

- os participantes devem escolher quem vai coordenar, relatar e anotar o resultado das discussões;
- é muito importante que todos participem, ouvindo, discutindo, dando sua opinião;
- nas primeiras reuniões, algumas pessoas podem ficar muito inibidas, portanto não podemos forçar a participação. É bom incentivar e estabelecer uma relação de ajuda e respeito a essas pessoas.

**O quarto passo é a avaliação:**

- a avaliação precisa ser feita com a participação das pessoas, verificando se as suas expectativas e dúvidas foram todas respondidas e se o objetivo proposto foi alcançado. A avaliação é importante para o ACS saber o que deu certo e o que foi ruim e assim procurar corrigir e planejar melhor as próximas reuniões.



# APRENDER COM A COMUNIDADE

David Werner e Bill Bower

A função mais importante do agente de saúde, num programa comunitário, não é dar atendimento. Também não é simplesmente servir de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde externo. É ajudar as pessoas a encontrar soluções mais eficazes para os problemas.

Por isso, o agente precisa compreender profundamente os pontos fortes e os pontos fracos da comunidade e a sua característica específica. Com as pessoas da comunidade, o agente de saúde vai conhecer melhor os...

## **Problemas**

- problemas de saúde locais e suas causas
- outros problemas que afetam o bem estar das pessoas
- problemas que as pessoas consideram graves

## **Fatores Sociais**

- crenças, costumes e hábitos que afetam a saúde
- estrutura familiar e social
- formas tradicionais de cura e solução de problemas
- como as pessoas se relacionam umas com as outras
- como as pessoas aprendem (por tradição e na escola)
- quem controla quem e o quê (distribuição de terras, poder e recursos)

## **Recursos**

- pessoas habilidosas: líder, curandeiro, contador de histórias, artistas, artesão, professores...
- terras, colheitas, fontes de alimentos, fontes de combustível (lenha, etc...), água
- fornecimento de roupa e material de construção
- feiras, lojas, transporte, comunicações, ferramentas

## **Como obter informações sobre a comunidade**

Não existem regras ou um jeito "certo" para obter informações

\*Ensinando e Aprendendo a Cuidar da Saúde, 1984

sobre uma comunidade. Eis algumas idéias:

1. Visite as famílias para conhecê-las. **Não comece com um levantamento.** A informação obtida em uma visita informal é mais verdadeira e mais útil. Coloque os problemas e sentimentos das pessoas em primeiro lugar. Ouça, ofereça ajuda, e só depois de haver um relacionamento de confiança e amizade obtenha informações.

2. Quando coletar informações, **descubra quais problemas as pessoas acham mais importantes** e querem resolver primeiro. **Preste atenção** como querem resolver os problemas.

3. **Peça somente informações que têm sentido** (e não simplesmente porque mandaram perguntar). Verifique se o pessoal entende por que a informação é necessária. Por exemplo, os pais devem saber por que você pesa as crianças, antes de você pesá-las.

4. **Faça as pessoas participarem da coleta de dados.**

O estudo precisa ser feito pelas pessoas, não apenas sobre as pessoas.

5. Quando estiver fazendo um levantamento ou diagnóstico de comunidade, **evite extensos questionários escritos.** Não escreva enquanto a pessoa fala, ouça com atenção e **anote depois.** Seja sempre sincero quanto ao objetivo da sua visita.

6. Torne o levantamento uma oportunidade para ensinar e aprender. **Faça perguntas não apenas para obter informações, mas também para levar as pessoas a pensarem de novas maneiras.** Por exemplo, em vez de perguntar, "Quantos sabem ler na sua família?", pergunte também, "Que vantagem há em saber ler e escrever?", "A escola ensina seus filhos o que eles estão precisando saber?", "Se a escola não ensina, quem ensina?. (Você encontra perguntas desse tipo em "Onde não há médico", p. 10 a 12.)

7. Observe atentamente as pessoas. Observando o modo como as pessoas agem, você descobre tantas coisas quanto fazendo perguntas. **Aprenda a olhar e ouvir.**

8. **Vá devagar, quando aconselhar as pessoas,** principalmente





quando se trata de atitudes e hábitos. Muitas vezes é melhor contar uma história onde outros resolveram um problema semelhante, de outro jeito. **Dê bom exemplo.**

**Atenção:** Onde os registros de nascimento e óbitos são bastante corretos, podem fornecer informações sem incomodar as pessoas. Uma boa coisa é comparar o número de óbitos de menores de cinco anos com o total de óbitos. Por exemplo, numa região das Filipinas, a mortalidade infantil aumentou de 35% para 70% do total de óbitos entre 1975 a 1980. Isto demonstra que as condições de saúde estão piorando!

### Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde são fatos ou acontecimentos importantes, que nos dão a idéia do nível de saúde de uma comunidade. Em geral são escolhidos itens que podem ser medidos (veja a lista ao lado). Os indicadores que podem ser medidos facilitam comparações e registros e parecem mais precisos. Mas, quando utilizamos somente indicadores mensuráveis, corremos o risco de dar pouca importância aos fatores humanos que são difíceis ou mesmo impossíveis de medir.

É um erro cometido em muitos programas – principalmente nos grandes. Por exemplo, o sucesso de programas de planejamento familiar é muitas vezes medido por indicadores como: “Até que ponto as mulheres são pressionadas para aceitar o planejamento familiar?” ou “O que o povo acha do programa que coloca mais ênfase no controle de natalidade do que em outros aspectos da saúde?”. Como ignoram esses fatores humanos difíceis de medir, alguns programas foram expulsos do local (país).

Ao avaliar as atividades comunitárias, é importante que o agente observe os indicadores humanos, mais difíceis de medir,

além dos indicadores padrão mensuráveis.

Apresentamos aqui uma lista de alguns indicadores de saúde, mensuráveis ou não. Aumente a lista à sua própria experiência.


**Indicadores mensuráveis da saúde comunitária, comumente usados**

Número ou porcentagem de:

- óbitos infantis
- óbitos de crianças abaixo de 5 anos, de adultos, etc.
- crianças bem-nutridas ou desnutridas
- crianças e gestantes vacinadas
- crianças por família (tamanho das famílias)
- casais que fazem planejamento familiar
- família com água encanada, privadas, etc.
- procura dos programas para menores de 5 anos
- casos de doenças específicas

**Indicadores mensuráveis de bem-estar comunitário, difíceis de medir**

- auto-imagem das pessoas
- tendência para a dependência ou autonomia
- exemplos de famílias que ajudam umas às outras (ou brigam)
- como são tomadas as decisões na comunidade
- como o ensino se relaciona com as necessidades da comunidade
- correção ou corrupção dos líderes
- em que medida os líderes, agentes de saúde e professores dão bom exemplo, compartilham os conhecimentos e tratam os outros como iguais
- consciência social: capacidade da população de expressar e analisar seus problemas



# O ACS – Ajudando a fazer o diagnóstico da comunidade

Neste capítulo, você, agente, vai conhecer de que forma as informações sobre a comunidade, que você aprendeu a coletar no capítulo anterior, vão ajudar no diagnóstico de saúde da sua comunidade, possibilitando à Secretaria Municipal de Saúde definir políticas de saúde que atendam às reais necessidades epidemiológicas locais

