

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Unidade 1

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O SUS

GUIA DO ALUNO

Belo Horizonte, 2015

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Unidade Sede
Av. Augusto de Lima, 2.061 – Barro Preto / Belo Horizonte/
MG
CEP: 30190-002
Unidade Geraldo Campos Valadão
Rua Uberaba, 780 – Barro Preto / Belo Horizonte/MG
CEP: 30180-080

Superintendência de Educação**Núcleo de Educação Profissional em Saúde****Coordenadora Técnica do Curso**

Sheilla Coutinho Ferreira

Equipe de Elaboração do Material

Adriana Alves de Andrade M. Franco
Danielle Costa Silveira
Dinalva Martins Irias
Eleni Fernandes Motta de Lima
Juracy Xavier de Oliveira
Lavinne de Sousa Oliveira
Patrícia Refeld Leite
Poliana Cabral de Assis
Virgínia Rodrigues Braga

Revisão Técnico-Pedagógica

Adinéia de Oliveira Maduro
Juracy Xavier de Oliveira
Poliana Cabral de Assis
Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Rod. Prof. Américo Gianetti, s/nº - Ed. Minas
Bairro Serra Verde – Belo Horizonte/ MG

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Departamento Gestão da Educação na Saúde**Coordenadoria Geral de Ações Técnicas em Saúde**

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 725
Brasília/DF – CEP: 70058-900

EQUIPE ASCOM ESP-MG**Editor Responsável**

Harrison Miranda

Núcleo de Produção

Juracy Xavier de Oliveira

Revisão

ASCOM ESP-MG

Diagramação

Clerver Braga (Estagiário)

Impressão: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais

Reprint em 2015

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
M663g Qualificação profissional: agente comunitário de saúde:
unidade 1: o agente comunitário de saúde e o SUS: guia do aluno /
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. - Belo Horizonte:
ESP-MG, 2012.

125 p.

ISBN: 978-85-62047-24-4

1. Agente comunitário de saúde 2. Saúde Pública 3. Qualificação
I. Título

NLM WA 18

SUMÁRIO

Competência.....	17
Habilidades.....	17
Conhecimentos.....	17
Atividades Pedagógicas.....	17

Atividades de Concentração

1º Dia

Atividade I – Acolhimento.....	21
Atividade II – Contrato de Convivência.....	21
Atividade III – Levantamento das Expectativas.....	22
Atividade IV – Pré-teste.....	23
Atividade V – Conhecendo o SUS.....	26
Atividade VI – Educação Permanente em Saúde.....	30
Atividade VII – Ocupe o seu Espaço.....	34
Atividade VIII – Cidadania.....	35

2º Dia

Atividade IX – Controle Social no SUS.....	38
Atividade X – Trabalho em Equipe.....	40
Atividade XI – Políticas de Saúde no Município.....	41
Atividade XII – O Processo de Trabalho em Saúde.....	45
Atividade XIII – Posturas Profissionais.....	50
Atividade XIV – Ser ACS.....	50

3º Dia

Atividade XV – O ACS Ontem e Hoje.....	52
Atividade XVI – Comunicação.....	55
Atividade XVII – As Atribuições do ACS.....	55
Atividade XVIII – Trabalho em Equipe.....	62
Atividade XIX – Parte I: Ética no Trabalho do ACS.....	64
Atividade XX – Parte II: Ética no Trabalho do ACS.....	65

4º Dia

Atividade XXI – O Acolhimento na Unidade Básica de Saúde.....	68
Atividade XXII – O Papel do ACS no Acolhimento.....	69
Atividade XXIII – Reflexão.....	71
Atividade XXIV – Fluxograma do Acolhimento.....	73
Atividade XXV – Política de Humanização.....	75

5º Dia

Atividade XXVI – Humanização da Atenção à Saúde no Âmbito do SUS.....	76
Atividade XXVII – Construção Coletiva do Peixe.....	78
Atividade XXVIII – Consolidado das Atividades de Concentração da Unidade 1.....	80
Atividade XXIX – Valorização do Agente Comunitário de Saúde.....	80
Atividade XXX – Orientações para Desenvolvimento da Dispersão/Prática Supervisionada.....	82
Atividade XXXI – Avaliação e Encerramento da Unidade 1.....	82

Atividade de Dispersão/Prática Supervisionada

Atividade I – O Serviços Públicos de Saúde do seu Município.....	87
Atividade II – Minha Equipe de Saúde da Família.....	87
Atividade III – Os Diferentes Pontos de Vista.....	87

Atividade IV - O Acolhimento que Queremos.....	88
Atividade V - O SUS pela visão do Usuário.....	89
Atividade VI - Reunião com ESF.....	89

Anexos

Anexo I.....	91
Anexo II.....	93
Anexo III.....	98
Anexo IV.....	100

APRESENTAÇÃO

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), criada em 1946, vem ao longo de sua história desenvolvendo trabalhos em Educação e Pesquisa na área da saúde, com o objetivo de formar profissionais críticos, capazes de transformar a sua prática cotidiana. Voltada para promoção da saúde, a Escola contribui para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com atuação em todo o Estado de Minas Gerais, a ESP-MG trabalha também de forma descentralizada, com uma estratégia educacional que se adapta à realidade de cada localidade, atendendo às necessidades das microrregiões de Minas Gerais, formando recursos humanos para áreas de prevenção e controle à saúde.

Quando se iniciou o processo de qualificação básica dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Minas Gerais, com o chamado “Treinamento Introdutório” de 72 horas, ESP-MG qualificou 1.000 alunos. Tal ação foi imprescindível para o início das atividades desse profissional nas equipes de Saúde da Família. Atualmente, com a importância dada ao Agente Comunitário de Saúde dentro das políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, o curso foi reformulado, transformando-se na “Qualificação Profissional do Agente Comunitário de Saúde”, com uma carga horária de 400 horas. Espera-se que esse curso qualifique profissionalmente aproximadamente 2.350 profissionais em várias regiões do Estado de Minas Gerais.

Consciente de sua responsabilidade, a ESP-MG, tem hoje como desafio qualificar o Agente Comunitário de Saúde para atender à demanda de um profissional competente, crítico, capaz de transformar e redimensionar a sua prática cotidiana rumo a melhoria dos serviços de saúde prestados à comunidade.

INTRODUÇÃO

A Qualificação para o Agente Comunitário de Saúde oferecida pela ESP-MG privilegia a relação ensino-trabalho, teoria e prática. Apresenta como concepções a Política de Educação Permanente, a Andragogia e a Problematização que possibilitam um processo de ação-reflexão-ação sobre a prática profissional.

Considera, também, o modelo de escola descentralizada, que garante a inclusão do ACS no processo de formação, respeitando as características regionais e das especificidades da sua Equipe de Saúde da Família, além de promover a qualificação técnica e pedagógica para os docentes envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

Desta forma, a Qualificação do Agente Comunitário de Saúde objetiva preparar esse profissional para atuar junto à equipe multiprofissional de saúde como profissional ético, reflexivo e crítico, transformador da realidade, desenvolvendo ações de integração social, promoção da saúde e prevenção de agravos na família e na comunidade por meio do processo educativo, levando-o a agir nesse processo de mudanças de práticas como verdadeiro ator educador dessas ações.

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO

A estrutura da Qualificação tem como princípio a articulação teoria e prática, ensino e serviço. Sua organização está sustentada na interdisciplinariedade e tem como eixos: a ética, o processo saúde/doença, a comunicação, o trabalho de equipe e a ação educativa.

Organizada em 4 (quatro) Unidades Didáticas, descritas na Matriz Curricular, pretende qualificar o Agente Comunitário de Saúde para:

- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
 - Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da Unidade de Saúde;
 - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de 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;
 - Desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e de agravos, de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador;
 - Desenvolver ações de educação em saúde, na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos no controle de saúde da mulher, da criança e do adolescente, do homem, do idoso, das doenças crônico degenerativas, das doenças transmissíveis por vetores, no controle do uso de álcool e outras drogas e no controle e prevenção da violência.
-

MATRIZ CURRICULAR

Unidades de Estudo	Carga Horária		
	Teórica	Prática	Total
Unidade 1- O Agente Comunitário de Saúde e o SUS <ul style="list-style-type: none"> • A História do SUS • Cidadania • Controle social • Processo de municipalização da saúde • Processo de trabalho na ESF • Atribuições do ACS • Trabalho em equipe • Acolhimento da Unidade de Saúde • Humanização e ética no trabalho do ACS 	40	40	80
Unidade 2- Compreendendo o processo saúde - doença <ul style="list-style-type: none"> • Conceito de saúde na perspectiva da promoção da saúde • Concepção do processo saúde-doença • Redes de Atenção a Saúde • Vigilância em saúde: Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador • Promoção da saúde • Pacto de Saúde 	40	40	80
Unidade 3- A ação do Agente Comunitário de Saúde no diagnóstico e planejamento das ações de saúde <ul style="list-style-type: none"> • Territorialização em saúde • Mapeamento da comunidade • Diagnóstico em saúde • Planejamento em saúde • Ética na visita domiciliar • Cadastramento familiar • Fichas de acompanhamento (HAS, DM, HAN, TBC, Criança e Gestante) • Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) • Abordagem familiar 	40	60	100

Unidade de Estudo	Carga Horária		
	Teórica	Prática	Total
Unidade 4- Ação do Agente Comunitário de Saúde na educação em saúde, na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos <ul style="list-style-type: none"> • Educação em Saúde • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde da mulher • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde da criança e do adolescente • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde do homem • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde do idoso • A ação do Agente Comunitário de Saúde na saúde mental • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle das doenças crônico degenerativas • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle das doenças transmissíveis por vetores • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle do uso de álcool e outras drogas • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle e prevenção da violência 	80	60	140
Carga Horária total da Qualificação	200	200	400

Obs.: A Unidade 4 será dividida em duas partes.

