um agente de mudanças.....	18
--	----

Módulo III:

Parte I: Linguagem (comunicação), Registros e relatórios.....	28
Parte II: Organização do Trabalho e Gerenciamento do tempo.....	39

Módulo IV:

Parte I: Liderança	52
Parte II: Relacionamento interpessoal e Motivação.....	55

Módulo V:

Dinâmicas de grupo e apresentação de trabalhos.....	61
---	----

Módulo I

Parte I



ACS fonte: www.quercursos.com.br

Evolução do Sistema

Público de Saúde

Brasileiro

Origem da Saúde Pública no contexto mundial

A saúde pública não surgiu no mundo como uma política de visão social. No início os serviços de saúde tinha como marco precursor situações econômicas e militares. Logo a Saúde Pública passou a ser encarada, como questão de Estado, a partir do séc. XVIII.

Evolução da Saúde Pública Brasileira

Em meados de 1900, o governo começa a se preocupar com os problemas de saúde principalmente nas capitais.

Podemos dar destaque as epidemias de varíola, febre amarela e malária.

No Brasil isso não foi diferente a estratégia utilizada tinha caráter militar, por esse motivo essa fase da Saúde Pública recebeu o nome de Sanitarismo Campanhista.

Marco importante do desenvolvimento da Saúde Pública

A separação entre ações preventivas usualmente a cargo do Estado (que não incluíam tratamento e suporte àqueles diagnosticados). E ações curativas, de responsabilidade do indivíduo.



Ambulatório- fonte: www.casaaandre Luiz.org.br

- A partir de 1910, a educação sanitária difunde o conhecimento, com objetivo de interromper a cadeia de transmissão.
- No início de década 1920, os problemas de saúde eram ainda considerados caso de política.

É criado então a Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP);(.)

São criadas as Caixas de aposentadorias e Pensões (CAP) com intuito de organizar a assistência médica para os trabalhadores dos setores econômicos estratégicos (ferrovias, portos etc).

A partir da década de 1930 observamos um novo modelo de saúde voltados para quem tinha trabalho formal, ou seja, carteira assinada.

Getúlio Vargas cria a legislação trabalhista e previdenciária e com isso, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

Nessa mesma época surgem os Centros de Saúde. Valorização da assistência médica individual, curativa e especializada em detrimento da saúde pública.



Centro de Saúde Fonte: dr-edson-brejo.blogspot.com

O período de 1945 a 1960 foi marcado por uma expansão dos serviços de saúde.

Inauguração de hospitais e ambulatórios próprios (INPS).

No período da ditadura militar (1964-1984) a saúde foi vista como um bem de consumo médico.

Crescimento das empresas e grupos médicos, voltados mais para o lucro do que para as pessoas.

A década 1980 que resultou na retirada da barreira do emprego formal (carteira de trabalho), para que todas as pessoas pudessem utilizar todos os serviços disponíveis do sistema público de saúde.

Essas mudanças ocorreram como fruto da nova postura da sociedade civil que reivindicava por melhorias nos sistemas públicos, principalmente na questão da saúde.

Podemos destacar os fortes movimentos das associações de moradores, sindicatos, professores, entre outros, que passaram a compreender que, são os próprios trabalhadores que financiam através de descontos em folha e impostos, os serviços da previdência social e do Ministério da Saúde, que deviam antes de tudo servi-los. (Luz,1991).

Ao mesmo tempo a Reforma Sanitária defendia uma nova política de saúde efetivamente direcionada, sendo definido as diretrizes fundamentais do processo de mudança.

A VIII conferência Nacional de Saúde foi sem dúvida um grande marco nas mudanças ocorridas no Sistema de Saúde Brasileiro, uma vez que teve como objetivo discutir a Reforma Sanitária a ser implantada pelo governo, tornando o sentido de saúde mais abrangente.

Saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

A Constituição de 1988 associada aos movimentos relacionados a VIII Conferência de saúde, mais a Ação Integrada de Saúde (AIS) e o Sistema Único Desenvolvimento da Saúde (SUDS) deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS).



SUS – Fonte: www.conims.com.br

Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde: Dispõe sobre as condições para promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Lei 8142/90: Garante a participação popular na gestão do SUS. Conta com apoio do governo, conselhos e conferências de saúde.

Em 1990 são implantadas as políticas de financiamento do SUS 1991 surgindo a Norma Operacional Básica:

NOB-91: críticas por ser centralizada;

NOB-92: representou apenas um acordo possível para aquele momento;

NOB-93: Representou uma evolução no processo de descentralização dos serviços de saúde, estipulou procedimentos e instrumentos operacionais;

NOB-96: Estabelece o comando único em cada esfera do governo, descentralização, caracteriza as responsabilidades sanitárias de cada gestor;

Com intuito de suprir as necessidades de se definir melhor a divisão de responsabilidades entre as esferas estadual e municipal, de promover a integração dos sistemas municipais e de criar novos critérios para a alocação de recursos foram criadas as Normas de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001.

A Primeira foi criada em 2001 e logo foi revogada e substituída pela NOAS 01/02, definindo o processo de regionalização da assistência e ampliando as responsabilidades dos municípios e estados.

Pacto pela Saúde 2006

Processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais firmado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão.

Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores:

- Pacto pela vida.
- Pacto em defesa do SUS.
- Pacto de gestão do SUS.

Pacto pela Vida

Estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais.

Pacto em defesa do SUS

Expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e articula as ações que visem qualificar e assegurar os SUS como política pública.

Pacto de gestão do SUS

O Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação:

- Descentralização
- Regionalização

- Financiamento do SUS
- Planejamento no SUS
- Programação Pactuada Integrada (PPI)
- Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial
- Participação e Controle Social
- Gestão do Trabalho na Saúde
- Educação na Saúde.

Atividade prática relacionada ao filme a trajetória da política de saúde no Brasil assistido durante o módulo.

- Relacione a partir das observações do vídeo “*A trajetória da Política de Saúde no Brasil*” a realidade local com a nacional.
- A partir desta análise liste os problemas do município de Angra dos Reis verificado pelo seu grupo.
- Como você Agente Comunitário de Saúde se vê inserido neste contexto?
- O que você poderia fazer para contribuir na melhorar deste contexto?

Referências

BRASIL, Constituição 1988. Constituição da república Federativa do Brasil. Brasília,DF:Senado.

BRASIL, Lei 8080 de 19/09/1990. a qual “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Brasília:1990.

BRASIL, Lei 8142 de 28/12/1990, a qual “ dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências”. Brasília1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS/91. Brasília: ministério da saúde, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS/93. Brasília: ministério da saúde, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS/96. Brasília: ministério da saúde, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde/ NOAS-SUS 01/01. Brasília: ministério da saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde/ NOAS-SUS 01/02. Brasília: ministério da saúde, 2002.

FIGUEIREDO, Nébia Maria. Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora 2005.

LUZ, M t Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. Physis – Revista de Saúde Coletiva, nº 1, PP.77- 96. Rio de Janeiro.

NORORONHA, J C e LEVCOVITZ,E. “AIDS- SUDS-SUS: os Caminhos do direito à saúde In: GUIMARÃES TAVARES, R E TAVARES, R A W (org.), 1994.

Módulo I

Parte II



Família1- Fonte:<http://queconceito.com.br/familia>

Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família

Histórico do Programa Saúde da Família

A saúde da família é a Estratégia que o Ministério da Saúde escolheu para reorganizar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atenção básica. (Brasil, 1997)

Essa Estratégia foi iniciada em junho de 1991, com implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes completas, incorporando a atuação dos Agentes Comunitários.

Em 2007, o Brasil já contava com 27.324 equipes implantadas em 5.125 municípios, atendendo 46,6% da população brasileira. No mesmo ano, as equipes de saúde bucal já somavam 15,7 mil em 4,3 mil municípios (dados fornecidos pelo Ministério da Saúde em 11/6/2008).

A família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive.



Família – fonte: mundodasdicar.com.br

O programa se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidades integrais sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde.

Acredita-se que as Unidades básicas de saúde sejam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em suas comunidades, prestando atendimento de qualidade e descongestionando os serviços hospitalares.



Posto de Saúde – Fonte: portaldecaragua.com.br

Mudança de PSF para ESF

Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva visto que o termo Programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma Estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

Objetivos da Estratégia Saúde da Família



ESF -Fonte:9crscruzalta.blogspot.com

Prestar na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral contínua com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.

Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta.