“ Eu cursava o magistério quando vieram implantar o PACS no bairro. Foram no colégio e passaram uma fita mostrando a vida do agente comunitário. Fiquei pensando, cheguei em casa e conversei com o meu esposo: "Sabe, Valmer, a gente vê os problemas dos outros e não se interessa. Eu já fiz tanta coisa errada quando estava gestante; nem sabia a importância da vacina. Fui um fracasso, por falta de orientação". Quando estava gestante, não tinha quem visitasse as famílias para levar uma palavra amiga, falar da importância do pré-natal, e sofri muito para ganhar meus meninos, senti na pele. Aí eu falei: "Por que não? Posso contribuir com as famílias e ganhar para ajudar em casa". Fiz a inscrição, passei e comecei o trabalho. As pessoas da comunidade já me conheciam e perguntavam para que era aquilo. Eu explicava: "Olha, sou agente comunitária de saúde e a gente vai trabalhar junto, vai ser uma troca de experiência. Nós somos um elo entre as famílias e o Posto de Saúde, o meu trabalho é prevenir as doenças que podemos evitar. No meu primeiro dia, não encontrei casos de encaminhamento para o Posto de Saúde; só cartão de vacina atrasado, quase todos... Hoje, graças a Deus, isso mudou . O cadastramento demorou um mês".

Antonia Carvalho de Freitas,  
Agente Comunitária de Saúde, Aliança do Tocantins, TO

## Diagnóstico de Saúde da Comunidade

A análise da situação de saúde é a primeira etapa de um programa de saúde comunitário. Não se concebe hoje um trabalho sério de cuidados primários de saúde sem esse diagnóstico, que envolve a participação popular, a abordagem intersetorial e a descentralização da política de saúde.

O ideal é que o diagnóstico comunitário seja feito pela comunidade, com a equipe de saúde, num trabalho coletivo de identificação e auto-análise dos problemas, necessidades e recursos desta comunidade, de sua qualidade de vida.

É dando a palavra à comunidade, escutando-a, favorecendo a expressão de suas necessidades, que a equipe de saúde fica conhecendo o que essa comunidade sabe sobre seus problemas, necessidades e recursos em



relação à saúde. Nem sempre o que a equipe percebe e identifica como prioridade é o que a comunidade quer e precisa. Por exemplo, às vezes uma comunidade quer se organizar por um melhor serviço de água e o serviço de saúde se organiza em torno de um programa intensivo de planejamento familiar.

Como a saúde está muito relacionada às condições de vida, fazer uma análise do que se precisa para melhorar a saúde de uma comunidade é um trabalho grande e de equipe. O Agente Comunitário de Saúde é um auxiliar valioso para isto, pois além de fazer o cadastramento das famílias da sua área, faz o mapeamento e reúne a comunidade para, juntos, discutirem as suas necessidades e decidirem as prioridades para a área.

O instrutor/supervisor pode ser o coordenador de um grupo de trabalho montado para fazer o diagnóstico, o que envolve não só profissionais de saúde, mas trabalhadores de outras profissões, grupos e pessoas da comunidade.

O grupo de trabalho é que vai definir os objetivos do diagnóstico, mobilizar os meios e recursos e avaliar os resultados. Esses resultados deverão ser sempre



complementados com mais informações, pois além de não se conseguir todos os dados no primeiro momento, as situações mudam e os dados iniciais vão sendo modificados e atualizados.

Quando se tem um diagnóstico comunitário como ponto de partida para o trabalho em saúde, as ações são planejadas, decididas e realizadas em comum, entre profissionais e comunidade, a partir de uma identificação local de problemas e recursos, de uma adaptação das prioridades do município às políticas de saúde estaduais e federais.

### **Vamos ver, agora, como as informações do cadastramento ajudam no diagnóstico da comunidade?**

Na Ficha A de cadastramento, você coleta dados sobre a idade das pessoas, se são do sexo masculino ou feminino, quantas pessoas moram em cada casa, qual a condição de saúde de cada uma.

Você cadastra a família que sai da comunidade e a que chega. Se alguém vai embora, você anota. Se alguém vem de fora para morar na comunidade, você também anota.

Esse movimento de entrada e saída de pessoas na comunidade chama-se migração.

Quando você anota tudo isso, você tem informações que vão permitir à equipe de saúde e ao grupo de trabalho que vai fazer o diagnóstico de saúde da comunidade realizar o **diagnóstico demográfico**.

### **Vamos ver o que é isso?**

Diagnóstico demográfico é a conclusão a respeito das características de uma comunidade, em relação a: número de pessoas que ali nascem, migram, morrem; o número de habitantes por idade, sexo e sua distribuição por localidade; o número de pessoas que migram; o número de óbitos.

Quando você anota a idade das pessoas das famílias, fica sabendo quantas crianças, quantos adolescentes, quantos adultos, quantos idosos há em cada família. A separação de cada um desses grupos é o que se chama **classificação por faixa etária**. Se você somar todas as pessoas de cada grupo na sua comu-

## O ACS - AJUDANDO A FAZER O DIAGNÓSTICO DA COMUNIDADE

nidade, vai ficar sabendo quantas crianças existem e de que idades, quantos adolescentes, quantos adultos e quantos idosos há na sua comunidade.

Essa classificação é importante para o diagnóstico, porque o grupo de trabalho vai poder planejar as ações de saúde, de acordo com as necessidades de cada um dos grupos.

### **Por exemplo:**

Em uma comunidade em que existam muitas crianças de menos de 5 anos, o ACS vai estar muito atento às vacinas, e pronto para o seu trabalho de orientação às mães para a prevenção das doenças, principalmente diarreia e infecções respiratórias agudas. E vai estar estimulando as mães para amamentarem os seus filhos, exclusivamente, até os seis meses de idade.

### **Outro exemplo:**

Se as mulheres em idade reprodutiva são em maior número na comunidade, é preciso planejar ações que estimulem o pré-natal entre as gestantes, exames preventivos de câncer de mama e de câncer de colo do útero, e outras doenças a que as mulheres sejam mais vulneráveis.

É importante que a equipe de saúde saiba quem está chegando e saindo da comunidade, porque quem vai pode precisar levar informações sobre a saúde da sua família para outra comunidade. E quem chega pode trazer ou não. E a equipe de saúde tem de estar atenta, pois a pessoa que vem de fora pode estar trazendo alguma doença contagiosa, como tuberculose, sarampo, etc. E assim por diante.

As informações que você anota sobre condições de moradia, ocupação, permitem saber o que as pessoas fazem para viver e como vivem. Como ganham e gastam seu dinheiro. Se têm condições de sustentar sua família ou se estão em situação de pobreza extrema, em situação de risco.

As anotações sobre o tipo de trabalho das pessoas da família dizem quais são as suas atividades econômicas. Quando anota se elas são alfabetizadas ou não, o agente está juntando dados sobre escolaridade.

As anotações sobre os meios de comunicação e de transporte também são dados que mostram as suas condições de vida.

O conjunto de todos esses dados vai permitir que a equipe de saúde, com a comunidade e outros profissionais, faça o diagnóstico sócio-econômico, com a participação do ACS.

Até agora o ACS usou sua prancheta e a Ficha A para fazer o cadastramento que trouxe dados importantes para o **diagnóstico demográfico** e o **diagnóstico sócio-econômico**. Mas é preciso ter informações sobre o meio ambiente da comunidade.

É o momento então de o ACS anotar, no seu caderno ou em outro tipo de instrumento, o que a equipe de saúde determinar sobre a água, a terra, a vegetação, o relevo e o clima do lugar onde ele vive e trabalha.