As atividades de ensino-aprendizagem são realizadas com alternância regular de períodos presenciais de concentração e outros de dispersão no ambiente de trabalho de forma sequencial:

- O período de concentração é constituído por situações de reflexão sobre a prática, onde os alunos desenvolvem as sequências das unidades didáticas para criar, aprofundar, acrescentar e sistematizar o conhecimento teórico.
- O período de dispersão é o momento pedagógico de reorganização do processo de trabalho e caracteriza-se como efetivo exercício da função, considerando que a formação do aluno acontece nesse momento, no ambiente de trabalho.

CAMINHO METODOLÓGICO – CURRÍCULO INTEGRADO

Baseada no conceito da Educação Permanente em Saúde, onde a concepção de uma formação continuada não é feita por meio de acumulação (de cursos, palestras, seminários, etc., de conhecimentos ou de técnicas), mas, sim através da reflexão crítica sobre as práticas, em um processo simultâneo de serviço e educação, buscando a transformação do processo de trabalho, a ESP-MG propõe, em seus cursos, o uso de metodologias adequadas para propiciar ao educando autonomia diante das demandas da realidade de forma ativa e participativa.

Entendendo competência como um conjunto de comportamentos sócio-afetivos (atitudes psicológicas, sensoriais e motoras) e cognitivos (saberes, habilidades e informações) que permitem solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações (função, atividade, tarefa) (ESP-MG- Projeto Político Pedagógico, 2009), o caminho metodológico adequado para atender a essa proposta é a adoção do Currículo Integrado (integração ensino-serviço) que permite que o processo ensino-aprendizagem supere o enfoque puramente de capacitação técnica, já que parte do pressuposto que o trabalho também é um contexto de formação.

Segundo Ramos (2005) a ideia de Currículo Integrado deve estar constantemente vinculada à finalidade da formação, ou seja, “possibilitar às pessoas compreenderem a realidade para além de sua aparência fenomênica”.

Ainda segundo Ramos (2005), alguns pressupostos filosóficos fundamentam a organização nessa perspectiva:

1. O homem, um ser inserido dentro de um contexto social e relacional, influencia e é influenciado pelo meio ambiente em que vive dentro de um contexto social/político e econômico. O homem como ser ativo, capaz de ser sujeito de sua própria ação. Assim, “[...] a história do processo de apropriação social dos potenciais da natureza para o próprio homem, mediada pelo trabalho” (RAMOS, 2005:114).
2. A realidade concreta é uma totalidade, síntese de múltiplas relações. Assim compreendemos o real como totalidade.
3. Compreensão do conhecimento como produção do pensamento pelo qual se apreende e se representam as relações que constituem e estruturam a realidade objetiva.

Donald Shon (2000) tem sido um dos grandes autores da atualidade que trabalham o conceito de profissional reflexivo. Porém, este não é um conceito novo no meio educacional. Outros autores, como John Dewey (1859-1952) e Paulo Freire (1921-1997) abordaram estas mesmas questões. Em seu conceito de profissional reflexivo, Shon (2000) propõe uma epistemologia da prática e sintetiza o seu pensamento pedagógico defendendo que a formação do profissional do futuro deve incluir um forte componente de reflexão a partir de situações práticas reais. Segundo esse autor, a via possível para um profissional se sentir capaz de enfrentar as situações sempre novas e diferentes com que vai deparar na vida real, é conhecê-las a partir da atividade prática.

Freire (1997), também aponta um pensar, um indagar constante como uma qualidade indispensável ao profissional. Assim, o processo de reflexão do profissional se inicia no enfrentamento de dificuldades que, normalmente o comportamento rotineiro de atuação não dá conta de superar. A instabilidade gerada perante uma situação leva-os a analisar as suas experiências, as dos colegas e buscar novas respostas. Porém, não se trata de rejeitar o conhecimento anterior, teórico e sistematizado, mas sim, a partir de um questionamento da realidade prática, buscar teorias e experiências anteriores que possam sustentar a indagação e direcioná-la para novas respostas.

Problematizar a realidade permite integrar teoria à prática social. A partir da identificação de problemas pode-se avançar no processo reflexivo, tendo como base a teoria para, assim, ampliar a compreensão do problema, elaborar soluções contextualizadas, exercitando, desta forma, a autonomia de pensamento e a tomada de decisões nos diversos contextos em que se atua. Além disso, proporciona também uma adequação do que se aprende às necessidades e demandas de um contexto, tornando a aprendizagem significativa para o aluno.

Neste percurso metodológico de ensino-aprendizagem o educador deve perceber o educando de forma a integrar o cognitivo, o afetivo e o psicossocial, priorizando a escuta em detrimento da emissão de informações, organizando o processo dialógico com base no respeito e aceitação do outro, facilitando a inclusão e a integração, motivando para a busca do saber expresso nas dimensões do saber-conhecer, saber-fazer, saber-ser e conviver. Isto possibilita avançar autonomamente no exercício da convivência solidária e da justiça comprometida com a construção da cidadania.

O percurso metodológico dos cursos da ESP-MG deve se dar de acordo com a sequência abaixo:

1º) Acolhimento – organiza o cenário para aprendizagem e prepara o aluno para o momento presente através da estimulação, motivação e sensibilização, integrando-o numa tarefa comum. É o momento em que se cria as bases com as quais se quer trabalhar, pondo em movimento as emoções e a compreensão capazes de criar no educando o interesse pelo saber-conhecer, saber-fazer e saber-ser e conviver em função dos objetivos educacionais propostos;

2º) Reflexão sobre a prática – traz para o instante os saberes envolvidos na temática que se quer trabalhar, mobilizando-se conhecimentos prévios, destacando as similaridades e as diferenças no grupo, enriquecendo o debate;

3º) Identificação de problemas e limites da prática – esta é a fase de identificação de problemas subjetivos e objetivos que configuram a situação problema que envolve o tema do estudo;

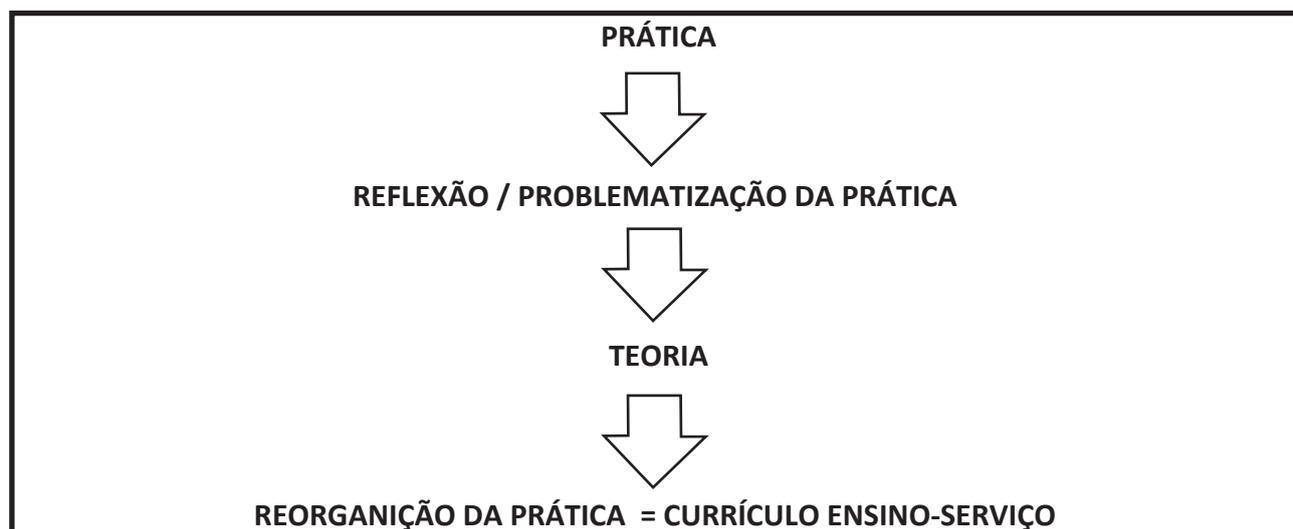
4º) Teorização – onde se avança na busca de informação para compreender mais profundamente a situação problema, gerando uma reflexão que integra teoria e prática. É nesse momento onde a teoria aparece efetivamente comprometida com a solução e transformação da prática;

5º) Sistematização – é o momento da articulação coletiva de ideias, saberes, valores através do agrupamento e desvelamento de inter-relação entre estes, fazendo emergir um novo sentido para a prática;

6º) Construção de soluções – esse é um momento onde se reserva ao educando a oportunidade de exercitar o aprendido, construindo soluções para o problema visando a transformação da prática;

7º) Avaliação da ação transformada – é a fase de consolidação do aprendido e da adequação exequível de forma criativa, através da análise dos momentos vividos, da qualidade das ações desenvolvidas e do sentir das pessoas envolvidas (CEARÁ, 2005).