Eleger a família e o seu espaço social como um núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

Proporcionar o estabelecimento de parceria pelo desenvolvimento de ações intersetoriais;

Fazer com que a saúde seja reconhecida como direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida;

Estimular a organização da comunidade para efetivo exercício do controle social.

Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.

As unidades de Saúde da Família funcionam segundo algumas diretrizes operacionais e conceitos próprios:

Adscrição da clientela: cada unidade é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a uma determinada área de abrangência.

Cadastramento: as equipes deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas de domiciliares, de acordo com a área de abrangência.

Integralidade e Hierarquização: a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível das ações e serviços do sistema local de assistência, chamado atenção básica. Necessita estar vinculada a rede de serviços de saúde para garantir o atendimento integral aos indivíduos e as famílias e que sejam assegurados a referência e a contra-referência para níveis superiores de complexidade.

E conta com uma equipe multiprofissional para realização do serviço;

A equipe de saúde da família possui um diferencial muito importante:

Faz busca ativa, a equipe vai as casas das pessoas, vê de perto a realidade de cada família, age para evitar as doenças, para curar os casos em que ela já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde. (Ministério da Saúde, 2001)

Equívoco - que merece negativa - é a identificação do PSF com um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia.



Doente – fonte:

www.mudraa.com/.../human-life-in-the-year-300

A reorganização da Atenção Básica no Brasil, consolidou a Estratégia de Saúde da Família como ação prioritária, desta forma o governo emitiu a Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006.

Reafirmando os princípios básicos do SUS: Universalização, equidade, integralidade.

Assim como suas diretrizes: Descentralização, Integralidade e participação da comunidade.

Princípios do SUS

Universalidade: acesso garantido aos serviços de saúde para todos os níveis de complexidade do sistema.

Igualdade: assistência à saúde igualitária, livre de preconceitos ou qualquer tipo de privilégios.

Equidade: Igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados e função das necessidades individuais de cada grupo.

Portaria N° 648, de 28 de março de 2006

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Portaria N°2.488, de 21 de outubro de 2011

Devido à necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, no dia 21 de outubro de 2011, foi aprovada a portaria n° 2.488 da Política Nacional de Atenção Básica. A referida portaria estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica: para a ESF e o PACS (BRASIL, 2012).

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes;

Jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes;

Equipe composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família.

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica. São itens necessários à organização da implantação dessa estratégia:

I - A existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no sistema de cadastro nacional vigente, que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

II - A existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 ACS e, no mínimo, quatro, constituindo, assim, uma equipe de agentes comunitários de saúde; e

III - O cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor.

O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002, foi revogada mais tarde pela lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004).

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde



ACS – Fonte: www.querocursos.com.br

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de, desde que vinculadas às atribuições acima.

Referência Bibliográfica

COSTA, Elisa Maria Amorim da, et al. Saúde da família – Uma abordagem multidisciplinar, e.ed. Rio de Janeiro: editora Rubio, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia prática do Programa saúde da família. Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em< <http://dab.saude.br/> >Acessado:05/08/12.

Módulo II



Agente Comunitário de Saúde um agente de mudanças

Agente Comunitário em foco

O Agente Comunitário de Saúde pode integrar tanto a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de acordo com a realidade do município. Entretanto, o seu trabalho é o mesmo em qualquer uma das situações.

O que é ser Agente Comunitário de Saúde?

É quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade;

É alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce;

Sua ação favorece a transformação de situação-problema que afetam as famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, desemprego, situação de exclusão social, violência intra-familiar, acidentes e uso de drogas lícitas e ilícitas, etc.

Qual é o principal objetivo do trabalho do Agente Comunitário de Saúde?

Contribuir para a melhora da qualidade de vida das pessoas e da comunidade.

Ser o elo de ligação entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde.

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde

- ✓ Mapear sua área de atuação;
 - ✓ Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo,
 - ✓ Cadastrar as famílias de sua área, mantendo esse cadastro sempre atualizado;
 - ✓ Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário;
 - ✓ Realizar visitas domiciliares mensais;
 - ✓ Obter dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
 - ✓ Orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde;
 - ✓ Acompanhar a situação de saúde das pessoas para ajudá-las a conseguir bons resultados.
- Desenvolver ações básicas de promoção de saúde e prevenção de doenças;

- ✓ Promover educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida;
- ✓ Incentivar a formação de conselhos locais;
- ✓ Informar à equipe sobre a dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
- ✓ Participar do processo de programação e das ações de saúde.

Cadastramento das famílias

- *1ª etapa do serviço do ACS.*
- O cadastramento possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes.
- Tão importante quanto fazer o cadastro da população é atualizá-lo.
- O território é base do trabalho para o ACS.

Mapeamento de área

Trabalhar com mapas é uma forma de retratar e aumentar conhecimentos sobre a sua comunidade.

→ Por que mapear área é importante?

- Porque através do mapeamento dele é possível conhecermos caminhos mais fáceis para chegar aos locais;
- Para pontuar marcar as dificuldades das pessoas para chegar até a unidade de saúde;

→ Identificar situações de Risco

- Em locais que existem situações de risco é maior a probabilidade de as pessoas adoecerem e morrerem (garantia da equidade).

→ Exemplos de situação de risco que os ACS devem ficar atentos:

- Bebês que nascem com menos de dois quilos e meio;
- Crianças que estão desnutridas;
- Filhos de mães que fumam, bebem bebidas alcoólicas e usam drogas na gravidez;

- Gestantes que fumam; Gestantes com diabetes e/ou pressão alta;
- Acamados;
- Pessoas que precisam de cuidadores mas não possuem alguém que exerça essa função;
- Pessoas com deficiência que não têm acesso às ações e serviços de saúde, sejam estes de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação;
- Pessoas em situação de violência;
- Pessoas que estão com peso acima da média e vida sedentária com ou sem uso do tabaco ou do álcool.

Visita Domiciliar

A visita é atividade mais importante do processo de trabalho do ACS.

- Para ser bem feita a visita domiciliar deve ser planejada;
- Utilizar bem o tempo e respeitar o tempo das pessoas visitadas;
- Estabelecer um roteiro dinamiza essa tarefa;
- Definir o tempo de duração da visita.
- Toda visita deve ser acompanhada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família.
- Após a realização da visita, você deve verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias.
- Avaliar e corrigir as falhas.

Por meio da visita domiciliar podemos:

- Identificar os moradores;
- Conhecer as condições de moradia;
- Conhecer os principais problemas de saúde dos moradores;
- Romper com a idéia de família sonhada e ter a família real como alvo. A família pode ser fonte de afeto e também de conflito, o que significa considerá-la um sistema aberto, vivo, em constante transformação.

- Olhar a família no seu movimento, sua vulnerabilidade e sua fragilidade, ampliando o foco sobre a mesma.
- Trabalhar com a escuta da família reconhecendo sua heterogeneidade.
- Perceber as necessidades de informação que a comunidade carece.
- Ajudar as pessoas a refletir sobre os hábitos prejudiciais à saúde.
- Identificar famílias que necessitam de acompanhamento mais frequente e especial;

Lembre-se que a Visita Domiciliar deve ser focada na família e não só em um membro desta família para que ela seja efetiva.



- Não olhar a família de forma fragmentada mas trabalhar com o conjunto de seus membros; se um membro está precisando de assistência, sua família estará também.



Família 2 – Fonte:

<http://www.lpm-blog.com.br/?paged=2>

Promoção da Saúde

“A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isto, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre a própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma vida melhor.” Carta de Ottawa

Educação em Saúde

- Promover a liberdade;
- Desenvolver a empatia.
- Desenvolver a responsabilidade e a solidariedade;
- Promover a descoberta do que se é da consciência de existir;



Promoção em saúde – Fonte:

<http://psicologiasaudeeducacao.blogspot.com.br/2011/04/aula-dia-1103.html>

O desafio do trabalho em equipe

- Você já refletiu sobre como você tem desenvolvido o seu processo de trabalho?
- Qual é o seu papel na unidade e na equipe de saúde?
- Como você utiliza seus conhecimentos, instrumentos e sua habilidade de se relacionar com o usuário para promover o cuidado?
 - Ao preencher a ficha A, você percebe a importância que ela tem no processo de cuidado das pessoas de sua microárea?
 - A equipe de saúde é formada por pessoas com histórias, formações, saberes e práticas diferentes. cujo objetivo é promover o cuidado de uma população.

- Na equipe há sempre movimentos Permanentes de articulação / desarticulação, ânimo/desânimo, invenções/resistência à mudança, crença / descrença no seu trabalho, pois a equipe é viva e possui pensamentos distintos.