O meio ambiente tem enorme influência sobre a saúde das pessoas. Nas grandes cidades, por exemplo, o ar cheio de fumaça das fábricas, dos carros, caminhões e ônibus traz prejuízos à respiração. Quem mora em região com umidade baixa, isto é com clima muito seco, precisa tomar cuidado com os problemas respiratórios e de desidratação.



#### **Vamos ver alguns pontos que você pode observar e anotar?**

A região onde você atua tem água em abundância ou não? tem mar? tem lagoa? tem rio? tem mangue? tem riacho? tem charco? tão tem nada disso?

A terra é seca? úmida? fértil? arenosa? boa para plantar? tem períodos longos de seca, provocando dificuldades de sobrevivência e até migração das famílias?

A vegetação, como é? mata atlântica? floresta amazônica? pampas? tabuleiros? caatinga? Você pode descrever a vegetação da sua área.

O relevo é montanhoso? plano? tem muito barranco?

O clima é quente? frio? temperado? seco? chuvoso? em que época do ano chove mais? tem problema de inundação, gerando perdas para as famílias, inclusive desabrigo? tem problemas de clima que afetam a lavoura?

São tantas as perguntas sobre meio ambiente e tantas as preocupações em preservá-lo.

Preservar é defender, proteger, resguardar. Está no dicionário e consultar o dicionário ajuda sempre a tirar dúvidas.

## O ACS - AJUDANDO A FAZER O DIAGNÓSTICO DA COMUNIDADE

Você colheu informações sobre condições da água, destino de fezes e urina e do lixo no cadastramento. Essas informações, somadas às informações sobre o meio ambiente que você anotou no seu caderno, vão ajudar a compor o diagnóstico de saúde da comunidade.

Sanear significa tornar são. Assim, saneamento básico é fazer com que as pessoas tenham condições de água tratada, esgoto, coleta de lixo, etc. Tomar providências para que as pessoas possam viver em ambiente limpo e saudável.

O meio ambiente pode ser perturbado por pessoas, por grupos, por indivíduos interessados em grandes lucros. Pode também ser prejudicado pelo modo de agir dos cidadãos e cidadãs de uma comunidade.

Onde existe a preocupação com a limpeza e com a saúde, o resultado é um lugar limpo e saudável. Onde as pessoas não dão valor à limpeza e à saúde, o resultado é sujeira por toda parte. E sujeira é uma porta aberta para as doenças.

Toda comunidade tem seus hábitos, valores e conceitos que formam a sua cultura. De um modo geral, essa cultura beneficia a saúde, ou não prejudica. Mas existem costumes e crenças que prejudicam a saúde das pessoas. As informações do cadastramento somadas a outras informações registradas em reuniões, nas visitas domiciliares, nos papos de rua, ao serem levadas para a equipe de saúde, vão ajudar a conhecer a cultura da comunidade e fazer parte do diagnóstico de saúde da comunidade.

Conhecendo a cultura da comunidade, o ACS, com orientação da unidade de Saúde, vai saber como proceder, quando as pessoas deixam de cuidar da saúde por motivos culturais, por certos tabus.

As crenças religiosas também devem ser respeitadas. Elas têm muito a ver com a saúde. Há, por exemplo, religiões que não permitem transfusão de sangue; outras que só aceitam métodos naturais de planejamento familiar. Há os dias santificados que são diferentes para cada religião. Há outras religiões que têm profunda influência na alimentação dos fiéis, etc.

Todos os dados sobre religião são importantes para a equipe de saúde.



Assim, todos os dados sobre os aspectos culturais precisam ser anotados, com muita atenção pelo ACS, e analisados com muito cuidado pela equipe de saúde.

Essas informações são preciosas no momento de se planejar as ações preventivas. Em muitos lugares, existem pessoas da comunidade que lidam com a cura, usando métodos populares tradicionais.

Raizeiros, benzedores e curandeiros conhecem a comunidade, sabem dizer em que as pessoas mais acreditam, podem mostrar as plantas que usam. O ACS pode conversar com a equipe de saúde sobre as informações anotadas e, com mais conhecimento sobre o assunto, pode passar orientações seguras sobre a utilização ou não dos medicamentos alternativos.

Como você pode ver, é preciso ter muita informação sobre uma comunidade para que se possa fazer o seu diagnóstico de saúde.

O Agente Comunitário de Saúde faz parte da equipe que realiza o diagnóstico de saúde da comunidade e, sob a coordenação do instrutor/supervisor, consegue as informações de muitas maneiras: cadastrando as famílias, mapeando as Microáreas de Risco, organizando reuniões comunitárias, conversando com as pessoas que lidam com o povo: pessoal das associações comunitárias, padres, pastores, professores, farmacêuticos, políticos, parteiras, curandeiros e outros mais. Os cartórios da cidade podem ser fonte de informação sobre número de registro de crianças nos últimos dois anos, situação legal das terras onde as pessoas moram, origem de certos bairros, etc.

Assim, você vai "juntando" esses conhecimentos. Uns completarão os outros. Dessa maneira, você vai conhecendo sua comunidade e ajudando no diagnóstico de saúde da comunidade.

Você não estará sozinho nesse trabalho!

Você terá a orientação do seu instrutor/supervisor sobre as maneiras de recolher esses dados. Para facilitar o trabalho, procure reunir-se com ele uma vez por semana. Vá contando e registrando os dados da ficha e esclarecendo suas dúvidas



sobre o preenchimento dessa ficha e a consolidação dos dados. Assim, juntos, vocês irão descobrindo quais são as situações de risco, as Microáreas de Risco e quais são as famílias em situação de risco da sua comunidade.

Exemplo: Se a comunidade não tem água tratada, isto é uma situação de risco e a área onde a pessoas vivem é uma Microárea de Risco. Se uma família tem uma criança que nasceu com menos de 2.500 gramas, é considerada família em situação de risco.

Você poderá, então, planejar o seu trabalho, dando prioridade para aquelas famílias que necessitam ser acompanhadas mais frequentemente.

Portanto, as famílias em situação de risco e as que pertencem aos grupos prioritários, precisam ser acompanhadas mais de perto do que as famílias que necessitam só das visitas regulares. Esse diagnóstico é um ponto de partida para você e seu instrutor/supervisor organizarem seu calendário de visitas domiciliares. O diagnóstico vai mostrar ainda a importância e o valor do seu trabalho, porque ele vai descrever como estava a situação de saúde antes, e como ficou depois de algum tempo que você iniciou sua valiosa atuação: o que você conseguiu, o que está difícil de melhorar, etc.

Todas as informações que você conseguir sobre a comunidade ajudam a organizar o seu trabalho. Algumas dessas informações você vai anotar em fichas próprias para compor o Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB - de que já falamos no cadastramento.

Para as informações que você não conseguir num primeiro momento, deixe o espaço em branco e vá preenchendo à medida em que for visitando as famílias, descobrindo as gestantes e acompanhando as crianças.

Você vai utilizar quatro fichas. Uma delas você já conhece e sabe como preencher: é a **Ficha A** - cadastramento das famílias. As outras são: **Ficha B** - Acompanhamento de gestante; **Documento C** - Cartão da Criança; **Ficha D** - registro das atividades diárias do ACS.