Este percurso metodológico pode ser representado da seguinte forma na aplicação do Currículo Integrado:



Para atender a esta metodologia, serão utilizadas prioritariamente técnicas e dinâmicas grupais, tais como: dinâmicas de aprendizagem, reflexão, integração e conhecimento, bem como, vivências, jogos cooperativos, dramatizações, histórias e fábulas, músicas, técnicas de trabalho em grupos, tais como: simulações, debates, exercícios de ativação e ainda, exposições dialogadas, estudos de casos, estudo bibliográfico e, escrita individual e coletiva.

O êxito desse processo depende da condução didático-pedagógica, isto é, da capacidade do educador de articular o trabalho em grupo sem abandonar o respeito às individualidades de cada educando, garantindo o envolvimento e a participação de todos.

Avaliação do processo de ensino-aprendizagem

A adoção do Currículo Integrado - onde o ensino-aprendizagem requer um processo de aproximações sucessivas e cada vez mais amplas e integradas, acerca do objeto em estudo: reconstrução do processo de trabalho (DAVINI, 1983) - pela ESP-MG faz com que seus profissionais/educadores assumam que as ações educacionais serão desenvolvidas por meio de atividades que possibilitem a relação entre o conhecimento prévio de seus alunos e os conceitos técnico-científicos trabalhados em cada um dos cursos/ações educacionais. Essa relação, por sua vez, depende de uma postura do educador como mediador/facilitador do processo de aprendizagem, no qual tanto ele, educador, quanto o educando, tornam-se sujeitos aprendizes.

Neste contexto, a avaliação não pode ser pontual, com o objetivo único de considerar como desenvolvimento satisfatório, aquele demonstrado por meio de respostas a testes cuja referência é uma escala de pontos que possibilita comparações estatísticas. Ela deverá ser processual e contínua, acompanhando a aprendizagem na identificação do sucesso e das dificuldades apresentadas pelo aluno. É realizada por meio das atividades de concentração e dispersão, por docentes e profissionais da saúde envolvidos no processo de formação, verificando-se o alcance das competências, habilidades e conhecimentos específicos esperados, segundo os critérios estabelecidos em cada Unidade Didática, registrando-se os resultados nos Diários de Classe.

Assim, a avaliação do processo ensino-aprendizagem terá por objetivos:

- Enfocar a prevalência dos aspectos qualitativos sobre os quantitativos; enfoque diagnóstico formativo;
- Investigar os conhecimentos, competências e habilidades que o aluno traz e adquire;
- Aperfeiçoar, reorganizar e até mesmo reorientar o processo ensino-aprendizagem;
- Verificar se os alunos alcançaram os objetivos e/ou desempenhos finais esperados.

As atividades de Dispersão/Prática Supervisionada serão avaliadas tanto pelo docente da concentração quanto pelo da Dispersão/Prática Supervisionada. Assim, a avaliação será sobre todo o processo de ensino-aprendizagem considerando as três dimensões do conhecimento: o saber, saber-fazer e saber-ser do educado.

Os instrumentos utilizados na avaliação serão:

- Pesquisa de campo com registro, entrevistas com outros profissionais, seminários, entre outros;
- Trabalhos interdisciplinares em grupos;
- Desenvolvimento de ações e atividades que englobam o perfil final do ACS;
- Realização das atividades práticas na Dispersão/Prática Supervisionada;
- Assiduidade/pontualidade;
- Criatividade/responsabilidade;
- Relacionamento interpessoal;
- Ética e postura profissional.

O desempenho final esperado é aquele que oferece assistência segura e oportuna aos usuários dos serviços, definidos na avaliação de desempenho final de cada Unidade.

A Certificação será emitida ao aluno que:

- Obter frequência igual ou superior a 75% da carga horária prevista em cada Unidade Didática;
- Conceito APTO em termos de domínio de conhecimento (conteúdos, habilidades técnicas e atitudes).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário - Perfil de Competências Profissionais. Brasília, 2004.

BRASIL. Lei nº 11889, de 24 de dezembro de 2008. Disponível em: www.planalto.gov.br Acesso em 08 jun 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica – Saúde Bucal. Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br> Acesso em 08 jun 2009

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado. Escola de Saúde Pública. Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Etapa Formativa 1: Escola de Saúde Pública do Ceará, Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral, 2005.

CORDEIRO, R.C.I (org.) Plano de Curso Técnico em Saúde Bucal – ESP-MG. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009 (mimeo).

DAVINI, Maria Cristina. Currículo integrado. Disponível em: <www.opas.org.br> Acessado em: 12 dez 2008.

ESCOLA de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Projeto Político Pedagógico. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

ESCOLA de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde: Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde para a Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.

RAMOS, Marise Nogueira. Currículo por Competências. In: ESCOLA Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p.81-86.

_____. Possibilidades e desafios a organização do currículo integrado. IN: FRIGOTO; CIAVATTA e RAMOS (org.) Ensino Médio Integrado: concepção e contradições. São Paulo, Cortez, 2005.

SHON, Donald A. Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2000.

UNIDADE 1

O Agente Comunitário de Saúde e o SUS

Competência

- Compreender as Políticas Públicas de Saúde articulando-as ao contexto de trabalho de forma que estas subsidiem as ações e os serviços, de acordo com o conceito ampliado de saúde e as diretrizes preconizadas pelo Sistema único de Saúde – SUS.

Habilidades

- Identificar e compreender as diretrizes do SUS, contextualizando-as à realidade da sua comunidade;
- Reconhecer a importância do controle social do SUS para o processo de planejamento em saúde;
- Compreender as políticas de saúde e suas estratégias de implementação, identificando a participação do ACS;
- Identificar e compreender a participação e contribuição do ACS na assistência à saúde da população;
- Compreender as dimensões éticas nas atribuições como ACS;
- Conhecer e compreender os processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família no seu município;
- Identificar no processo de promoção dos serviços de saúde, os instrumentos que facilitam ou dificultam (comunicação, informação, observação, registro e gestão) a relação entre os membros da equipe e o desenvolvimento do seu trabalho;
- Reconhecer-se como membro da equipe de saúde, identificando as características do trabalho em equipe, sua importância e interação com a comunidade;
- Reconhecer o usuário como sujeito participante no processo de promoção da saúde.

Conhecimentos

- Organização, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;
- Políticas Públicas de Saúde;
- Cidadania: conceito, deveres e direitos;
- Participação, Controle Social;
- Sistema Municipal de Saúde: estrutura, funcionamento e responsabilidades;
- Processo de trabalho em saúde e suas características (complementaridade, especificidade, interdependência, cooperação etc.);
- A estratégia de Saúde da Família na atenção básica à saúde e diplomas legais;
- Diplomas legais da criação e regulamentação do exercício profissional do ACS;
- Ética no trabalho em saúde;
- A importância do ACS no Acolhimento;
- A política de Humanização.

ATIVIDADES PEDAGÓGICAS

Será apresentada a seguir, a programação de atividades pedagógicas referentes às atividades teórico-práticas realizadas em sala de aula (momento de concentração) e no ambiente de trabalho (momento de dispersão) correspondente a Unidade 1 .

Este Guia contém descrição detalhada de todas as atividades incluindo as dinâmicas de ativação, descontração e reflexão, bem como os textos de estudo para o ACS e os de apoio ao Docente local. Além disso, estão contidos também os testes de conhecimento e mecanismos de avaliações.

É importante que o Docente se aproprie do conteúdo e metodologia do Curso fazendo um estudo cuidadoso, buscando aperfeiçoar sua didática para conduzir com sucesso todas as atividades pedagógicas proposta.