Equipe – Fonte:

<http://askrematch.blogspot.com.br/2012/09/ask-da-nossa-equipe.html>

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

Características desejáveis em um Agente Comunitário de Saúde:

- Liderança;
- Empatia;
- Dinamismo;
- Pró-ativo;

- Discrição;
- Capacidade de planejar e programar;
- Gosto por ações educativas;
- Simpatia;
- Entender a importância fundamental de seu trabalho;
- Conhecer sua comunidade.



Agentes 2 – Fontes:

<http://edy-muana.blogspot.com.br/2012/10/agentes-comunitarios-de-saude-18.html>

- Liderança: é a capacidade que um líder tem de influenciar e motivar pessoas para seguirem na direção determinada por ele. É o processo de conduzir o grupo para que contribuam voluntariamente da melhor forma para alcançar com os objetivos do grupo e da organização.



Líder 5 –Fonte:

<http://www.oficinadegerencia.com/2011/10/formula-da-lideranca-parte-1.html>

- Empatia

“ Empatia é a sua dor no meu coração”

Paim J, Ameida FN, 1998.

- Dinamismo: Ser forte e provido de movimento.
 - Ser cheio de energia, de iniciativa, de atividade.
- Ser Pró-ativo: ser capaz de tomar decisões em situações extremas.



Modelo Proativo – Covey, S.R 2011 p.92.

- Capacidade de planejar e programar:

"O planejamento não diz respeito a decisões futuras, mas às implicações futuras de decisões presentes." PETER DRUCKER

O planejamento é condição básica para o sucesso de qualquer trabalho que procure a melhoria da qualidade. Esse planejamento deverá ser feito nas diversas etapas do processo de trabalho.

Portanto, fica claro que a qualidade somente será conseguida se ela for planejada e que este planejamento ocorra de forma organizada, isto é, dentro de uma seqüência de eventos pré-determinada.

- **Discrição:** ser discreto é fundamental para estabelecer uma relação de confiança com as famílias.
- Evite críticas e condenação;
- Não demonstre estranheza perante hábitos culturais diferentes.
- Mantenha-se digno da confiança dos moradores e procure conseguir melhorias para a localidade.
- **Gosto por ações educativas:** promover a saúde através de ações educativas.
- **Simpatia:** partilha saudável de emoções, capacidade de se identificar com o outro e de se imaginar em experiências semelhantes;
- Entender a importância fundamental de seu trabalho: gostar do que faz e entender a importância de sua atividade para sua comunidade.
- **Conhecer sua comunidade:** conhecer área de atuação e suas particularidades.

Para Refletir

- Quais são suas atividades específicas?
- Em que o seu trabalho se relaciona com o da enfermeira?
- Como suas atividades se relacionam com o trabalho dos outros profissionais da equipe?
- E como o seu trabalho em especial complementa o trabalho de toda equipe?

Referências

BRASIL, ministério da Saúde. secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de atenção á saúde, Departamento da atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.> il. (Série F. Comunitário e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em< <http://dab.saude.br/> >Acessado:05/08/12.

COSTA,Elisa Maria amorim da, et al. Saúde da família – Uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. – Rio de Janeiro: editora Rubio, 2009.

PAIM J Almeida FN. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas? Revista de saúde pública,1998.
<http://www.gerenco.com.br/page2.html> realizada dia 21/05/12

Módulo III

Parte I



Comunicação – Fonte:

<http://ricardocampos.wordpress.com/2011/11/28/um-mundo-de-informacoes-mas-e-a-comunicacao-interna/>

Linguagem (Comunicação)

Registros e Relatórios

Comunicação

A comunicação constitui a primeira área a ser focalizada no estudo das interações humanas e métodos de mudanças do comportamento humano. Trata-se de uma área em que cada pessoa pode fazer grandes progressos na melhoria de seus relacionamentos interpessoal ou com o mundo externo.

A comunicação é também o ponto de maior desenvolvimento e conflitos entre duas pessoas ou mais pessoas, entre membros de um grupo, entre grupos e dentro da organização como um sistema.



Comunicação 1 – Fonte:

<http://guiadoestudante.abril.com.br>



Conflitos – Fonte:

<http://radio-com.blogspot.com.br/>

A comunicação é um processo complexo que envolve comportamentos e relacionamentos permitindo que os indivíduos se associem uns aos outros e com o mundo ao seu redor. A comunicação permite a uma pessoa estabelecer, manter e melhorar seus contatos com outras pessoas. A comunicação não é um conjunto de informações que o profissional memoriza e põe em prática. Ao contrário, é um processo complexo e exige um emprego inteligente de princípios.

Existem três conceitos preliminares que são importantes para uma boa comunicação

- **Dado:** é o registro a respeito de determinado evento ou ocorrência ou pessoa.
- **Informação:** é um conjunto de dados com determinado significado, ou seja, que reduz a incerteza a respeito de algo.
- **Comunicação:** ocorre quando uma informação é transmitida a alguém e então é compartilhada também por esse alguém.

A comunicação envolve transações entre pessoas. Uma pessoa sozinha não pode comunicar; somente com outra pessoa receptora é que pode completar o ato de comunicação. É necessária uma ponte de significado entre as pessoas.



Comunicação interpessoal – Fonte:
<http://www.ebah.com.br>

A comunicação está presente em todas profissões: A importância de uma boa comunicação e sua influência em nossa prática profissional.

Elementos do Processo de Comunicação

- **O referente:** é o fator que motiva um indivíduo a se comunicar com outro. Ele pode ser um objeto, uma experiência, emoção, idéia ou ação.
- **Remetente:** é a pessoa que inicia a comunicação interpessoal.
- **Mensagem:** é a informação eventualmente enviada ou expressa pelo remetente. A mensagem mais efetiva é clara, organizada.
- **Canais:** são meios de condução da mensagem através dos sentidos visual, auditivo e tátil.
- **O receptor:** é a pessoa para quem a mensagem é enviada.



Comunicador – Fonte:
<http://www.blogdogusmao.com.br/v1/2013/04/29/lisura-total-na-comunicacao/>

O processo de comunicação funciona como um sistema aberto em que ocorre certa quantidade de ruído, ou seja, uma perturbação indesejável.



Ruído – Fonte:

Ruído significa perturbação indesejável que tende a deturpar, distorcer ou alterar, de maneira imprevisível, a mensagem transmitida. <http://www.zsc.com.br/Comunicacao.htm>

A comunicação somente se efetiva quando o destinatário interpreta e compreende a mensagem.

A informação percorre um processo que às vezes pode sofrer perdas, mutilações, distorções, sofrer ruídos, interferências, vazamento e ainda ampliações ou desvios.

Fatores que influenciam a comunicação

- ✓ **Percepção:** cada pessoa sente, interpreta e entende o ambiente de forma diferente. As percepções são a visão pessoal de um indivíduo sobre os eventos acontecendo em seu ambiente e são formados pelos objetivos e expectativas desse indivíduo:
- ✓ **Valores:** Os valores influenciam o modo como a pessoa expressa suas idéias e a maneira como as idéias de outros são interpretadas. O conflito de valor ocorre quando os valores de uma pessoa diferem dos de outra pessoa.
- ✓ **Emoções:** Representam os sentimentos subjetivos de uma pessoa sobre os eventos que acontecem em seu meio e influenciam o modo dela utilizar suas capacidades e se relacionar com outras pessoas.
- ✓ **Formação sócio-cultural:** Linguagem, gestos e atitudes refletem sempre origens culturais.
- ✓ **Conhecimento:** Diferentes níveis de conhecimento tornam a comunicação mais difícil.
- ✓ **Posições e Relacionamentos:** Nós comunicamos com outras pessoas em estilo adequado aos papéis e relacionamentos que assumimos com as mesmas.
- ✓ **Meio ambiente:** A comunicação é mais efetiva quando ocorre em um ambiente agradável.



Percepções – Fonte:
<http://veritascomunica.blogspot.com.br>

Interpretação pessoal e sua influência na comunicação

Cada pessoa tem seu próprio sistema cognitivo, suas percepções, seus valores pessoais e suas motivações, constituindo um padrão pessoal de referência que torna bastante pessoal e singular sua interpretação das coisas.



Cognitivo – Fonte:

<http://jornalcorreiodeviamao.com.br/2013/05/19/web-sites-como-forma-de-comunicacao-continua/>

São as lentes através por meio das quais as pessoas vêem seu mundo exterior e o interpretam a sua maneira.

Assim, existe forte relação entre cognição, percepção e motivação.