**Vamos, a seguir, orientar o seu preenchimento.**

#### **Ficha B - Acompanhamento da gestante**

Sempre que você fizer uma visita domiciliar, pergunte se há alguma mulher grávida na família. É importante descobrir as gestantes, o mais cedo possível, e encaminhá-las para o pré-natal na Unidade de Saúde. Em cada ficha, você vai registrar os dados de sete gestantes.

FICHA B - GES		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE DA FAMÍLIA												ANO     9   9   6									
MUNICÍPIO         4   2   0   6		SEGMENTO 		UNIDADE 		ÁREA     0   1		MICROÁREA   0   0		NOME DO ACS:													
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES																							
Identificação da Gestante		Data da última regra		Data provável do parto		Data da vacina		Estado Nutricional: D - Desnutrida N - Nutrida		Mês de gestação		Mês de gestação		Data de consulta de pré-natal		Fatores de risco		Resultado da gestação atual		Data da consulta de puerpério			
Nome: Conceição da Silva		02/ 12/ 95		09/ 09/ 96		3/ 5/ 96		N N N N		1 2 3 4 5 6 7 8 9		1 2 3 4 5 6 7 8 9				6 ou mais gestações		NV NM AB		1 2			
										8/ 3/ 96		2/ 8/ 96				Nascimento/Aborto				9/ 9/ 96			
										96		96				36 anos ou mais				96			
Endereço: Praça do Rossário, 14 Centro		OBS																Sangramento					
																		Edema					
																		Diabetes					

### Observe a Ficha B.

O primeiro quadro é para ser preenchido como você preencheu o da **Ficha A**.

Em cada espaço para identificação da gestante, você deve escrever o nome completo **1** e no campo "Endereço" **2** deve colocar rua, avenida ou praça, número e bairro.

**Data da última regra** você vai perguntar para a mulher quando foi que ela menstruou pela última vez. No espaço da data da última regra, anote dia, mês e ano correspondente ao primeiro dia do último período menstrual. Se ela não se lembrar o dia, anote só mês e ano. **3**

Para a data provável do parto **4**, o cálculo vai ser feito pelo instrutor/supervisor junto com você. Vai ser usada a regra de Nagële que consiste em adicionar à data da última menstruação, 7 dias e mais 9 meses.

Exemplo: se a última menstruação foi em 10 de novembro, a data provável do parto será 17 de agosto.



10/11	17/11	17/12	17/01	17/02	17/03	17/04	17/05	17/06	17/07	17/08
última regra										parto

**Data da Vacina ⑤** – Toda gestante deve tomar 3 doses de vacina contra o tétano. O agente deve incentivar e encaminhar todas as gestantes para tomarem a vacina, que protege o bebê contra o tétano-neonatal, que a gente chama de **Mal de 7 dias**.

Antes de começar a anotar, você deve solicitar o comprovante de vacinação, se a gestante já teve outros filhos. Você vai ver se a gestante já tomou a vacina, observando o Cartão da Gestante.

Os espaços 1, 2 e 3 servem para anotar a data em que a gestante tomou a 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> doses de Toxóide Tetânico (TT). Se a gestante tomou o esquema básico (as três doses) e a 3<sup>a</sup> dose foi tomada há menos de 5 anos da gravidez atual, escrever a palavra "Imunizada", ocupando os três campos (1, 2 e 3). Se a gestante tiver tomado a última dose há mais de 5 anos, deve receber uma dose de reforço. Anotar no campo R a data em que o reforço foi dado.

**O estado nutricional da gestante ⑥** – nutrida ou desnutrida. O estado nutricional pode ser avaliado através da "curva peso x idade gestacional" que consta do Cartão da Gestante.

Os campos de 1 a 9 correspondem aos meses de gestação. Em cada visita, no campo correspondente ao mês de gestação, anotar D, se a gestante estiver desnutrida e N, se a gestante estiver nutrida.

**Data da consulta de pré-natal** - os campos de 1 a 9 correspondem aos meses de gestação ⑦ . Em cada visita, no campo correspondente ao mês de gestação, anotar a data em que a gestante realizou consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro. Quando existe segurança de que a consulta aconteceu, mas por qualquer motivo não se sabe a data, marcar um X.

**ATENÇÃO** - considera-se consulta de pré-natal aquela realizada por médico ou enfermeiro, diretamente relacionada com a gestação, em qualquer unidade de saúde.



### Data da visita do ACS –

⑧  ACS deve anotar o dia em que realizou a visita domiciliar, isto é, quando as informações sobre o acompanhamento mensal da gestante foram obtidas.

### Fatores de Risco –

⑨ quando a gestante apresenta um dos fatores de risco selecionados, marcar um X ao lado da informação correspondente. Sendo detectado qualquer um desses fatores de risco, significa que há risco

potencial para todo o período de gestação.

São considerados fatores de risco para a gestante e a criança as seguintes condições:

- **6 ou mais gestações** - considerar todas as gestações anteriores, independentemente de seu resultado (aborto, natimorto ou nascido vivo). Não considerar a gestação atual.
- **natimorto/aborto** - ocorrência de, pelo menos, uma gestação anterior que resultou em aborto ou natimorto (ver definições no item "resultado da gestação atual").
- **36 anos e mais** - idade materna igual ou superior a 36 anos, tomando como referência a idade da mãe na data da última menstruação.
- **menos de 20 anos** - idade materna inferior a 20 anos, tomando como referência a idade da mãe na data da última menstruação.

## O ACS - AJUDANDO A FAZER O DIAGNÓSTICO DA COMUNIDADE

- **sangramento** - qualquer sangramento vaginal durante a gestação. Neste caso, o ACS deve orientar a gestante a procurar imediatamente o médico.
- **edema** - aumento de volume das pernas e/ou pés da gestante.
- **diabetes** - quando a gestante referir ser diabética. Considerar os casos de diabetes gestacional e os casos de diabetes não gestacional.
- **pressão alta** - referência de hipertensão ou da ocorrência de, pelo menos, um episódio de elevação da pressão arterial na gestação atual.

**Resultado da gestação atual** - os espaços NV, NM, e AB **10** servem para registrar o resultado da gestação atual. O ACS deve colocar a data do resultado da gestação, em um dos espaços previstos, de acordo com as situações a seguir: nascido vivo (NV), natimorto (NM) e aborto (AB).

Resultado da gestação atual		
NV	NM	AB
1/		
9/		
96/		

- **nascido vivo** - toda criança que, independentemente da duração da gestação, apresentou ao nascer (após a expulsão ou extração completa do corpo da mãe), nem que seja por algum instante, um ou mais dos seguintes sinais: respiração, batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical e/ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

- **natimorto** - óbito fetal tardio ou intermediário, ou seja, o óbito ocorrido antes da expulsão ou extração completa do corpo materno, de feto que tenha alcançado 20 semanas completas ou mais de gestação (ou peso maior que 500 gramas) e que não tenha apresentado sinais de vida após o parto (batimentos cardíacos, respiração, pulsação do cordão umbilical ou movimentos de contração voluntária).

- **Aborto** - é a expulsão do produto da gestação com menos de 20 semanas. Se não houver informação sobre idade gestacional, considere aborto o produto da concepção com peso menor ou igual a 500 gramas.

**Data da consulta de puerpério** - anotar nos espaços 1 e 2 **11** a data de cada consulta médica ou de enfermagem, no **período**, em uma Unidade de Saúde, referindo-se ao 1º e 2º mês, pós-parto.