PRIMEIRO DIA		
TEMPO ESTIMADO	ATIVIDADE	METODOLOGIA
45 minutos	Atividade I – Acolhimento	Dinâmica de grupo
30 minutos	Atividade II – Contrato de Convivência	Atividade em grupo com apresentação em plenária
30 minutos	Atividade III – Levantamento das Expectativas	Atividade Individual
15 minutos	Intervalo	
30 minutos	Atividade IV – Pré-teste	Atividade Individual
1 hora e 30 minutos	Atividade V – Conhecendo o SUS	Atividade em grupo com apresentação em plenária
1 hora e 30 minutos	Almoço	
1 hora e 30 minutos	Atividade VI – Educação Permanente em Saúde	Atividade em grupo com apresentação em plenária
15 minutos	Intervalo	
45 minutos	Atividade VII – Ocupe seu espaço	Dinâmica de Grupo
1 hora	Atividade VIII - Cidadania	Exposição dialogada
SEGUNDO DIA		
1 hora e 20 minutos	Atividade IX – Controle Social no SUS	Atividade em grupo com apresentação em plenária
30 minutos	Atividade X – Trabalho em Equipe	Dinâmica de grupo
20 minutos	Intervalo	
1 hora e 50 minutos	Atividade XI – Políticas de Saúde no Município	Atividade em grupo com apresentação em plenária
1 hora e 10 minutos	Atividade XII – O Processo de Trabalho em Saúde	Roda de Conversa
1 hora	Atividade XIII – Posturas Profissionais	Atividade em grupo com apresentação em plenária
20 minutos	Intervalo	
1 hora	Atividade XIV – Ser ACS	Atividade em Dupla
1 hora e 30 minutos	Almoço	

TERCEIRO DIA		
TEMPO ESTIMADO	ATIVIDADE	METODOLOGIA
1 hora e 30 minutos	Atividade XV – O ACS ontem e hoje	Atividade em grupo com apresentação em plenária
30 minutos	Atividade XVI – Comunicação	Dinâmica de grupo
20 minutos	Intervalo	
1 hora 40 minutos	Atividade XVII – As atribuições do ACS	Atividade em grupo com apresentação em plenária
1 hora 30 minutos	Almoço	
1 hora e 30 minutos	Atividade XVIII – Trabalho em Equipe	Dramatização
40 minutos	Atividade XIX – Ética no trabalho do ACS: Parte I	Roda de Conversa
20 minutos	Intervalo	
1 hora	Atividade XX – Ética no trabalho do ACS: Parte II	Roda de Conversa
QUARTO DIA		
1 hora 30 minutos	Atividade XXI – O Acolhimento na Unidade Básica de Saúde	Dramatização
20 minutos	Intervalo	
2 hora 15 minutos	Atividade XXII – O papel do ACS no Acolhimento	Exposição dialogada
1 hora e 30 minutos	Almoço	
45 minutos	Atividade XXIII – Reflexão	Roda de Conversa
1 hora 15 minutos	Atividade XXIV – Fluxograma do Acolhimento	Atividade em grupo com apresentação em plenária
20 minutos	Intervalo	
1 hora 10 minutos	Atividade XXV – Política de Humanização	Roda de Conversa

QUINTO DIA		
TEMPO ESTIMADO	ATIVIDADE	METODOLOGIA
1 hora e 40 minutos	Atividade XXVI – Humanização da Atenção à Saúde no âmbito do SUS	Exposição Dialogada
20 minutos	Intervalo	
40 minutos	Atividade XXVII – Construção Coletiva de um peixe	Dinâmica de Grupo
1 hora 20 minutos	Atividade XXVIII - Consolidado das Atividades de Concentração - Unidade 1	Atividade Individual
1 hora 30 minutos	Almoço	
1 hora e 30 minutos	Atividade XXIX - Valorização do Agente Comunitário de Saúde	Atividade em grupo com apresentação em plenária
20 minutos	Intervalo	
40 minutos	Atividade XXX - Orientações para desenvolvimento da Dispersão; Prática Supervisionada	Estudo Dirigido
1 hora	Atividade XXXI - Avaliação e Encerramento da Unidade 1	Atividade Individual

1º DIA



ATIVIDADE I
ACOLHIMENTO
.....
Tempo estimado: 45 minutos

Objetivos

- Estimular a integração do grupo;
- Apresentar a estrutura, a metodologia e a proposta de atividades para essa Qualificação.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade proposta pelo Docente.



ATIVIDADE II
CONTRATO DE CONVIVÊNCIA
.....
Tempo estimado: 45 minutos

Objetivos

- Elaborar o contrato de convivência para viabilizar o bom desempenho das Atividades;
- Propiciar relações mais harmoniosas entre os integrantes do Curso.

Material

- Papel kraft, pincel atômico e fita crepe.

Desenvolvimento

- Participe da elaboração do Contrato de Convivência (normas de convivência do grupo);
- Reflita sobre a importância da superação de conflitos, o respeito aos limites, as diferenças, os ritmos para se ter um bom relacionamento em sala de aula e no trabalho;
- Expresse o que é importante para que os relacionamentos se tornem agradáveis e o Curso tenha bom desenvolvimento, considerando:

1. Os horários para realização das atividades;
2. Intervalo para lanche;
3. O horário de início/término das atividades do dia;
4. Saídas da sala de aula;
5. A higiene da sala de aula;
6. Normas para uso de celulares, etc;



ATIVIDADE III

LEVANTAMENTO DE EXPECTATIVAS

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Conhecer as expectativas da turma em relação ao Curso.

Material

- Tarjetas, pincéis atômicos, papel kraft e fita crepe.

Desenvolvimento

- Participe da atividade proposta pelo docente e responda as seguintes questões:
 1. Qual é a sua expectativa em relação a Qualificação?
 2. O que cada você traz para contribuir para esta Qualificação?
- Participe da sistematização da Atividade.

Qual a sua expectativa?

--

O que cada um traz consigo para contribuir com este Curso?

--



ATIVIDADE IV

PRÉ-TESTE

.....
Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Identificar os conhecimentos prévios dos ACS.

Material

- Cópias do pré-teste;
- Estudo de caso “A ESF do município de Bom Jardim”.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade proposta pelo Docente.
- Esclareça suas dúvidas.



ATENÇÃO:

A tarefa é individual e você deve colocar somente aquilo que já sabe, se preocupar em acertar ou não, pois neste momento não se estará julgando certo ou errado.



TEXTO DE APOIO

ESTUDO DE CASO: A ESF DO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM¹

.....

A Equipe Saúde da Família do município de Bom Jardim está completando 7 anos. Sua equipe de profissionais é muito dedicada, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde que conhecem e visitam sempre todas as famílias, preocupando-se com a saúde de todas as pessoas de sua comunidade. Organizam todos os cadastros mantendo suas fichas do SIAB atualizadas e organizadas. Os ACS's possuem muitas informações sobre gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos. Fazem sempre busca ativa em relação a tuberculose, a hanseníase e promovem trabalhos educativos com os grupos na comunidade. O trabalho da equipe já recebeu muitos elogios da coordenação geral do Programa Saúde da Família pela sua competência e dedicação. Com o aumento da população na área de abrangência da equipe, houve necessidade de contratar mais dois novos ACS. Por conta disso, a enfermeira da Equipe deixou a cargo dos Agentes Comunitários de Saúde capacitar os novos colegas para que conheçam tudo sobre o trabalho do ACS na comunidade.

¹ Texto adaptado pela Equipe da Diretoria de Educação Permanente.



ATIVIDADE V

CONHECENDO O SUS

Tempo estimado: 1 hora 30 minutos

Objetivos

- Conhecer e compreender as diretrizes do SUS;
- Contextualizar as diretrizes do SUS com a realidade de sua comunidade.

Material

- Texto de Apoio: “Conhecendo o Sistema Único de Saúde”.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade proposta pelo Docente;
- Leia o Texto de Apoio: “Conhecendo o Sistema Único de Saúde – SUS”;
- Após a leitura do texto e das discussões, responda as seguintes questões:
 - 1- Os princípios e diretrizes do SUS são aplicados em sua comunidade? Exemplifique.
 - 2- Os princípios e diretrizes facilitam o funcionamento do SUS? Por quê?
 - 3- Quais fatores dificultam a aplicação dos princípios e diretrizes em sua comunidade?
 - 4- Como você, ACS, junto a comunidade pode contribuir para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS?
- Apresente em plenária, as conclusões do grupo.



Para saber mais:

Leia os Artigos 196 a 200 da Constituição Federal e a Lei n 8.080/1990 que constam nos anexos do Guia.



TEXTO DE APOIO

CONHECENDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS²

Até uns trinta anos atrás, a ideia de saúde estava associada à ausência de doenças. Depois se começou a perceber que as doenças estavam associadas aos hábitos de vida, aos ambientes em que as pessoas viviam e a comportamentos e respostas dos indivíduos a situações do dia a dia.

A ideia de saúde passou a ser, portanto, entendida como resultado de um conjunto de fatores que têm a ver com o saneamento básico, condição social das pessoas, trabalho, renda, nível de educação, e assim por diante. Por outro lado, a assistência à saúde da população estava limitada à condição de trabalho. Quem tinha emprego registrado na carteira profissional possuía assistência médica através das Caixas de Previdência, ou então pagava médicos particulares e, em casos de internação, também pagava pelo serviço.

Para quem não tinha emprego registrado ou não podia pagar um médico, o jeito era recorrer às Santas Casas de Misericórdia ou aos postos de saúde municipais, que viviam sempre lotados. Para equilibrar essas desigualdades, começou a surgir um movimento de Reforma Sanitária no Brasil, inspirado em experiências de outros países e nas discussões que aconteceram na Conferência de Alma Ata (1978).