Aquilo que duas pessoas comunicam entre si é determinado pela percepção de si mesmas e da outra pessoa na situação.

Percepção

Toda pessoa tem sua referência que age como filtro codificador, condicionando a aceitação e o processamento de qualquer informação.

Desta forma cada pessoa desenvolve conceitos próprios para interpretar e organizar suas experiências de vida.

Podemos concluir que aquilo que duas pessoas comunicam é definido pela percepção de si mesmas e de outra pessoa, devido seus diferentes sistemas cognitivos e sua motivação naquele momento. Daí resulta a percepção social.

Percepção Social

Nem sempre é racional ou consciente: é o meio pelo qual a pessoa forma impressões de uma outra na esperança de compreendê-la.

A empatia permite que as pessoas tenham uma visão acurada, a respeito dos outros.

Todavia, a percepção social pode ser melhorada quando se leva em consideração:

Conhecer-se a si mesmo, torna mais fácil ver os outros acuradamente;

As próprias características do observador afetam as características que ele está propenso a ver nos outros;

A pessoa que se aceita é mais propensa a ver favoravelmente aspectos de outras pessoas.

A percepção social e influenciada por:

- ✓ **Estereótipos:** distorções na percepção das pessoas.
- ✓ **Generalizações:** impressão geral favorável ou desfavorável influencia o julgamento e a avaliação de outros traços específicos das pessoas.
- ✓ **Projeção:** mecanismo de defesa, mediante o qual o indivíduo tende a atribuir aos outros certas características próprias que rejeita inconscientemente.
- ✓ **Defesa perceptual:** outra fonte de erro e distorção, na qual o observador distorce os dados da mesma forma que elimina a inconsistência.

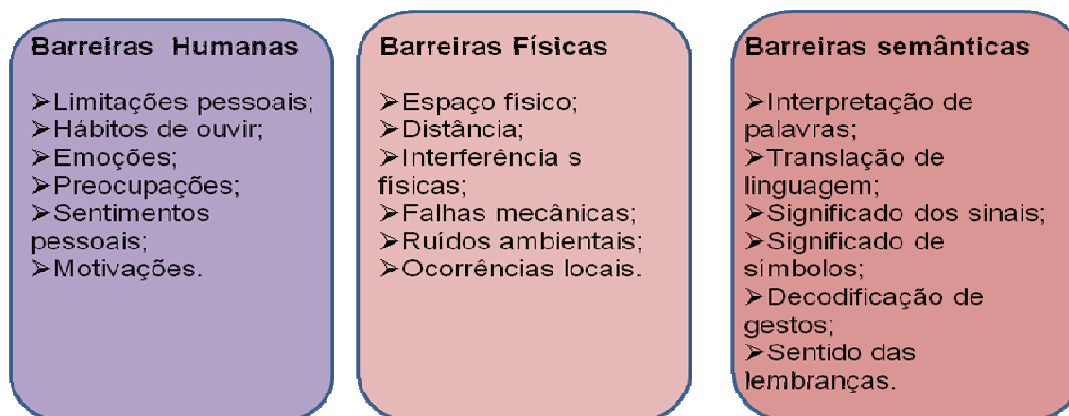
Barreiras encontradas para estabelecer uma boa comunicação

As barreiras da comunicação afetam profundamente o processo comunicativo fazendo com que a mensagem enviada se torne diferente da mensagem recebida.



Fonte: DuBRIN, Andrew J. fundamentos of Organizational behavior: na applied prespective. Nova york: Pergamon Press, 1974, p.281

Os três tipos de barreiras à comunicação humana



Fonte: Chiavenato, Idalberto. Administração de recursos humanos: Barreiras no processo de comunicação. Barueri – SP: Manole, 2009, p. 154

Barreiras pessoais: são as barreiras mais comuns em situações de trabalho são hábitos deficientes de ouvir, as emoções, as motivações e os sentimentos pessoais.

Barreiras físicas: são interferências que ocorrem no ambiente em que acontece a comunicação. Ex.: distâncias entre as pessoas que estão se comunicando, ruídos no telefone etc.

Barreiras semânticas: são as limitações ou distorções. Ex.: gestos, sinais, símbolos podem ter diferentes sentidos para as pessoas.

A comunicação também pode ser prejudicada pela:

Omissão: quando aspectos importantes da comunicação são cortados por alguma razão, seja pela fonte ou pelo destinatário fazendo com que a comunicação perca sua essência.

Distorção: quando a mensagem sofre alteração, deturpação, modificando o seu conteúdo original.

Sobrecarga: ocorre quando o volume ou quantidade de informação é muito grande e ultrapassa a capacidade pessoal do destinatário de processar a informação.

Existem outras maneiras de se comunicar.

Podemos comunicar através de cartas, telegramas, e-mails, jornais, televisão, ou no caso do serviço de saúde através de registros realizados em prontuários e relatórios.

Registros e Relatórios

O Planejamento dos cuidados para com os pacientes devem ser compartilhados com toda equipe para que haja uma assistência multidisciplinar.



Arquivos – Fonte:

<http://qualidadeonline.wordpress.com>

Sendo assim e imprescindível que os profissionais relatem seus atendimentos e observações nos prontuários. Através dos registros e relatórios cada membro da equipe fica ciente das ações e decisões prestadas pelos membros.

Os relatos e registros contêm informações específicas relacionadas ao atendimento de saúde de um paciente.

Um **relatório** contém uma troca de informações orais ou escritas. Por exemplo: Quando acontece uma ocorrência em um plantão, pode ser feito um relatório para que o outro integrante da equipe que irá assumir o próximo plantão não fique perdido. Outro tipo de relatório pode ser realizado quando não queremos que uma informação importante se perca.

Um **registro** é uma comunicação escrita que documenta de modo permanente informações relevantes sobre os cuidados de um paciente. Por exemplo: é o que fazemos quando registramos o nosso atendimento no prontuário do paciente.

Todos os integrantes da equipe dependem das informações contidas nos relatórios e registros, por isso devem ser legíveis e organizados para garantirem uma assistência eficiente.

Segundo Potter 2005, existem seis diretrizes úteis que devem ser seguidas para se certificar de que as informações relacionadas aos cuidados de um paciente sejam comunicadas corretamente e integralmente:

Precisão: A informação deve ser exata, clara. Use grafia correta, abreviações e símbolos aceitos pela instituição, de modo a garantir a interpretação correta da informação. Termine sempre

uma anotação descrita no registro com uma assinatura legível, incluindo a primeira inicial e sobrenome completo e função. Não use apelidos.

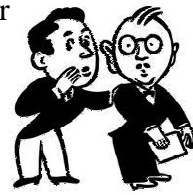
Concisão: Forneça as informações corretas e essenciais em um relatório ou anotação.

Eficácia: Mesmo um relatório e um registro conciso precisam conter informações completas sobre o paciente.

Atualização: A demora no registro ou relato de uma informação pode resultar em omissões graves e atrasos no fornecimento de cuidados ao paciente.

Organização: Comunique todas as informações em uma ordem lógica. Um membro da equipe entenderá melhor o fato transmitido na mesma ordem do ocorrido.

Confidencialidade: As informações sobre um paciente só deverão ser transmitidas mediante o entendimento de que tais dados não serão divulgados a pessoal não autorizado.



Sigilo- Fonte:

Somente os membros da equipe, diretamente envolvidos

<http://veritascomunica.blogspot.com.br>

nos cuidados de um paciente podem ter acesso legítimo ao prontuário desse paciente.

Finalidade dos Registros

Várias são as formas de registros que podemos utilizar para gerar informações, estes representam documentos preciosos utilizados por todos os profissionais da equipe. Suas finalidades incluem:

Comunicação: O registro serve como veículo através do qual os membros da equipe de saúde participam suas contribuições para os cuidados do paciente.

Ensino: O registro da história do paciente, orientação médica e resposta às terapias é um excelente recurso para ensino dos profissionais.

Avaliação: As informações do registro completam as observações e contribuições pessoais do profissional. O registro contém dados para explicar e confirmar observações e refutar interpretações.

Pesquisa: dados estatísticos podem ser levantados com objetivo de pesquisas.

Documentação Legal: O prontuário de um paciente é um documento legal se for usado como prova em corte de justiça.

Auditoria: Através destes registros podem-se ter dados do grau de cumprimento dos padrões assegurados de qualidade.

Regras para elaboração de Registros nos Prontuários

Essas regras podem proteger os profissionais e a instituição contra uma ação judicial.