Data da consulta de puerpério	
1	2
9/	
9/	
96/	

## FICHA C - PARA ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

O instrumento utilizado para o acompanhamento da criança - a **Ficha C** - é uma cópia do **Cartão da Criança** padronizado pelo Ministério da Saúde, utilizado pelos diversos serviços de saúde nos municípios. Esse Cartão é produzido em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e outro para a criança de sexo feminino.

**Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos, acompanhada por uma Unidade de Saúde, deve possuir esse Cartão. É ele que servirá como fonte básica dos dados que serão coletados pelos ACS.**

Para as crianças menores de 2 anos, o ACS deve utilizar, como base para a coleta dos dados, o **Cartão da Criança** que está de posse da família, transcrevendo para o

seu cartão-sombra os dados registrados no **Cartão da Criança**. Caso a família não tenha o Cartão, o ACS deverá preencher o cartão-sombra com base nas informações referidas e **orientar a família a procurar a unidade de saúde de referência para providenciar a 2ª via.**

**Cartão-sombra** é a cópia do Cartão da Criança que fica com o ACS.

O Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, está finalizando a elaboração de manual sobre as ações básicas de saúde da criança, que contém, informações específicas para orientá-lo no seu trabalho com o Cartão da Criança. Esse novo manual reúne os conteúdos dos antigos manuais **Instrutivo do Cartão da Criança e Ações Básicas de Saúde e Desenvolvimento da Criança**, que estão sendo atualizados e adequados às novas normas de assistência à saúde da criança adotadas pelo Ministério da Saúde.



## FICHA D - REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES.

A **Ficha D** é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde.

Cada profissional entrega uma **Ficha D** preenchida ao final do mês.

O preenchimento desse instrumento deve ser feito diariamente (nos dias efetivos de trabalho de cada mês).

FICHA D		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	
REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES			

O primeiro quadro da ficha onde estão os espaços para município, segmento, unidade, etc.

será preenchido pelo ACS com a ajuda do instrutor/supervisor. Como a ficha é única

para todos os profissionais da Unidade de Saúde, você só irá anotar o que for específico do seu trabalho, que está no verso da **Ficha D**.

No quadro destinado a informar sobre os **PROCEDIMENTOS**, você vai registrar nas duas últimas linhas **REUNIÕES** e **VISITA DOMICILIAR**.

**Reuniões** - registre o número de reuniões realizadas por você, que contaram com a participação de 10 ou mais pessoas, com duração mínima de 30 minutos e com o objetivo de informar, discutir como encontrar soluções para problemas de saúde e fortalecer a organização comunitária.

**Visita Domiciliar** - registre todas as visitas domiciliares que você realizou, qualquer que seja a finalidade.

DIAS	
P	Atendimento específico para AT
R	Visita de Inspeção Sanitária
O	Atend. individual prof. nível superior
C	Curativos
E	Inalações
D	Injeções
I	Retirada de pontos
M	Terapia da Reidratação Oral
E	Sutura
N	Atend. Grupo - Educação em saúde
T	Procedimentos Coletivos I (PC I)
O	Reuniões
S	Visita domiciliar

NOTIFICAÇÕES	A C S	< 2 anos que tiveram diarreia
		< 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO
		< 2anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda
	M E D	Pneumonia em < 5 anos
		Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos
		Acidente Vascular Cerebral
		Infarto Agudo do Miocárdio
	DHEG (forma grave)	
	E N F	Doença Hemolítica Perinatal
		Fratura de colo de fêmur em >50 anos
		Meningite tuberculosa em < 5 anos
		Hanseníase com incapacidade II e III
	Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	

Logo no início do quadro **NOTIFICAÇÕES**, há três linhas onde você deve anotar as notificações feitas por você sobre as crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia e infecções respiratórias agudas.

**< 2 anos que tiveram diarreia** - registre o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias

que tiveram um ou mais episódios de diarreia, nos quinze dias anteriores à visita domiciliar.

**< 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO** - registre o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias que tiveram diarreia nos quinze dias anteriores à visita domiciliar e usaram solução de reidratação oral (soro caseiro, ou distribuído pelo Ministério da Saúde, ou soro da farmácia).

Não anotar as crianças que utilizaram somente chás, sucos ou outros líquidos.

**< 2 anos que tiveram infecção respiratória aguda** - registre o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias que tiveram infecção respiratória aguda nos quinze dias anteriores à visita domiciliar.

FICHA D		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					ANO  __ _ _
MUNICÍPIO  _ _ _ _ _ _ _ _	SEMENTO  _ _	UNIDADE  _ _ _ _ _ _ _ _	ÁREA  _ _ _	MICROÁREA  _ _	PROFISSIONAL  _ _ _ _ _ _ _ _	MÊS  _ _	
REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES							

DIAS		Total
C O N S.  M É D I C A	Residentes fora da área de abrangência	
	5 - 9	
	< 1	
	1 - 4	
	Residentes na área de abrangência	
	10 - 14	
	15 - 19	
	20 - 39	
	40 - 49	
	50 - 59	
	60 e mais	
	Total	
	Total geral de consultas	
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura	
	Pré - Natal	
	Prevenção do Câncer Cérvico - Uterino	
	DST/AIDS	
	Diabetes	
	Hipertensão Arterial	
	Hanseníase	
Solicitação médica de exames complementares	Tuberculose	
	Patologia Clínica	
	Radiodiagnóstico	
	Citopatológico	
	cérvico - vaginal	
Encaminhamentos médicos	Ultra-sonografia obstétrica	
	Outros	
	Atend. Especializado	
	Interação Hospitalar	
Urgência/Emergência		
Interação Domiciliar		

P	DIAS	Total	
R O C E D I M E N T O S	Atendimento específico para AT		
	Visita de Inspeção Sanitária		
	Atend. individual prof. nível superior		
	Curativos		
	Inalações		
	Injeções		
	Retirada de pontos		
	Terapia da Reidratação Oral		
	Sutura		
	Atend. Grupo - Educação em saúde		
	Procedimentos Coletivos I (PC I)		
	Reuniões		
	Visita domiciliar		
N O T I F I C A Ç Õ E S	A C S	< 2 anos que tiveram diarreia	
		< 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO	
		< 2 anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda	
	M I C D	Pneumonia em < 5 anos	
		Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
		Acidente Vascular Cerebral	
		Infarto Agudo do Miocárdio	
	E N F	DHEG (forma grave)	
		Doença Hemolítica Perinatal	
		Fratura de colo de fêmur em >50 anos	
		Meningite tuberculosa em < 5 anos	
		Hanseníase com incapacidade II e III	
	Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)		

HOSPITALIZAÇÕES						
DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA	NOME DO HOSPITAL

### Michel Péchevis\*\*

A política dos cuidados primários de saúde, preconizada desde a conferência de Alma-Ata, em 1978, marca passo em numerosos países apesar de algumas experiências isoladas bem-sucedidas. As razões dessa estagnação são numerosas e muitas escapam à vontade dos profissionais de saúde.

Entretanto, a gente pode se perguntar se foram feitos esforços suficientes para reorientar a organização e a administração dos serviços e das atividades e a formação do pessoal de saúde, para que eles estejam em condições de realmente colocar em prática essa política.