²Texto adaptado pela Equipe da Diretoria da Educação Permanente

Esse movimento defendia que todos deveriam ter amplo acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição social, e que a saúde deveria fazer parte da política nacional de desenvolvimento e não ser vista apenas pelo lado da previdência social.

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

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Para promover esse acesso universal e igualitário, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com os seguintes princípios e diretrizes:

Universalidade – significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo. Todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nos serviços de saúde, públicos ou privados, contratados pelo gestor público. A universalidade é princípio fundamental das mudanças previstas pelo SUS, pois garante a todos os brasileiros o direito à saúde.

Integralidade – pelo princípio da integralidade, o SUS deve se organizar de forma que garanta a oferta necessária aos indivíduos e à coletividade, independentemente das condições econômicas, da idade, do local de moradia e outros, com ações e serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A integralidade não ocorre apenas em um único local, mas no sistema como um todo e só será alcançada como resultado do trabalho integrado e solidário dos gestores e trabalhadores da saúde, com seus múltiplos saberes e práticas, assim como da articulação entre os diversos serviços de saúde.

Equidade – o SUS deve disponibilizar serviços que promovam a justiça social, que canalizem maior atenção aos que mais necessitam, diferenciando as necessidades de cada um. Na organização da atenção à saúde no SUS, a equidade traduz-se no tratamento desigual aos desiguais, devendo o sistema investir mais onde e para quem as necessidades forem maiores. A equidade é, portanto, um princípio de justiça social, cujo objetivo é diminuir desigualdades.

Participação da comunidade – é o princípio que prevê a organização e a participação da comunidade na gestão do SUS. Essa participação ocorre de maneira oficial por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, na esfera nacional, estadual e municipal. O Conselho de Saúde é um colegiado permanente e deve estar representado de forma paritária, ou seja, com uma maioria dos representantes dos usuários (50%), mas também com os trabalhadores (25%), gestores e prestadores de serviços (25%). Sua função é formular estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde, controlar a execução das políticas de saúde e observar os aspectos financeiros e econômicos do setor, possuindo, portanto, caráter deliberativo. Os conselhos se reúnem, em média, uma vez por mês, e as decisões e ações definidas durante as reuniões devem ser homologadas pelos gestores, nos seus respectivos níveis de governo.

A Conferência de Saúde se reúne a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. Seus representantes são escolhidos por voto ou por indicação. As conferências propõem ou indicam ações e políticas e devem acontecer a cada quatro anos, sendo convocadas pelo dirigente da saúde, de acordo com o nível de governo. É convocada pelo Poder Executivo (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde) ou, extraordinariamente, pela própria Conferência ou pelo Conselho de Saúde.

A participação da comunidade, por meio dos Conselhos e Conferências, permite sua intervenção na gestão da saúde. Os cidadãos podem discutir e direcionar os serviços públicos para atender aos seus interesses. Isso é o controle social.

Descentralização – esse princípio define que o sistema de saúde se organize tendo uma única direção, com um único gestor em cada esfera de governo. No âmbito nacional, o gestor do SUS é o Ministro da Saúde; no estadual, o Secretário

Estadual de Saúde; no Distrito Federal/DF, o Secretário de Saúde do DF; e, no município, o Secretário Municipal de Saúde. Cada gestor, em cada esfera de governo, tem atribuições comuns e competências específicas.

O município tem papel de destaque, pois é lá onde as pessoas moram e onde as coisas acontecem. Em um primeiro momento, a descentralização resultou na responsabilização dos municípios pela organização da oferta de todas as ações e serviços de saúde. Com o passar do tempo, após experiências de implantação, percebeu-se que nem todo município, dadas suas características sociais, demográficas e geográficas, comportariam assumir a oferta de todas as ações de saúde, e que há situações que devem ser tratadas no nível estadual ou nacional, como é o caso da política de transplantes.

Com o fim de atender às necessárias redefinições de papéis e atribuições das três esferas de gestão (municípios, Estados e União) resultantes da implementação do SUS, houve um processo evolutivo de adaptação a esses novos papéis, traduzidos nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/01 e NOAS 01/02). Mais recentemente as referidas Normas foram substituídas por uma nova lógica de pactuação onde cada esfera tem seu papel a ser desempenhado, definido no chamado “Pacto pela Saúde”.

Regionalização – orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, além de favorecer a pactuação entre os gestores considerando suas responsabilidades. Tem como objetivo garantir o direito à saúde da população, reduzindo desigualdades sociais e territoriais.

Hierarquização – é uma forma de organizar os serviços e ações para atender às diferentes necessidades de saúde da população. Dessa forma, têm-se serviços voltados para o atendimento das necessidades mais comuns e frequentes desenvolvidas nos serviços de Atenção Primária à Saúde com ou sem equipes de Saúde da Família. A maioria das necessidades em saúde da população é resolvida nesses serviços. Algumas situações, porém, necessitam de serviços com equipamentos e profissionais com outro potencial de resolução. Citamos como exemplo: as maternidades, as policlínicas, os prontos-socorros, hospitais, além de outros serviços classificados como de média e alta complexidade, necessários para situações mais graves.

A lei 8.080/1990 detalha a organização do SUS, que se baseia na descentralização das ações e políticas de saúde, e trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que devem promover o atendimento integral à população.

A lei 8.142/1990 fala sobre a participação da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde, criando os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

De 1990 para cá, pouco a pouco o Sistema Único de Saúde foi deixando de ser um conjunto de leis e princípios detalhados no papel para começar a se transformar em realidade. Esse processo leva tempo: às vezes vai avançando bem, às vezes para um pouco, ou anda mais devagar.

Isso porque, com a descentralização das ações, começou também a municipalização, ou seja, o dinheiro federal começou a ser repassado diretamente aos municípios que passaram a decidir onde utilizá-lo, de acordo com suas realidades e os respectivos Planos de Saúde.

A sociedade, através dos representantes reunidos no Conselho Municipal de Saúde, passou a poder participar da definição das ações e das políticas, com o Secretário Municipal de Saúde. Para que essa participação começasse a acontecer, foi preciso que as comunidades comessem a se organizar. Imagine só o trabalho que dá, até que cada um passe a compreender os novos papéis e responsabilidades das Secretarias de Saúde, dos Técnicos, dos Conselheiros e tantos outros.

Hoje, a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde está mais forte, mais organizada, e isso vai se refletir na atuação desses conselhos, pois as instituições do segmento usuários (associações de moradores, grupos de portadores de doenças crônicas, deficientes físicos e/ou mentais, instituições de pesquisa, entre outros) possuem a metade do número de lugares existentes nos conselhos. A outra metade é dividida entre os representantes do governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços.

Ao exercer esse direito de cidadania o indivíduo passa a perceber a sua responsabilidade na construção de uma sociedade com maior equidade, ou seja, onde as desigualdades sociais sejam menores, onde todos os indivíduos possam exercer seu direito de cidadania.

Mas a participação da comunidade não acontece somente no Conselho de Saúde ou na Conferência de Saúde. Ela acontece também no dia a dia de seu trabalho como agente de saúde em sua comunidade, fazendo com que mais e mais pessoas possam ter acesso a informações e orientações sobre como cuidar de sua saúde e da saúde de sua família,

acompanhando essas pessoas durante seu tratamento na unidade de saúde, discutindo com elas sobre os problemas de saúde da comunidade e as soluções possíveis.

E assim, você vai escrevendo uma parte - a sua parte - da história da implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil!

Apesar de ser um sistema de serviços de saúde em construção, com problemas a serem resolvidos e desafios a serem enfrentados para a concretização dos seus princípios e diretrizes, o SUS é uma realidade. Faz parte do processo de construção a organização e a reorganização do modelo de atenção à saúde, isto é, a forma de organizar a prestação de serviços e as ações de saúde para atender às necessidades e demandas da população, contribuindo, assim, para a solução dos seus problemas de saúde. Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, como direito de todos e dever do Estado, garantindo atenção contínua e com qualidade aos indivíduos e às coletividades, de acordo com as diferentes necessidades.

Em seu trabalho, você leva informações sobre como prevenir doenças, e acompanha a saúde das pessoas e famílias, pesando crianças, verificando se estão com as vacinas em dia, se as gestantes estão comparecendo ao pré-natal, se apresentam algum sintoma fora do habitual. Por outro lado, na unidade de saúde, as pessoas que você encaminha são examinadas, e dependendo do caso, recebem medicamentos, fazem exames como o preventivo de câncer de colo do útero, sofrem pequenas cirurgias como retirada de sinais da pele, unhas encravadas, etc. Estas ações são exemplos do que chamamos de primeiro nível de assistência, ou assistência primária, ou atenção primária, ou atenção básica. As ações mais complexas são chamadas de segundo nível de assistência, ou atenção secundária ou média complexidade, e aquelas cirurgias para transplantes de coração, rins, ou de outros órgãos, exames em equipamentos caros e de alta precisão constituem os grupos de ações de atenção terciária ou de alta complexidade.