Prontuário – Fonte:

<http://www.meuprontuario.net/prontuario-medico/blog-corporativo/definicao-do-prontuario-medico.html>

- ✓ Se um erro for cometido durante um registro, o profissional não deverá apagá-lo ou rasurá-lo.
- ✓ O profissional deve riscar o registro com uma única linha, escrever a palavra “erro” e assinar ou colocar suas iniciais. A seguir, ele faz o registro correto.

Exemplo: Visitei Sr Maria Rosa Vieira que no momento da visita apresentava-se com a PA 140X100 erro 150x100.

- ✓ Não deixe espaço em branco em uma anotação;
- ✓ Registre apenas os fatos;
- ✓ É importante que as informações registradas sejam verdadeiras e completas;
- ✓ As anotações realizadas em prontuários devem ser legíveis;
- ✓ O profissional não deve confiar na memória ao registrar as informações;
- ✓ Se o profissional questiona uma prescrição, ele deverá registrar o fato;
- ✓ Sempre registre por você mesmo e nunca por outra pessoa.

Referências

POTTER , Patrícia A. Perry Anne G. Grande Tratado De Enfermagem. Prática. 3ªed. São Paulo,1998.

CHIAVENATO, Idalberto.Administração – Teorias, processo e Prática. 3ª ed. São Paulo: Makron Books,2000.

CHIAVENATO, Idalberto. Administração de recursos humanos: fundamentos básicos. 7ªed.rev. e atual. – Barueri, São Paulo: Manole, 2009. (série recursos humanos).

Módulo III

Parte II

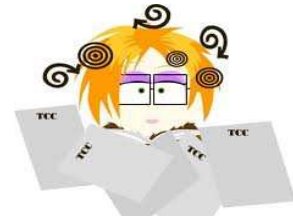


Ampulheta 2 – fonte: <http://www.recreioline.com.br/licao-de-casa/quando-surgiu-a-ampulheta-e-para-que-ela-serve-nos-dias-de-hoje>

Organização do trabalho

Gerenciamento do tempo

Planejamento e Organização do Serviço



Organização–fonte:jackiemakeup.com.br

O planejamento determina antecipadamente o que se deve fazer e quais objetivos devem ser alcançados e visa dar condições racionais para que se organize e dirija a sua instituição ou seus departamentos a partir de certas hipóteses a respeito da realidade atual e futura.

O Planejamento é um processo permanente e contínuo pois é realizado continuamente dentro da instituição e não se esgota na simples montagem de um plano de ação.

O Planejamento é sempre voltado para o futuro e está intimamente ligado com a previsão embora não se confunda com ela.

O planejamento é uma relação entre coisas a fazer e o tempo disponível para fazê-las.

É com o futuro que o planejamento se preocupa.

O Planejamento é uma técnica de coordenação que permite a coordenação de várias atividades no sentido da realização dos objetivos desejados de maneira eficaz.

O Planejamento é uma técnica de mudança e de inovação. O Planejamento é uma das melhores maneiras de se introduzir deliberadamente mudança e inovação dentro da instituição, sob uma forma previamente definida e programada.

Planejamentos, por definição, se referem à criação de expectativas.

As atividades são planejadas para que, no final, algo seja entregue ou realizado conforme esperado.

Por exemplo: um Agente Comunitário de Saúde planejando como realizará uma atividade de educação em saúde ou como entregará seus relatórios no prazo determinado ou como realizará suas visitas domiciliares dura o mês.



Planejamento - fonte:
carreiras.empregos.com.br

Podemos concluir que planejar:

É a previsão do futuro, é quando estimamos o quanto e o quê entregaremos ao completar esse plano.

Pense antes de fazer, planeje seu trabalho, organize-se, e só então faça”.

Frederick Taylor, engenheiro norte americano (1856-1915)

Gerenciamento do Tempo

Gerenciar o tempo não é uma tarefa simples, mas pode e deve ser feita, pois gerenciar o tempo, libera mais tempo para outras tarefas igualmente importantes.



Relógio –

Fonte:iapcursos.com.br

Como gerenciar melhor o seu tempo?

1ª Comece o dia com o objetivo em mente. (Stephen Covey)

2ª Visualize sempre que possível o resultado que deseja atingir usando a imaginação. (Stephen Covey)

3ª Primeiro faça o mais importante e mantenha também suas prioridades em ordem (Stephen Covey).

4ª Tenha o hábito de planejar sua semana de trabalho e também de priorizar o seu dia-a-dia. (Christian Barbosa em seu livro Tríade do Tempo)

5ª Busque sempre o equilíbrio pessoal e profissional.

6ª Avalie em períodos pré-determinados a evolução e os resultados alcançados.

7ª Não procrastine, ou seja, não fique adiando as atividades que você mesmo agendou e assumiu fazer.

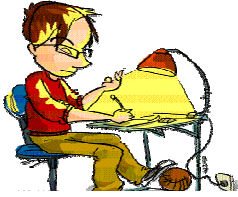
8ª Não busque priorizar a agenda, o sucesso pessoal vem de agendar suas prioridades. (Stephen Covey)



Ampulheta-fonte:
basedetestedesoftware.blogspot.com

Para finalizar tenha uma missão pessoal escrita. Ela serve de apoio e fortalecimento de seu propósito de vida quando as dúvidas surgirem durante sua caminhada.

Marcelo Nascimento



Escritório- fonte:
basedetestedesoftware.blogspot.com

Veja o que algumas personalidades de nossa história relatam sobre o tempo

“Falta de tempo é desculpa daqueles que perdem tempo por falta de métodos!”.

Albert Einstein, físico alemão (1879-1955)

“Aqueles que utilizam o seu tempo da pior maneira são os primeiros a se queixar de sua brevidade”.

Jean de La Bruyère, ensaísta e moralista francês (1645-1696)

“Quem não sabe administrar seu tempo não pode administrar qualquer coisa”.

Peter Drucker, economista e escritor austríaco (1909-2005)

“Se aproveitares bem o dia de hoje, dependerás menos do de amanhã”.

Sêneca, filósofo romano (4 a.C.-65 a.C.)



Tempo1-Fonte: onlinelearninginsights.wordpress.com

Como Planejar meu mês?

Comece com um cronograma de atividades mensais.

Planeje suas atividades diárias, tendo como referência os dias úteis do mês.

Cronograma de atividades mensais 2012 - ACS

Segunda – feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
				01
04	05	06	07 Feriado	08 Ponto Facultativo
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29

Utilização da Ficha A como instrumento de avaliação de risco

A utilização da ficha A como instrumento de avaliação de risco facilita muito pois não demanda o preenchimento de outra ficha para avaliar a comunidade.

A Escala de Coelho para avaliação de risco para atendimento domiciliar representa uma maneira simples, fácil e clara de priorizar o atendimento nas VD;

Ressalta-se que este projeto pode ser utilizado tanto para se estabelecer prioridades dentro de uma ESF, quanto para se destinar maior ou menor quantidade de recursos para diferentes equipes e/ou microáreas de acordo com o levantamento realizado.

Ficha A

Ficha A - frente - modelo

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA				UF
ENDEREÇO		NÚMERO	BAIRRO		CEP	
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA	
CADASTRO DA FAMÍLIA						
PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO	OCCUPAÇÃO	QUANTIA DE CONDIÇÃO REFERIDA NUNCA
NOBRE				Sim Não		
PESSOAS DE 0 A 14 ANOS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNCIA A ESCOLA	OCCUPAÇÃO	QUANTIA DE CONDIÇÃO REFERIDA NUNCA
NOBRE				Sim Não		

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO	
TIPO DE CASA	TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO
Tijolo/Adobe	Filtração
Talpa revestida	Fervura
Talpa não revestida	Cloração
Madeira	Sem tratamento
Material aprovilhado	ABASTECIMENTO DE ÁGUA
Outro - Especificar:	Rede geral
Número de cômodos / peças	Popo ou nascente
Energia elétrica	Outros
DESTINO DO LIXO	DESTINO DE FEZES E URINA
Coletado	Sistema de esgoto (rede geral)
Queimado / Enterrado	Fossa
Côa aberto	Côa aberto
OUTRAS INFORMAÇÕES	
Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde
Nome do Plano de Saúde	
EM CASO DE DOENÇA PROCURA	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS
Hospital	Cooperativa
Unidade de Saúde	Grupo religioso
Benzedeira	Associações
Farmácia	Outros - Especificar:
Outros - Especificar:	MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	Ônibus
Rádio	Caminhão
Televisão	Carro
Outros - Especificar:	Carroça
	Outros - Especificar
OBSERVAÇÕES	

Quadro01. Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco.

Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição (Grave)	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Menor de seis meses	1

Quadro 02. Classificação das famílias segundo a pontuação.

Escore 5 ou 6 = (R1)

Escore 7 ou 8 = (R2)

Maior que 9 = (R3)

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco, que varia de R1 – risco menor – a R3 – risco máximo.

Estudo de Caso

Cena 1:

Na equipe A, com área de abrangência composta por 960 famílias (Total de usuários: 3870), a partir da aplicação da escala de risco, foram identificadas 38 famílias (3,95%) que se apresentavam com escore mínimo de 5, o que totalizou 219 usuários (5,66%). Os resultados classificados por risco e microárea estão expostos nas tabelas a seguir.

**Classificação das Famílias de acordo com a escala de risco por Microárea– Equipe 84,
Contagem-MG, 2002**

Microáreas	Risco 01	Risco 02	Risco 03	Total
Microárea 1	01	01	01	03
Microárea 2	03	01	01	05
Microárea 3	06	04	01	11
Microárea 4	02	03	01	06
Microárea 5	07	04	02	13
Total	19	13	06	38

Fonte: Ficha A/SIAB, Equipe 84, Contagem-MG.

Tabela 2 - Classificação das Famílias de acordo com a escala de risco – Equipe 84, Contagem-MG, 2002.

Escore de Risco das Famílias	Número de famílias
Escore Inferior a 5	922
Escore 5 ou 6 (R1)	19
Escore 7 ou 8 (R2)	13
Escore 9 ou maior (R3)	6
Total	960

Fonte: Ficha A/SIAB, Equipe 84, Contagem-MG.

Avaliação Estratégica

Podemos verificar que dentro de uma mesma equipe, diferentes microáreas possuem diferentes avaliações de risco podendo-se, a partir daí, estabelecer estratégias para priorizar VD naquelas regiões de maior necessidade. Além disso, o investimento de recursos tanto humanos quanto financeiros pode seguir a mesma estratégia.

É importante após a aplicação e estruturação da demanda avaliar se ocorrerá melhora na classificação de risco das famílias priorizadas, bem como se a sua utilização não irá piorar os escores daquelas famílias classificadas como de “risco baixo” que teoricamente seriam preteridas nas Visita Domiciliar..

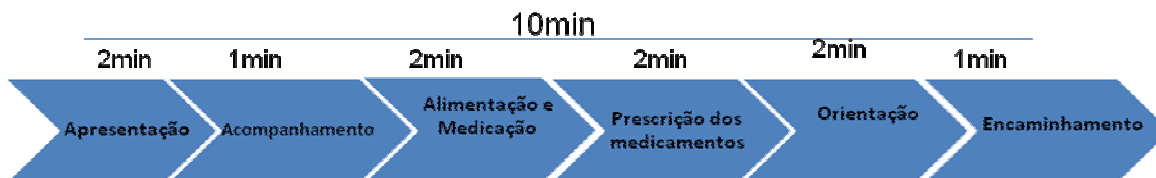
Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares é mais um indicador da sensibilidade da Escala no sentido de definir, dentre os usuários do sistema, aqueles que demandam maior atenção.



Família2fonte:
ministeriofamiliaeterna.blogspot.com

Planejamento das visitas domiciliares por grupos específicos

HIPERTENSOS



1.0 -Perguntar como ele está e pedir o seu cartão? 2.0min

2.0 – Verificar se o paciente tem aferido sua pressão arterial regularmente, anotar a última aferição realizada no mês, assim como a última consulta realizada e

orientar sua importância?1.0min

3.0 - Perguntar a respeito da alimentação e a medicação?2.0min

4.0 – Verificar os medicamentos que o paciente está tomando, observar a prescrição e realizar orientação. 2.0min

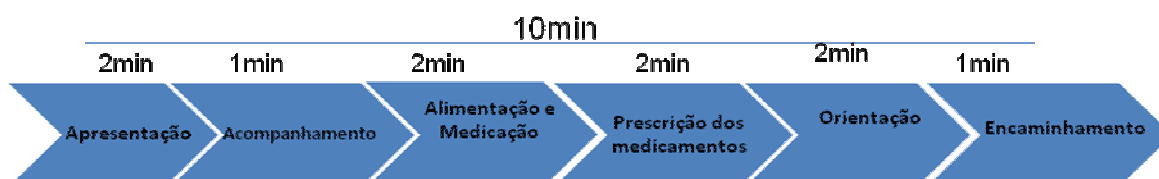
5.0- Realizar orientação aos hipertensos e aos outros membros da família, quanto a importância de prevenir os problemas relacionados à hipertensão arterial e aos fatores de risco (tabagismo, etilismo, consumo de sal, obesidade, sedentarismo e estresse). 2.0m

6.0- Encaminhar o paciente e os membros da família quando necessário para unidade básica de saúde. 1.0min



Hipertenso-fonte: clinicmed.site.med.

DIABÉTICOS



1.0 - Pedir o cartão do paciente? 2.0min

2.0- Averiguar se o paciente tem verificado regularmente sua glicose, anotar a última verificação, assim como a última consulta realizada no mês e orientar sua importância.1.0min

3.0 - Perguntar a respeito da alimentação e a medicação.2.0m



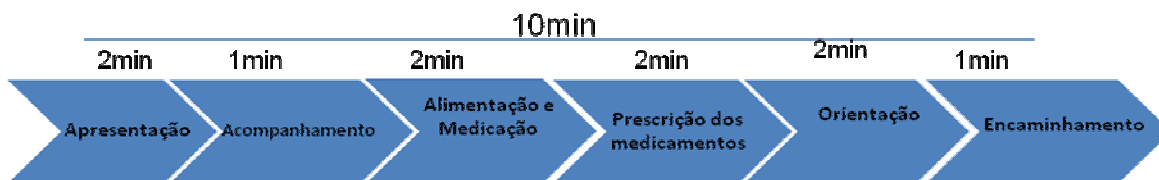
Diabético – fonte: www.aliinado.net

4.0- Verificar os medicamentos que o paciente está tomando, observar a prescrição e realizar orientação. 2.0min

5.0 -Realizar orientação aos Diabéticos e aos outros membros da família, quanto à importância de prevenir os problemas relacionados à diabetes e aos fatores de risco (tabagismo, etilismo, obesidade, sedentarismo e estresse), assim como suas complicações. 2.0m

6.0 - Observar presença de feridas ou lesões na pele, principalmente no pé e realizar orientações a respeito. Encaminhar o paciente e os membros da família quando necessário para unidade básica de saúde. 1.0min

PACIENTE ACAMADO



1.0 - Pedir ao acompanhante o cartão do paciente acamado. 2.0min

2.0 - Anotar a última consulta realizada no mês e orientar sobre sua importância

e agendar a próxima. 1.0min

3.0 - Perguntar a respeito da alimentação e a medicação. 2.0min

4.0-Verificar os medicamentos que o paciente está tomando, observar a prescrição e realizar orientação. 2.0min

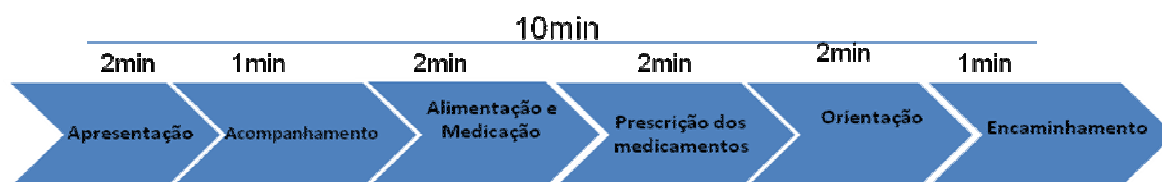
5.0- Realizar orientação ao paciente e aos outros membros da família, quanto à importância de prevenir os problemas relacionados ao seu problema de saúde e aos fatores de risco por ser um paciente acamado assim como suas complicações. 2.0m

6.0- Observar presença de feridas ou lesões na pele e a higiene do paciente. Encaminhar o paciente e os membros da família quando necessário para unidade básica de saúde. 1.0min



Acamado- fonte:
negociocerto.webs.com

GESTANTE



1.0 - Pedir o cartão da gestante. 2.0min

2.0 - Anotar a última consulta realizada pela gestante assim como peso, pressão e vacinas e orientar sua importância. 1.0min

3.0 - Perguntar a respeito da alimentação e a medicação. 2.0min

4.0 - Verificar os medicamentos que o paciente está tomando, observar a prescrição e realizar orientação. 2.0min