Esse conceito de cuidados primários de saúde implica, com efeito, numa descentralização da política sanitária local, com uma abordagem intersetorial dos problemas e a participação da população. Mas se a gente quiser que isso não passe de um "slogan", de uma idéia sem significado concreto, é preciso criar os meios dessa descentralização, dessa intersetorialidade e dessa participação.

O diagnóstico comunitário nos parece constituir um meio privilegiado, até mesmo uma condição indispensável, para colocar em prática os cuidados primários de saúde.



\*Texto adaptado e traduzido do original francês.

\*\*Michel Péchevis é diretor de Ensino do Centro Internacional da Infância - Paris-França

### 1. O que é o diagnóstico comunitário?

Fazer o diagnóstico comunitário é identificar os problemas, as necessidades, os recursos de uma comunidade. É um processo que constitui a primeira etapa do planejamento em saúde comunitária como se vê no esquema seguinte:

#### Etapas do Planejamento de um Programa de Saúde Comunitária





## O DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO

Se a primeira etapa não estiver bem-feita, esse esquema pode resultar em programas de saúde fracassados, porque eles podem representar as necessidades em saúde da comunidade.

Assim, por exemplo, numa pequena cidade de um país em desenvolvimento, o povo pedia saneamento básico e o pessoal de saúde queria implantar um programa de planejamento familiar. O diagnóstico foi feito sobre e não com a comunidade.

As necessidades de uma população podem ser percebidas de forma diferente, se foram identificadas pelos profissionais de saúde com a participação das pessoas da comunidade.

Essa identificação dos problemas de saúde pode ser feita:

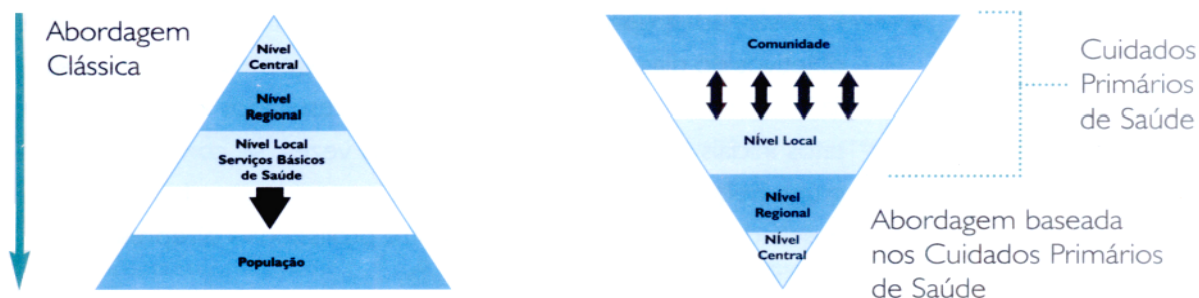
- Utilizando-se medidas do estado de saúde de uma população, por exemplo: os indicadores de mortalidade e de morbidade.
- Determinando-se a importância dos problemas, a partir da percepção que os indivíduos têm de seus problemas. Na prática, essa abordagem é raramente utilizada, com os argumentos de que é difícil obter essa informação ou que as percepções podem não ser precisas, etc.

O diagnóstico comunitário que se propõe aqui sugere combinar essas duas formas de identificação de necessidade da comunidade. Além disso, esse trabalho só pode ser feito em equipe – equipe de saúde, de outros profissionais e de representantes da população – o que leva a tomar consciência da complementaridade das ações e da necessidade de uma integração de diferentes atividades de saúde da família.

Uma outra característica do diagnóstico comunitário é que se trata de um processo local, onde se vai perceber como as políticas de saúde dos níveis centrais e regionais são adaptadas às necessidades reais da população.

Os esquemas seguintes ilustram essa idéia.

### Hierarquia dos serviços nas ações de saúde



As ações de saúde são planejadas no nível central e aplicadas no nível local, em direção à população que assume freqüentemente um papel passivo.

Com a inversão da pirâmide clássica, vemos que:

As ações de saúde são decididas, planejadas e realizadas em comum entre profissionais e pessoas da comunidade, a partir de uma identificação local de problemas, necessidade e recursos.

O nível regional assegura a coordenação e a supervisão das ações locais.

O nível central decide as grandes orientações de política sanitária e fornece os apoios complementares necessários (recursos humanos, materiais e financeiros) aos níveis regionais e locais.

## 2. A Metodologia do Diagnóstico Comunitário

### 2.1. A fase preparatória

Se a gente quiser que o diagnóstico tenha uma orientação realmente comunitária, não se deve colocar a comunidade diante de um projeto pronto de diagnóstico, mas propor a participação desde a fase de planejamento do diagnóstico.

Para isto, um grupo de trabalho deve ser constituído para: definir os objetivos do diagnóstico, determinar os meios e os métodos, mobilizar os recursos necessários, avaliar os resultados e fazer os contatos iniciais necessários. Na prática, às vezes, se começa com um grupo pequeno e se amplia à medida que se desenvolve o trabalho, buscando sempre um equilíbrio entre profissionais e representantes de diferente grupos da comunidade.

O grupo de trabalho precisa ser informado e formado sobre aspectos como comunicação com a comunidade, analisar e interpretar os dados recolhidos, etc.

**2.2. O diagnóstico comunitário propriamente dito** Nesta fase, temos as etapas seguintes:

1. definição dos objetivos do diagnóstico comunitário escolhido;
2. estabelecimento da lista das informações ou dados a coletar;
3. identificação das fontes de dados, escolha dos métodos mais apropriados para recolher esses dados e, se necessário, elaboração de instrumentos para questionários, entrevistas, tabelas, etc.
4. coleta de dados;
5. análise e interpretação dos dados coletados, identificação dos problemas, necessidades, recursos e grupos de risco;
6. estabelecimento das prioridades;
7. documentação dos problemas prioritários.

#### 1. A definição dos objetivos

Trata-se de chegar a um acordo sobre o que a gente procura saber, por exemplo, uma equipe de saúde pode precisar identificar problemas e necessidades das crianças de uma comunidade para orientar o seu atendimento. Em outros casos, pode se partir de um problema já identificado que se deseja conhecer a importância real, ou que se quer documentar (comprovar em dados), a fim de obter todas as infor-

mações para executar um programa comunitário adequado. Pode-se, igualmente, desejar verificar até que ponto se justifica a implantação de um novo serviço de saúde na comunidade ou avaliar o impacto das ações que já são desenvolvidas.

O objetivo principal da equipe de saúde poderá ser também, simplesmente, desejar conhecer melhor a comunidade na qual ela trabalha.

### 2. As informações ou dados a coletar

Propomos aqui uma lista de informações, e cada equipe poderá escolher as que mais lhe convêm e acrescentar ainda outras que julgar importantes. Elas se referem a:

#### A. Características da comunidade:

##### o contexto

- a história da comunidade;
- o clima, as características geográficas (regiões montanhosas, planas, tipos de solo e vegetação);

- zona urbana e rural;
- a distribuição da população, os tipos de habitação;
- principais vias de comunicação;
- meios de transporte.

##### a demografia

- número de habitantes e a estrutura por idade;
- a natalidade, a mortalidade, (idade do casamento);
- as migrações (idas e vindas dos habitantes daquela comunidade para outras).

##### a situação sócioeconômica

- as atividades da comunidade e os recursos locais;
- a situação de empregos e desemprego;
- as categorias profissionais e as ocupações;
- os salários;
- o custo de vida;
- a organização familiar;
- a identificação dos grupos da comunidade: religiosos, culturais, profissionais;
- o sistema de proteção social (educação, saúde, bem-estar social).