A Conferência de Alma Ata aponta que a atenção primária à saúde é a chave para que a meta de Saúde para Todos seja atingida com justiça social. Isso porque essas ações correspondem, em média, a 80-85% das necessidades de saúde de uma comunidade, ou seja, a cada 100 pessoas que procuram uma unidade de saúde (posto ou centro de saúde), entre 80 e 85 dessas pessoas vão precisar de cuidados que podem ser prestados naquela unidade.

Um dos objetivos do Sistema Único de Saúde é fazer com que as pessoas possam contar com:

- amplo acesso aos serviços de saúde, sempre que haja necessidade de atendimento;
- atendimento a todas as suas necessidades de saúde, desde uma orientação sobre como prevenir uma doença até o exame mais complexo;
- assistência de acordo com a gravidade da doença que essas pessoas apresentem.

A criação do PACS, pelo Ministério da Saúde, foi uma das primeiras estratégias para se começar a mudar o modelo de assistência à saúde, ou seja, a forma como os serviços de saúde estão organizados e como a população tem acesso a esses serviços. Ao percorrer as casas para cadastrar as famílias e identificar os seus principais problemas de saúde, o trabalho dos primeiros agentes contribuiu para que os serviços de saúde pudessem oferecer uma assistência mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade. Por exemplo, numa comunidade, a incidência de diarreia acontecia por conta da água do poço que estava contaminada, em outra era por conta do hábito de não proteger adequadamente as caixas d'água. As pessoas procuravam o posto de saúde ou iam direto ao hospital para se tratar, recebiam remédio, mas daí a pouco estavam doentes de novo. A partir do trabalho de agentes comunitários de saúde como você, visitando as casas, observando os hábitos de vida e identificando os fatores de risco, as diferentes causas para o mesmo problema de saúde puderam ser identificadas e o problema foi resolvido.

Um outro aspecto importante para a mudança do modelo de assistência à saúde é o envolvimento da equipe de saúde com o dia a dia da comunidade. Essa equipe tem o compromisso de organizar o serviço de saúde, de um jeito onde você, Agente Comunitário de Saúde, tenha um papel fundamental na orientação das famílias, no encaminhamento de problemas que não pode resolver e na sua atuação em situações que sinta segurança e capacidade para intervir. Essa equipe da qual você faz parte também é responsável pelo seu treinamento e pela divisão do trabalho. Por exemplo, o médico tem atribuições na equipe que só ele pode fazer, o mesmo acontece em relação ao trabalho do enfermeiro, do auxiliar de enfermagem e de outros profissionais. Você é a pessoa da equipe que realiza a vigilância à saúde, melhor dizendo, é a ponte entre as famílias, a comunidade e a unidade de saúde.

O PACS e o Programa de Saúde da Família (PSF) já vêm mostrando isso no Brasil, e por essa razão, são considerados estratégias para organização da atenção básica nos municípios. Em muitos municípios, as pessoas já não falam mais PACS ou PSF, mas Saúde da Família. Isto porque Saúde da Família vem demonstrando ser o modelo de assistência à saúde que mais se aproxima dos princípios indicados na Constituição Federal: todas as pessoas cadastradas são atendidas na unidade de Saúde da Família (universalidade), com igualdade de direitos para todos (equidade), recebendo assistência

naquilo em que necessita (integralidade), de forma permanente e pela mesma equipe (criação de vínculos). Dessa forma, recebem orientações sobre cuidados de saúde e são mobilizados (incentivo à participação popular) sobre como manter a sua saúde, de suas famílias e de sua comunidade, compreendendo a relação entre as doenças e estilos e hábitos de vida.

Para promover a organização da atenção básica no País, municípios, Estados e Governo Federal vêm definindo suas responsabilidades, firmando um grande pacto para acompanhar os resultados alcançados.

Como você pode perceber isso tudo representa um movimento novo, que vem unindo os três níveis de governo em torno de um compromisso voltado para a qualidade de saúde e de vida da população. E você, agente, está envolvido neste amplo movimento de mudança, pois faz parte do sistema municipal de saúde, uma vez que com seu trabalho, pode contribuir e muito nesse processo.

REFERÊNCIAS

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

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



ATIVIDADE VI

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

.....

Tempo estimado: 1 hora 30 minutos

Objetivo

- Conhecer e compreender o conceito de Educação Permanente em Saúde.

Material

- Papel kraft, pincel atômico e fita crepe;
- Texto de Apoio: “Educação Permanente no SUS”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura circular do Texto de Apoio: “Educação Permanente em Saúde”;
- Forme grupos com seus colegas;
- Siga as orientações do docente e responda as seguintes questões:
 1. De acordo com texto, o que você compreende por Educação Permanente em Saúde?
 2. Você consegue identificar alguma ação de Educação Permanente em Saúde no seu município?
 3. Como a Política de Educação Permanente em saúde poderá contribuir para o seu aperfeiçoamento profissional e para o desenvolvimento do SUS ?
- Apresente em plenárias as conclusões do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade.



TEXTO DE APOIO

EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SUS



O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Dito de outra forma, pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade.

A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele.

Essas são características muito presentes na Atenção Primária à Saúde e no Programa Saúde da Família. Por isso, é fundamental que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho.

Em um processo de trabalho, as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico.

Os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais.

Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades.

Os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos.

O processo de trabalho em saúde é um processo que se realiza, predominantemente, em nível institucional, envolvendo os profissionais que prestam assistência (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.), profissionais de nível médio (ACS, técnico e auxiliares de enfermagem) e de apoio (limpeza, portaria, etc.), bem como profissionais do setor administrativo (planejamento, gestão, etc.). Processo coletivo que não se constitui de modo espontâneo, mas sim está sujeito à intencionalidade da formação de um projeto que precisa ser compartilhado por diferentes profissionais e assumido pela direção da gestão das instituições públicas.

Nesse sentido, é importante que se busque localizar principalmente as relações estabelecidas entre os diferentes trabalhadores, discutindo o processo de trabalho através da identificação e análise de sua história e dificuldades em desenvolver uma prática conjunta, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre esse processo, no qual o profissional está inserido.

Educação Permanente em Saúde

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), intensificou-se a necessidade de formação e qualificação dos profissionais de saúde como fator primordial na intenção de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

O Ministério da Saúde em 2004 estabeleceu através da portaria nº 198/GM de 13 de Fevereiro de 2004 as diretrizes para implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em todo território nacional. O Estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais- SES/MG, aderiu a política nacional por considerar a Educação Permanente em saúde como principal estratégia para implementação das políticas públicas de saúde – o que é percebido nos investimentos realizados no desenvolvimento de competências dos profissionais para elaboração de proposta educacionais efetivas. A implantação da política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado considerou a integração desta com o disposto no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI e no Plano Diretor de Regionalização- PDR, culminando na constituição do Fórum Estadual de Formação e Educação permanente do SUS-MG e dos 13 Polos de Educação Permanente.

A Educação Permanente é a articulação entre as necessidades de aprendizagem e do trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações de saúde.

Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais da saúde, permite também a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e de formação, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos, considerando as experiências e as vivências de cada um, e, com isso, promover transformações na prática profissional, na própria organização do trabalho e nas práticas de ensino. Essa política possui grande importância, visto que:

- A grande maioria dos cursos formam profissionais distantes das necessidades de saúde da população;
- Regiões onde existem grande oferta de cursos de formação na área da saúde, enquanto em outras, escassez;
- Muitos educadores e orientadores de serviços estão desatualizados e precisam aprender novos modos de ensinar.

Na educação permanente, as propostas não podem mais ser construídas isoladamente ou de cima para baixo. Elas devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articuladas entre si e serem criadas a partir da problematização das realidades locais. Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções. Deve levar os atores a questionar sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que a formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem:

- A democratização institucional;
- O desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- O desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;
- O trabalho em equipes matriciais;
- A melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- A constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Ao se colocar em evidência a educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, para melhorar a formação e conseqüentemente fortalecer o SUS. Para isto a política de formação deve levar em conta os princípios que orientam o SUS:

1. Construção descentralizada do sistema;
2. Universalidade;
3. Equidade.
4. Integralidade;
5. Participação popular;

Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço – CIES

A partir da avaliação da experiência com os polos de educação permanente em saúde, o Ministério da Saúde junto com os Estado e Municípios, optou por publicar a Portaria GM/MS nº1996 de 20 de agosto de 2007, que tinha como objetivo: a) a diminuição da distância das intervenções realizadas nas reais necessidades do SUS, colocando os problemas cotidianos, referentes a organização do trabalho e atenção à saúde, como prioridade em relação as necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta/expertise das instituições de ensino; b) a inclusão das ações de educação na saúde como diretrizes no pacto de Gestão do SUS; c) o fortalecimento do papel dos Estados e Municípios; d) a alteração da modalidade de repasse dos recursos financeiros visando facilitar o monitoramento e prestação de contas; e) dentre outras.