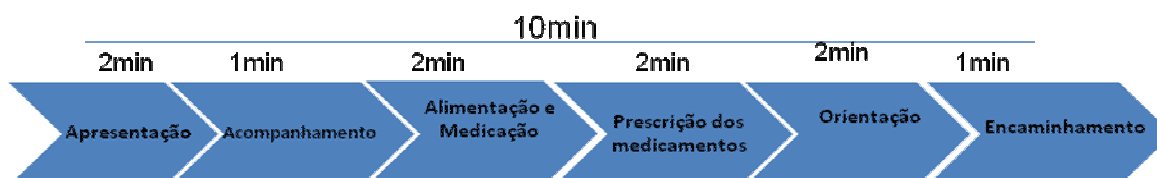
5.0 - Realizar orientação a gestante e aos outros membros da família, quanto à importância de prevenir os problemas relacionados à gestação e aos fatores de risco (tabagismo, etilismo, uso de drogas, consumo de sal, obesidade, sedentarismo e estresse). 2.0min

6.0 - Orientar a respeito da amamentação. Encaminhar o paciente e os membros da família quando necessário para unidade básica de saúde. 1.0min



Gestante- fonte: smallpieceofthesky.wordpress.com

PUERPERA



1.0 - Pedir o cartão da puerpera e o da criança. 1.0min

2.0 - Orientar a puerpera a importância da consulta puerperal . 2.0min

3.0 - Orientar a respeito da amamentação e da vacinação da criança. 2.0min

4.0 - Observar a amamentação e realizar orientação. 2.0

5.0 - Realizar orientação à puerpera e aos outros membros da família, quanto à importância dos cuidados com a higiene para prevenir infecções tanto no bebê quanto na puerpera e a importância de uma boa alimentação para a puerpera ter uma boa condição de amamentar. Encaminhar o paciente e os membros da família quando necessário para unidade básica de saúde (falar a respeito do planejamento familiar). 3min



Puerperafonte: cursogestantesipj.blogspot.com

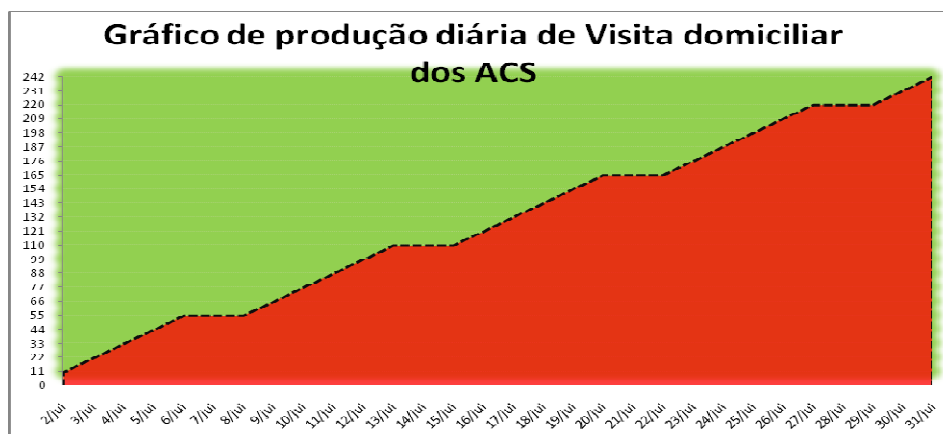
Orientações importantes no planejamento da visitas domiciliares

A cada paciente a mais na família que encontra-se nessa classificação acrescenta-se mais 05 minutos a essa visita. Por exemplo.: em uma casa com 5 pacientes hipertensos Primeiro = 10 minutos e os outros quatro pacientes hipertensos + cinco minutos pois os passos de pegar o cartão para olhar e realizar a orientação podem ser feitos para todos integrantes da família de uma só vez, assim como os encaminhamentos contabilizando um tempo total de 30 minutos por visita.

Isso resulta em uma economia de 20 minutos.

Observação: Algumas orientações deverão ser individuais, por exemplo.: uso de determinados medicamentos.

Acompanhe sua produtividade pelo gráfico:



Por exemplo: Para saber quantas visitas domiciliares cada agente comunitário deve realizar diariamente deve-se pegar o número de famílias e dividir pelo número de dias úteis que terá para realizar as visitas durante o mês, desta maneira o agente comunitário terá uma base de quantas visitas ele deverá realizar por dia.

Neste gráfico previmos uma média de visitas em que um agente comunitário que deverá realizar 242 em 22 dias, deverá realizar 11 visitas diárias.

Os Agentes Comunitários devem registrar diariamente suas visitas realizadas durante mês e observar como vai sua produtividade diária. Se estiver abaixo da linha deve intensificar suas atividades para se manter organizado de maneira a gerenciar melhor seu tempo.

Referência

COELHO, Flávio Lúcio G1; SAVASSI, Leonardo CM2. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.

<http://www.smmfc.org.br/Escaladerisco.doc> Consulta realizada em 20/05/12.

COVEY, Stephen R.,1932. Os 7 hábitos das pessoas altamente eficazes/Stephen R. Covey; tradução: Alberto Cabral Furaso, Márcia do Carmo Felismino Fusaro, Claudia Gerpe Duarte; consultoria Teresa campos Salles. 42ªed.Rio de Janeiro: Best Seller,2011.

Chiavenato, Idalberto.Administração – Teorias, processo e Prática. São Paulo: Makron Books, 2000, 3ªedição.

Marcelo Nascimento.Técnicas Para Melhorar Sua Administração Pessoal Do Tempo. 2011. Disponível em:<http://mnascimentoadm.blogspot.com.br/2011/01/tecnicas-para-melhorar-sua.html>. Consulta realizada dia 19/05/2012.

Pré-protocolo de atenção domiciliar para o município de Florianópolis. Disponível em:http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.51.23.19d2194ecedc16f5750849dddfb21f0e.pdf. Consulta realizada dia 19/05/2012.

Módulo IV

Parte I



<http://rhemhospitalidade.blogspot.com.br/2010/03/o-papel-do-lider-na-conducao-de-sua.html>

Liderança

O que é Liderança ?



É a influência interpessoal exercida em uma situação e dirigida por meio do processo da comunicação humana à consecução de um ou mais objetivos específicos.

A liderança é um fenômeno social e ocorre exclusivamente em grupos sociais.

É um tipo de influência.

Líder 2 – Fonte:

<http://leold7.org.br/2011/08/03/falando-em-lideranca/>

Características de um líder:

Mostrar o caminho além do horizonte: O líder é quem alinha o grupo em torno de uma visão, mostrando o caminho a ser percorrido e garantindo o comprometimento de todos para chegar lá.

A liderança é a capacidade de influenciar pessoas para fazerem aquilo que devem fazer.

O líder exerce influência sobre as pessoas, conduzindo suas percepções de objetivos em direção aos seus objetivos alvos.

Fornecer ferramentas e monitorar os trabalhos: O líder é responsável por acompanhar e cobrar as atividades de cada um. Assim, ele deve fornecer quaisquer ferramentas e/ou orientações para que todos façam sua parte da melhor forma.

Inspirar pelo exemplo: O líder é como um ídolo, transparecendo confiança, direção, pulso firme, honestidade e que sabe como e o quê fazer.

Saia da zona de conforto

- ✓ Pare de transferir responsabilidades e compromissos;
- ✓ Assuma seu papel;
- ✓ Assuma sua identidade;
- ✓ Saia de cima do muro;
- ✓ Se posicione.



Líder 3 – Fonte:

<http://www.esoterikha.com/coaching-pnl/o-que-e-lideranca-caracteristicas-de-um-lider-definicao-e-conceitos-archarm.php>



Líder 4 – Fonte:

<http://estudoscristaos.com/2010/07/cura-interior-sinais-de-maturidade-eimaturidade.html/lideranca>

Referência

CHIAVENATO, Idalberto. Administração – Teorias, processo e Prática. 3ª ed. São Paulo: Makron Books, 2000.
<http://www.saiadolugar.com.br/lideranca/o-que-e-lideranca/>

Módulo IV

Parte II



Motivação – Fonte:

<http://pontoterapeutico.blogspot.com.br/2013/04/o-incrivel-poder-da-motivacao.html>

Relacionamento Interpessoal

Motivação

O que gera desmotivação?