É impossível coletar todos os dados, porque eles envolvem muitos aspectos da vida.

Portanto, a gente tem que selecionar as informações mais importantes de acordo com o objetivo que quer se atingir.



## **a organização administrativa**

- centralização da administração;
- a política governamental em matéria de saúde;
- a legislação sanitária e social;
- a sensibilidade dos representantes da comunidade (vereadores, prefeitos);
- as prioridades nos planos de saúde e do município.

## **a vida cultural e religiosa**

- as tradições, os costumes, os comportamentos relativos à alimentação, à saúde e à reprodução humana;
- as religiões;
- o lazer;
- o nível de escolaridade e de alfabetização;
- a existência de associações ou grupos culturais, políticos, militares, religiosos, etc;
- os modos de relação e de comunicação entre as pessoas da comunidade e entre eles e as outras comunidades.

## **sistema sanitário**

- estrutura de saúde e equipamento sanitário existente (público e privado): unidades de saúde, farmácias, etc;
- as atividades de saúde existentes (cuidados preventivos e curativos, educação em saúde, etc.);
- o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população;
- o pessoal de saúde: número, categorias, formação e competências;
- a medicina tradicional.

## **B. Os dados que permitem apreciar o estado de saúde da população, sobretudo mortalidade e morbidade.**

## **C. As relações características entre a comunidade e seu estado de saúde.**

Isso pode ser feito esforçando-se por identificar os fatores que têm um papel determinante, positivo (recursos) e negativo (fatores de risco), sobre o estado de saúde da população e de suas pessoas.

O esquema ao lado mostra essas relações.

Assim, fica-se conhecendo os **fatores de risco** para se desenvolver ações preventivas e recursos existentes ou potenciais, para apoiar ou desenvolver os programas de ação.

Exemplos:

### De fatores de risco

- dificuldades de acesso aos serviços de saúde (fatores do ambiente e sanitários);
- o desemprego, a falta de proteção social (fatores sócioeconômicos);
- a baixa cobertura de vacina (fator sanitário)

### De recursos

- a existência de muitos meios de transporte (fator ambiental);
- uma taxa elevada de alfabetização das mães ou existência de uma associação de mulheres dinâmica (fatores culturais);
- um pessoal de saúde competente em matéria de cuidados primários de saúde (fator sanitário).



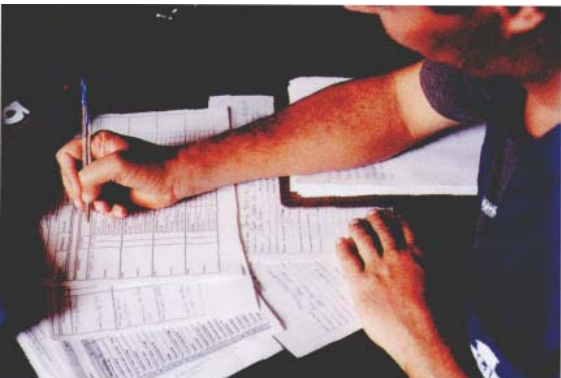
Estes dados a serem coletados podem ser: quantitativos e qualitativos. Exemplos:

### Dados quantitativos

- taxa de mortalidade por idade e de morbidade (incidência de sarampo, diarreia, infecções respiratórias, etc.);
- a taxa de mortalidade;
- a idade média dos casamentos;
- o espaço de tempo médio entre os nascimentos;
- os números relativos à utilização dos serviços de saúde.

### Dados qualitativos

Os dados qualitativos correspondem sobretudo aos fatores culturais e às opiniões de diferentes grupos da população sobre os problemas de saúde, sua importância, suas causas e as soluções mais eficazes.



**3. A identificação das fontes de dados, a escolha dos métodos e a elaboração de instrumentos de coleta dos dados.**

**Nesta fase, é preciso distinguir:**

### **A - As informações existentes**

As informações existentes e os materiais a consultar são, entre outros:

- os planos de saúde do país, do Estado, do município;
- os livros de registro de nascimento, casamento e morte dos cartórios;
- as estatísticas e relatórios dos serviços de saúde, sobretudo, de serviços de pediatria, de pré-natal, de planejamento familiar;
- os relatórios de pesquisas feitas na comunidade ou na região, por Universidades ou outras instituições;
- a imprensa local e regional, artigos de jornais, revistas, programa de rádio e TV.

### **B - As informações a criar**

Diversas técnicas, complementares umas às outras, permitem recolher diariamente essas informações.

1. Observação da comunidade
2. Ouvir o que pensam e sentem as pessoas-chave e os grupos da comunidade, sobretudo:
  - serviços sociais, da educação, etc.;
  - dos líderes oficiais da comunidade: autoridades civis e religiosas e também os militares;
  - dos líderes e práticos tradicionais: líderes de associações esportivas, culturais, políticas, curadores e parteiras;
  - dos outros membros da comunidade como:
    - a. crianças em idade escolar,
    - b. adolescentes,
    - c. famílias de diferentes classes sociais,
    - d. profissionais de várias categorias, etc.

Pode-se conseguir essas informações por reuniões comunitárias, através de conversas informais, entrevistas e questionários planejados

anteriormente pelo grupo de trabalho que coordena o diagnóstico e através de visitas aos serviços públicos, fábricas, usinas e comércio da cidade.

Enfim, o diagnóstico terá sempre que combinar várias técnicas para recolher o maior número possível de dados e deverá ir se completando com dados observados à medida que for sendo realizado.

#### **4. A coleta de dados**

Isto dependerá do tempo disponível para atingir os objetivos e da disponibilidade dos membros do grupo de trabalho. É uma atividade mais ou menos contínua, com períodos de maior intensidade.

#### **5. Análise e interpretação dos dados**

A partir dos dados coletados, o grupo de trabalho responsável pelo diagnóstico vai poder distinguir, por exemplo:

- as taxas julgadas anormais (de natalidade, de mortalidade, etc.)
- os fatores que desempenham um papel importante na saúde da comunidade;
- as opiniões das pessoas da comunidade sobre os problemas e necessidades julgados prioritários, suas opiniões e representações sobre fatos ligados à saúde, suas expectativas, suas tendências ou resistências às mudanças, etc.

Esses dados normalmente permitem listar os principais problemas e necessidades identificados. Nem sempre eles são os mesmos para o pessoal de saúde e a comunidade. Mas esses dados também possibilitam identificar os recursos, por exemplo:

- as competências de pessoas ou grupos da comunidade que poderão ser utilizados para a resolução de problemas;
- os canais, os lugares de comunicação e de encontros utilizados pela comunidade.

Pode-se, também, identificar, pelos dados coletados, os indivíduos e grupos de risco que poderão construir o "alvo" prioritário das atividades e serviço de saúde.



### 6. O estabelecimento de prioridades

Nesta etapa há o risco de confrontar as diferenças de percepção entre profissionais de saúde e membros da comunidade quanto à importância real e a urgência dos problemas e das necessidades. A escolha final deverá ser o resultado de um diálogo, de uma negociação onde os diferentes argumentos e pontos de vista deverão ser considerados.

O importante não é saber quem tem razão, mas chegar às decisões nas quais a comunidade se reconhecerá, às quais ela aderirá e para as quais ela se mobilizará.