A partir das novas diretrizes estabelecidas pela Política de Educação Permanente em Saúde, o Estado de Minas Gerais vem participando de discussões com diversos atores para elaboração da Política e do Plano Estadual de Formação e Educação Permanente em Saúde no SUS em consonância com as diretrizes nacionais – Pacto pela Saúde – que prevê a implantação e implementação das Comissões de Integração de Ensino-Serviço -CIES que terão em sua composição: gestores de saúde municipais e estaduais; gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde por meio de seus distintos segmentos; e movimentos ligados a gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

A educação permanente deverá ser construída em cada região do país, representando a união, na prática, de dois princípios norteadores do SUS:

- Regionalização;
- Hierarquização.

As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH – SUS. A partir da Portaria GM/MS nº1996/2007, foram criados espaços onde os atores de diversas origens se encontram e pensam juntos as questões da educação permanente, identificam as necessidades e constroem as estratégias e as políticas no campo da formação e do desenvolvimento de recursos humanos.

As CIES devem apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional (CGR), articulando instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Deve também apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde.

Tendo como referência a portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, e de acordo com o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI e o Plano Diretor de Regionalização – PDR, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG tem adotado a Educação Permanente em Saúde como principal estratégia para implementação das políticas públicas de saúde e investido no desenvolvimento de competência dos profissionais para a elaboração de propostas educacionais efetivas, culminando na instituição do Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS-MG e dos 13 polos de Educação Permanente.

A Deliberação CESMG nº 002/2010, define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais e institui as 76 (setenta e seis) Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente, as 13 (treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço Macrorregional – CIES Macrorregionais e 1 (uma) Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço Estadual – CIES Estadual.

Participam das Comissões Permanentes De Integração Ensino Serviço: gestores estaduais e municipais de saúde; instituições de ensino com cursos na área de saúde, hospitais de ensino; organizações estudantis da área de saúde; trabalhadores de saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde; movimentos sociais e outros que estejam envolvidos com as questões de saúde no nosso país (articulações interinstitucionais e ação intersetorial).

Para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população e superar as deficiências resultantes da formação e das práticas tradicionais de saúde, as CIES devem buscar a integralidade da atenção à saúde.

A integralidade envolve, dentre outras coisas, a ideia de “clínica ampliada” e “responsabilização das equipes”

Na clínica ampliada o centro da atenção se desloca do profissional isolado para a equipe responsável pelo cuidado, e da doença para a pessoa que corre o risco de adoecer, para os modos como ela adoecer e para a realidade em que ela vive. Assim é necessário conhecimento e a capacidade para trabalhar com as informações epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais da população de cada local e as questões de impacto provocadas pelas ações em saúde.

A responsabilização na saúde tem vários sentidos:

- Pelo lado do cidadão significa o abandono de uma atitude passiva com relação à sua própria saúde e a busca da melhor qualidade de vida possível.
- Pelo lado dos profissionais e do sistema pode ser entendida como a capacidade de assumir a responsabilidade pelos problemas de saúde de uma população ou indivíduo.

Pelo visto, a Educação Permanente por meio do novo olhar sobre os processos de trabalho, busca-se que os usuários dos SUS sejam beneficiados com uma oferta de serviço de qualidade, eficiente e acolhedor, trazendo para o cenário, uma população participativa, informada e responsável não só pela sua saúde individual, mas também coletiva, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

FARIA, Horácio Pereira de; WERNECK, Marcos A. Furquim; SANTOS, Max André dos; TEIXEIRA, Paulo Fleury. *O processo de trabalho em saúde e reflexões sobre o processo de trabalho na saúde e suas implicações no cotidiano profissional do serviço social, na realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora*. Belo Horizonte: Coopmed - Nescon UFMG. 2.ed. 2009.

MARQUES, Vera. *Educação Permanente*. Disponível em <www.google.com.br>. Acesso em 13 set 2011.



ATIVIDADE VII

OCUPE SEU ESPAÇO

Tempo estimado: 45 minutos

Objetivo

- Refletir sobre as necessidades do ser humano.

Material

- Aparelho de som, CD com a música “Comida” dos Titãs;
- Folha de papel ofício e fita crepe.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade proposta pelo Docente



MÚSICA

COMIDA (Titãs)

Bebida é água!
Comida é pasto!
Você tem sede de que?
Você tem fome de que?...

A gente não quer só comida
A gente quer comida
Diversão e arte
A gente não quer só comida
A gente quer saída
Para qualquer parte...

A gente não quer só comida
A gente quer bebida
Diversão, balé
A gente não quer só comida
A gente quer a vida
Como a vida quer...

Bebida é água!
Comida é pasto!
Você tem sede de que?
Você tem fome de que?...

A gente não quer só comer
A gente quer comer
E quer fazer amor
A gente não quer só comer
A gente quer prazer
Prá aliviar a dor...

A gente não quer
Só dinheiro
A gente quer dinheiro
E felicidade
A gente não quer
Só dinheiro
A gente quer inteiro
E não pela metade...

Bebida é água!
Comida é pasto!
Você tem sede de que?
Você tem fome de que?...

A gente não quer só comida
A gente quer comida

Diversão e arte
A gente não quer só comida
A gente quer saída
Para qualquer parte...

A gente não quer só comida
A gente quer bebida
Diversão, balé
A gente não quer só comida
A gente quer a vida
Como a vida quer...

A gente não quer só comer
A gente quer comer
E quer fazer amor
A gente não quer só comer
A gente quer prazer
Prá aliviar a dor...

A gente não quer
Só dinheiro
A gente quer dinheiro

E felicidade
A gente não quer
Só dinheiro
A gente quer inteiro
E não pela metade...

Diversão e arte
Para qualquer parte
Diversão, balé
Como a vida quer

Desejo, necessidade,
vontade
Necessidade, desejo, eh!
Necessidade, vontade,
eh!
Necessidade...

REFERÊNCIA

ANTUNES, Arnaldo; FROMER, Marcelo; BRITTO, Sérgio. Comida. Disponível em: <www. Comida.titas.letrasdemusicas.com.br.> Acesso em: 09 mai, 2012.



ATIVIDADE VIII

CIDADANIA

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender o significado de cidadania.

Material

- Texto de Apoio: “Cidadania: uma história de sonhos, lutas e conquistas”.

Desenvolvimento

- Participe da atividade proposta pelo docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Cidadania: uma história de sonhos, lutas e conquistas”;
- Participe do debate promovido pelo Docente, abordando as seguintes questões;

1. O que você entende por cidadania?
2. Qual a diferença entre direitos e deveres? Cite exemplos.

- Participe da sistematização da Atividade.



TEXTO DE APOIO

CIDADANIA: UMA HISTÓRIA DE SONHOS, LUTAS E CONQUISTAS

Toda história, é a história de um povo, de homens e mulheres iguais a todos nós, que sonham, lutam e assim constroem uma vida melhor. A palavra CIDADANIA é derivada de cidadão, que vem do latim “civitas”, que quer dizer cidade. A palavra cidadania foi usada na Roma antiga para indicar a situação política de uma pessoa e os direitos que essa pessoa tinha ou podia exercer. Era considerado cidadão aquele que estava integrado na vida política da cidade.

Naquela época, e durante muito tempo, a noção de cidadania esteve ligada à ideia de privilégio, pois os direitos de cidadania eram explicitamente restritos a determinadas classes e grupos. Ao falarmos de CIDADANIA, estamos falando de direitos e deveres do cidadão.

DIREITOS: o que é justo, conforme a Lei e a justiça. Normas de convivência dos homens com a sociedade.

DIREITOS CIVIS: o direito de dispor do próprio corpo, de ir e vir e de segurança.

DIREITOS SOCIAIS: o direito de ter nossas necessidades humanas básicas atendidas, tais como: trabalho, saúde, escola, lazer, cultura, moradia e etc.

DIREITOS POLÍTICOS: o direito de livre expressão de pensamento e ideias, como também de participar na política (partidária, sindical, comunitária, etc.) além de poder votar e ser votado nas eleições.

DEVERES: obrigação de fazer ou deixar de fazer alguma coisa, imposta por lei, pela moral ou pela própria consciência.

São alguns dos nossos DEVERES de cidadão: Respeitar as Leis; Preservar o meio ambiente; Conhecer e reivindicar nossos direitos, etc.

Durante muito tempo, a noção de cidadania esteve vinculada ao ato de votar. No entanto, o povo precisa ser cidadão todo dia, em todos os lugares; no trabalho, na escola, na sua casa, na sua vida...

No Brasil, estamos gestando a nossa cidadania.