O iceberg do problema



Iceberg – fonte:

<http://equilibriocorpoelemente.wordpress.com/2010/07/27/motivacao-interna-x-motivacao-externa/>

Motivação Humana

Motivo é o impulso que leva a pessoa a agir de determinada maneira, isto é, que dá origem a um comportamento específico. Esse impulso pode ser provocado por estímulo externo ou pode ser gerado internamente nos processos mentais do indivíduo.

Ciclo Motivacional

O comportamento humano pode ser explicado por meio do ciclo motivacional, isto é, o processo pelo qual as necessidades condicionam o comportamento humano, levando-o a algum estado de resolução.

As necessidades ou motivos não são estáticos; ao contrário, são forças dinâmicas e persistentes que provocam comportamento.

A necessidade quando surge rompe o equilíbrio do organismo, causando um estado de tensão, insatisfação, desconforto e desequilíbrio.

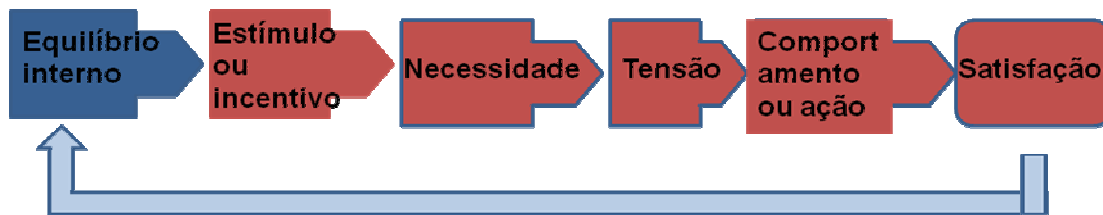


Ciclo – Fonte:

<http://www.portaleducacao.com.br/administracao/artigos/38902/avaliacao-de-desempenho-ferramenta-de-motivacao>

Esse estado leva o indivíduo a um comportamento ou ação capaz de descarregar a tensão ou livrá-lo do desconforto e do desequilíbrio.

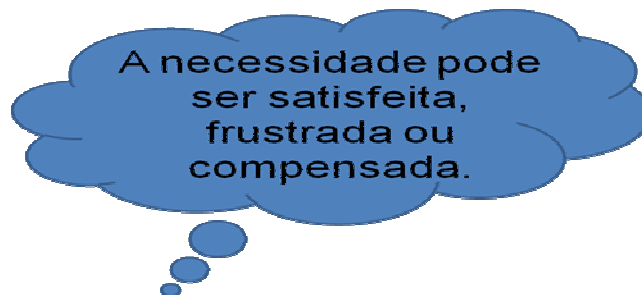
Se o comportamento for eficaz, o indivíduo encontrará a satisfação da necessidade e, portanto a descarga da tensão provocada por ela. Satisfeita a necessidade, o organismo volta ao estado de equilíbrio anterior e à sua forma normal de ajustamento ao ambiente.



Etapas do ciclo motivacional com satisfação de uma necessidade.

Fonte: CHIAVENATO, Idalberto. Administração – Teorias, processo e Prática. 3ª ed. São Paulo: Makron Books, 2000, 303.

No ciclo motivacional



A insatisfação é a principal motivadora do progresso.

Thomas Edison

A teoria da motivação desenvolvida por Maslow afirma as necessidades humanas estão organizadas em uma hierarquia de necessidades formando uma espécie de pirâmide.



que

Motivado- fonte:

<http://alinecastro.com.br/2012/02/15/a-motivacao-em-14-passos/>

Hierarquia das Necessidades

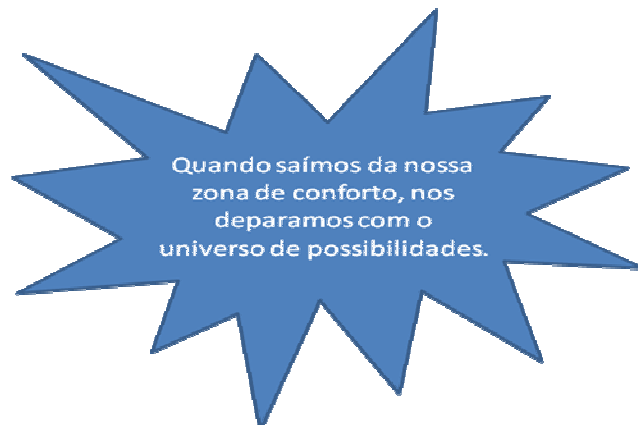


Fonte: CHIAVENATO, Idalberto. Administração – Teoria, Processo e Práticas. São Paulo: Makron Books, 2000. 3ª edição. pg304

Hierarquia das Necessidades

- ▶ **Necessidades fisiológicas:** são as necessidades vegetativas relacionadas com a fome, o cansaço, o sono, o desejo sexual etc.
- ▶ **Necessidades de segurança:** levam o indivíduo a proteger-se de todo perigo real ou imaginário, físico ou abstrato.
- ▶ **Necessidades sociais:** relacionado com a vida associativa do indivíduo com outras pessoas: amor, afeição e participação levam o indivíduo à adaptação social ou não.
- ▶ **Necessidades de estima:** relacionadas com a auto-avaliação e auto-estima dos indivíduos.
- ▶ **Necessidades de auto-realização:** relacionadas com o desejo de cumprir a tendência que cada indivíduo tem de realizar o seu potencial.

Saia sua Zona de conforto



Para se ter sucesso, é necessário amar de verdade o que se faz. Caso contrário, levando em conta apenas o lado racional, você simplesmente desiste. É o que acontece com a maioria das pessoas.

Steve Jobs

Se fizéssemos todas aquelas coisas de que somos capazes, nós nos surpreenderíamos a nós mesmos.

Thomas Edison

Referência Bibliográficas

CHIAVENATO, Idalberto. Administração – Teorias, processo e Prática. 3ª ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

CHIAVENATO, Idalberto. Administração de recursos humanos: fundamentos básicos. 7ª ed. rev. e atual. – Barueri, São Paulo: Manole, 2009. (série

Módulo V



Dinâmica de grupo-
<http://toquedemotivacao.com.br/tag/dinamicas-de->



Apresentação dos resultados –
<http://engenhariacotidiana.com/como-apresentar-trabalhos-parte-i/>

Dinâmicas de grupo

Apresentação dos trabalhos realizados pelos Agentes Comunitários durante a Educação Permanente

Avaliação da Educação Continuada



1º No primeiro momento do módulo os agentes comunitários deverão responder um questionário que irá avaliar seus conhecimentos adquiridos após o curso aplicado.

Notas – fonte:
<http://studentunitypower.org/school-test.html>

2º Apresentação de Filme – Objetivando a Reflexão: Como anda nossas atitudes?

Vídeo do you tube – Só Pra quem reclama da vida. Disponível em
<https://www.youtube.com/watch?v=NF9jDVyLV6s>

3º Apresentação dos trabalhos realizados pelos agentes comunitários após realizar a Educação Permanente.



Apresentação dos resultados –
<http://engenhariacotidiana.com/como-apresentar-trabalhos-parte-i/>

4º Dinâmicas de Grupo

- ✓ Façam o contorno de uma das mãos em uma folha;
- ✓ Em outra folha faça o desenho de um dos pés.
- ✓ Desenhar nas demais folhas um coração e uma cabeça, respectivamente.
- ✓ Escrever no pé desenhado o que o grupo proporcionou para o seu caminhar Escrever dentro da mão desenhada o que possui

para oferecer ao grupo. No coração, colocar o sentimento em relação

ao grupo. Na cabeça, as idéias que surgiram na convivência com o grupo.



Dinâmica de grupo-

<http://toquedemotivacao.com.br/tag/dinamicas-de->

- ✓ Formar quatro subgrupos.
- ✓ Fazer um painel por subgrupo, utilizando todos os desenhos da parte do corpo que lhe coube, evidenciando os pontos levantados anteriormente, de modo a representar: * com os pés, a caminhada do grupo; * com as mãos, o que o grupo oferece; * com os corações, os sentimentos existentes no grupo; * com as cabeças, as idéias surgidas a partir da convivência grupal.
- ✓ Cada subgrupo apresenta seu painel.

- ✓ Plenário - dizer para o grupo o que mais lhe chamou a atenção de tudo o que viu e ouviu.

5º Encerramento do Curso com dois filmes – o primeiro com objetivo de nos motivar e o outro de reflexão.

Vídeo do Youtube - Atitudes de um vencedor. Disponível em

http://www.youtube.com/watch?v=wgKS7x_uA-w

Vídeo do Youtube – O melhor vídeo motivacional de 2012. Disponível em

<http://www.youtube.com/watch?v=BVTgm5etRcM>