### 7. A documentação dos problemas prioritários

Essa etapa consiste em:

- definir com precisão o problema e se necessário reformulá-lo;
- estabelecer as causas determinantes na comunidade e os fatores de risco;
- identificar os recursos que poderão ser utilizados para sua resolução.

Para exemplificar, falemos de uma comunidade onde um problema identificado foi a morte de crianças menores de 5 anos, com frequência, por causa da diarreia.

A identificação das características da comunidade permitiu verificar que se tratava de uma vila de agricultores, situada numa região montanhosa, a 50 km da cidade mais próxima e particularmente de difícil acesso na estação das chuvas. As casas ficavam muito longe umas das outras.

Aliás, a água potável só existia em uma fonte situada a 3 km da vila (fatores ambientais). O posto de saúde só contava com um agente de saúde pouco preparado, mas desejoso de cooperar (fator sanitário). E, existia uma associação feminina muito ativa (fator social).

Foi o instrutor/supervisor que detectou o problema nos registros do posto de saúde e que tomou a iniciativa da constituição de um grupo de trabalho. O governo decidiu lançar um programa de luta contra diarreia que só era aplicado na capital.

A primeira tarefa do grupo constituiu em se informar sobre a diarreia através de um questionário. Este permitiu as informações sobre

incidência das diarreias agudas, os grupos de idade mais vulneráveis e a taxa de mortalidade por diarreia. Em seguida foi preciso buscar os fatores determinantes da diarreia infantil na comunidade, por exemplo:

- a representação e o significado de diarreia infantil na comunidade;
- as práticas tradicionais utilizadas pelas mulheres: podem ser negativas (ex. não dar líquido a crianças com diarreia) ou positivas (ex. utilizar sopa de legumes com propriedade antidiarréicas);
- o nível de conhecimento e as atividades do ACS no que se refere ao tratamento de diarreia e da desidratação, etc.

Assim, com todas essas informações, poder-se-á definir os objetivos, as ações para atingir esses objetivos, uma estratégia adequada e efetuar a avaliação das atividades desenvolvidas.

O esquema seguinte resume as etapas de um programa de saúde, mostrando o papel do diagnóstico comunitário dentro desse programa.



Se você quiser aprofundar seus conhecimentos nos assuntos tratados neste material, poderá pesquisar os livros abaixo relacionados:

AUCÉLIO, Patrícia Queiroz. Sem carências... com saúde: Aprendendo sobre a Vitamina A, Ferro e Iodo. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1998.

BARROS, Fernando C. e VICTORA, Cesar G. Epidemiologia da Saúde Infantil - um Manual para Diagnósticos Comunitários. HUCITEC-UNICEF, México, 1991.

Comunidade Solidária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Brasília, DF, 1997.

Ministério da Saúde/Assessoria de Comunicação Social. As Vantagens da Municipalização da Saúde. Brasília, DF, 1998.

Ministério da Saúde/Assessoria de Comunicação Social/Coordenação de Saúde da Comunidade. Agentes em Ação. Série de 25 programas em vídeo para o Curso de Capacitação à Distância dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF, 1998.

Ministério da Saúde/Assessoria de Comunicação Social-IEC. Promoção da Saúde. Brasília, DF, 1996.

Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST-AIDS. Prevenção e Controle das DST/HIV na Comunidade: Manual do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, DF, 1999.

Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST-AIDS. Aprendendo sobre a AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis: Livro da Família. Brasília, DF, 1999.



Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Atenção Básica. Manual para a Organização de Atenção Básica. Brasília, DF, 1999.

Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação de Atenção Básica. TRO - Letras que Dão Vida, Brasília, DF, 1998.

OMS/OPAS. Saúde Infantil - Módulo de Capacitação para Agentes de Saúde. 1989.

SALLENAVE, Rosa Nancy Urribarri R. O que o Agente de Saúde deve conhecer da Comunidade. Fundação Hospitalar do Distrito Federal, Brasília, DF.

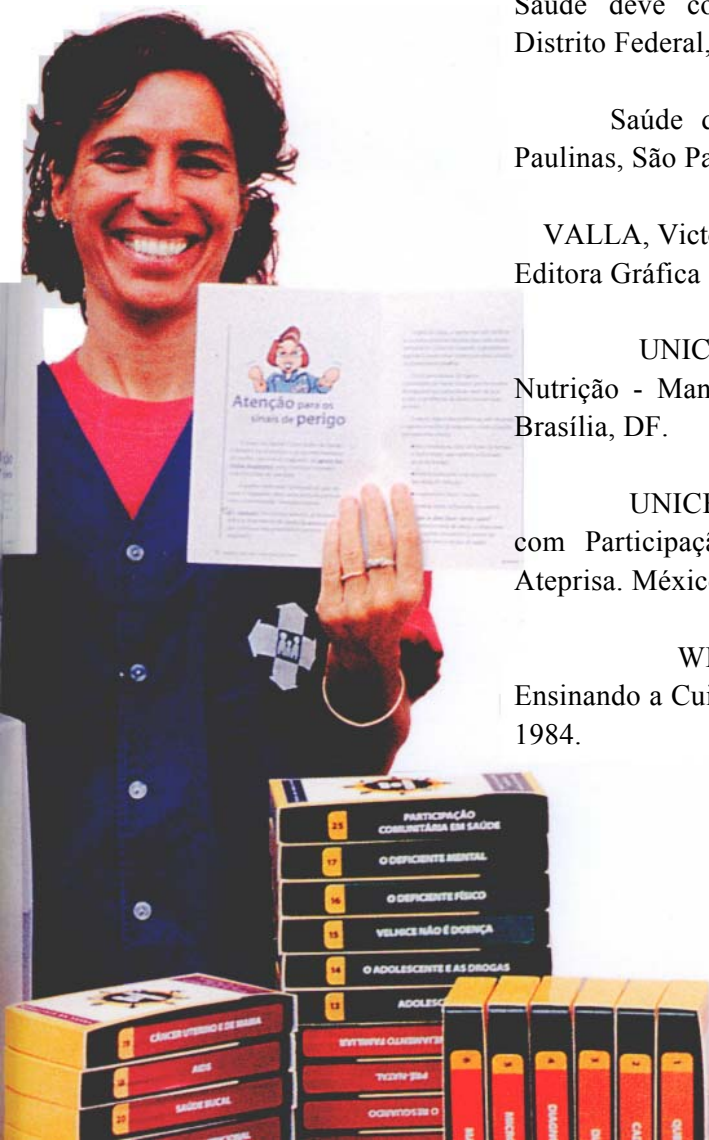
Saúde da Comunidade - Um desafio. Coletânea. Edições Paulinas, São Paulo, SP, 1984.

VALLA, Victor e STOTZ, Eduardo N. Participação Popular e Saúde. Editora Gráfica Serrana Ltda, Petrópolis, RJ, 1989.

UNICEF. Ações Integradas de Saúde Materno-Infantil e Nutrição - Manual do Instrutor e Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF.

UNICEF. Guia para Diagnóstico e Saúde, Croquis e Censo com Participação Comunitária - material adaptado do Programa Ateprisa. México, 1989.

WERNER, David, e BOWER, Bill. Aprendendo e Ensinando a Cuidar da Saúde. Edições Paulinas, São Paulo, 3ª edição, 1984.







**MINISTÉRIO  
DA SAÚDE**



Trabalhando em todo o Brasil