Demos passos importantes com o processo de redemocratização e a Constituição de 1988. Mas, muito temos que andar. Predomina ainda uma visão reducionista da cidadania (votar, e de forma obrigatória, pagar os impostos... ou seja, fazer coisas que nos são impostas) e encontramos muitas barreiras culturais e históricas para a vivência, acostumados a apanhar calados, a dizer sempre “sim senhor”, a engolir sapos, a achar “normal” as injustiças, a termos um “jeitinho” para tudo, a não levar a sério a coisa pública, a pensar que direitos são privilégios e exigí-los é ser boçal e metido, a pensar que Deus é brasileiro e, se as coisas estão como estão é por vontade Dele.

Os direitos que temos não nos foram conferidos, mas conquistados. Muitas vezes, compreendemos os direitos como uma concessão, um favor de quem está em cima para os que estão em baixo. Contudo, a cidadania não nos é dada, ela é construída e conquistada a partir da nossa capacidade de organização, participação e intervenção social.

A cidadania não surge do nada como um toque de mágica, nem tão pouco a simples conquista legal de alguns direitos significa a realização destes direitos. É necessário que o cidadão participe, seja ativo, faça valer os seus direitos. Simplesmente porque existe o Código do Consumidor, automaticamente deixarão de existir os desrespeitos aos direitos do consumidor ou então estes direitos se tornarão efetivos? Não! Se o cidadão não se apropriar desses direitos fazendo-os valer, esses serão letra morta, ficarão só no papel.

Construir cidadania é também construir novas relações e consciências. A cidadania é algo que não se aprende com os livros, mas com a convivência, na vida social e pública. É no convívio do dia a dia que exercitamos a nossa cidadania, através das relações que estabelecemos com os outros, com a coisa pública e o próprio meio ambiente. A cidadania deve ser perpassada por temáticas como a solidariedade, a democracia, os direitos humanos, a ecologia e a ética.

A cidadania é tarefa que não termina, não é como um dever de casa, onde faço a minha parte, apresento e pronto, acabou. Enquanto seres inacabados que somos, sempre estaremos buscando, descobrindo, criando e tomando consciência mais ampla dos direitos. Nunca poderemos chegar e entregar a tarefa pronta, pois novos desafios na vida social surgirão, demandando novas conquistas e, portanto, mais cidadania.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Saúde Bucal - Módulo I: o contexto do trabalho em saúde no SUS. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 34-35.



ATIVIDADE IX
CONTROLE SOCIAL NO SUS
.....
Tempo estimado: 1 hora 20 minutos

Objetivo

- Compreender a importância do Controle Social no SUS e no processo de Planejamento em Saúde.

Material

- Texto: “Participação e Controle Social”.

Desenvolvimento

- Realize a Atividade em grupo;
- Faça a leitura do Texto de Apoio : “Participação e Controle Social”;
- Reflita e responda as seguintes questões:
 1. Existem instâncias de participação popular na saúde do seu município? Quais?
 2. Em seu município quem planeja as ações de saúde?
 3. Quem planeja os gastos com a saúde?
 4. Quem controla os gastos?
 5. De que forma uma comunidade pode aumentar o seu controle sobre os fatores que determinam a sua saúde?
 6. Os Conselhos Municipais de Saúde podem assegurar o cumprimento dos princípios do SUS? Caso possam, como isso pode ser feito?
- Conclua a Atividade conforme as orientações do Docente.



TEXTODE APOIO
PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL
.....

A concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática. Nenhum gestor é senhor absoluto da decisão. Ele deve ouvir a população e submeter suas ações ao controle da sociedade. A lei 8.142 é clara quanto a essa determinação: em seu artigo 1º, são instituídos, como instâncias colegiadas, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, obrigatoriamente integrantes do SUS. Nenhum gestor, em qualquer nível de governo, pode se recusar a constituir esses foros, pois estará desrespeitando a lei.

A composição das Conferências e dos Conselhos deve ser ampla de modo a assegurar às suas deliberações a máxima representatividade e legitimidade. A representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos(governo, prestadores privados e profissionais de saúde). Isto significa que o número de vagas para as entidades ou organizações representantes dos usuários deve ser exatamente a metade do total de participantes das Conferências e dos Conselhos.

As Conferências de Saúde são foros com representação dos vários segmentos sociais que se reúnem a cada quatro anos “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” (Lei 8,142/90, artigo 1º, parágrafo 1º). Devem ser realizadas em todas as esferas de governo, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. Através das Conferências a população tem a oportunidade de discutir quais são os seus problemas de saúde mais importantes e indicar para os governantes como quer que sejam resolvidos. As resoluções das Conferências de Saúde devem servir de orientação para as decisões dos gestores e dos Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Lei 8,142/90, artigo 1º, parágrafo 2º).

As decisões dos Conselhos têm que ser homologadas, isto é, confirmadas ou aprovadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Por ser um órgão que tem que deliberar sobre o que precisa ser feito e fiscalizar as ações do governo, os Conselhos precisam estar permanentemente informados sobre quais são os problemas de saúde da população, quais os recursos disponíveis para a área da saúde, onde e como estão sendo aplicados. Os gestores não podem se recusar a dar as informações que os conselheiros precisam para avaliar e tomar decisões.

O Conselho de Saúde deve ter representantes do governo, dos prestadores de serviços, de profissionais de saúde e dos usuários. A representação dos usuários deve ser diversificada, de maneira a permitir que os vários interesses e os diversos tipos de organizações – associações de moradores, sindicatos, associações de portadores de deficiências, organizações de consumidores, entidades civis que se dedicam a estudos ou à análise das condições de saúde, entidades científicas etc – possam apresentar suas demandas e fazer suas avaliações sobre a política de saúde desenvolvida pelo governo, em todos os níveis.

É importante observar que a lei sempre se refere a “representante” dos usuários. Representação significa delegação de poderes conferidos pela população a certas pessoas a fim de que exerçam em seu nome alguma função. Os representantes dos usuários não podem ser escolhidos pelos governantes. Só serão representantes legítimos se forem escolhidos e indicados pelos membros do grupo ou da entidade da qual fazem parte.

Ser representante implica em assumir o compromisso junto àqueles que o indicaram, de respeitar as posições de seus representados e defendê-las no Conselho. Implica também em ter que informar e prestar contas de suas ações aos seus representados.

Os Conselhos e as Conferências não são as únicas formas de participar do SUS, embora sejam as únicas obrigatórias para todo o país, por serem previstas em Lei Federal. À medida que se avança na democratização da gestão, outros mecanismos podem – e devem – ser criados nos Estados e nos municípios para ampliar as possibilidades de participação e tornar as decisões mais próximas da população. É o caso dos conselhos distritais e dos conselhos gestores nas unidades de atenção à saúde, já existentes em muitos municípios.

Parceiros na construção da cidadania e na luta pelo SUS

O exercício da cidadania e do controle social, como já vimos, exige que lutemos por nossos direitos. Muitas vezes, as dificuldades que encontrarmos exigirão que tenhamos que recorrer a meios legais para exigir o cumprimento das Leis. Por isso é importante conhecer os recursos de que dispomos e os parceiros com os quais podemos contar para alcançar os resultados que buscamos.

Vamos destacar duas das mais importantes instituições às quais podemos recorrer para assegurar o cumprimento das leis e o respeito aos nossos direitos: o Ministério Público e o PROCON.

O Ministério Público é uma instituição permanente, existente na União e nos Estados, incumbida da “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (art. 127 da Constituição Federal).

O Ministério Público atua através dos Promotores de Justiça e dos Procuradores de Justiça, estaduais e federais. Quando identificarmos o não cumprimento da Lei devemos procurar o Promotor de Justiça, que irá verificar se está havendo mesmo desrespeito e deverá comunicar ao juiz caso isso tenha sido constatado.

O Juiz pode, com base em proposta do Promotor ou de solicitação direta de qualquer entidade de representação ou associação que exista legalmente há pelo menos um ano, promover uma Ação Civil Pública. São muitas as razões que podem conduzir a uma ação dessa natureza. O mau funcionamento dos serviços por falta de profissionais, a má conservação ou inexistência de materiais e equipamentos, a má administração ou o mau uso ou desvio dos recursos públicos destinados à saúde podem ser motivos para responsabilizar os gestores públicos e solicitar a Ação Civil Pública.

O não cumprimento comprovado da Lei que determina a criação dos Conselhos de Saúde ou a obstrução ou impedimento ao seu funcionamento também são razões que podem justificar a Ação Civil Pública.

Outra instituição importante à qual podemos recorrer na defesa dos direitos é o PROCON, órgão de proteção e defesa do consumidor. A Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso 32, estabelece que “o Estado promoverá, na forma da lei, a

defesa do Consumidor”. A Lei 8,078, de 11 de setembro de 1990, aprovou o Código de Proteção e Defesa do Consumidor, que define as situações e condições nas quais o PROCON deve ser acionado. Em geral, as pessoas pensam que o PROCON só se dedica ao consumidor de bens ou objetos. Mas o código também prevê a proteção ao consumidor dos serviços de saúde. Se o problema é o mau atendimento, o descaso ou a irresponsabilidade de profissionais de saúde a população pode ainda recorrer aos Conselhos Profissionais da categoria. Por exemplo, se um médico recusou-se a atender ou provocou danos por atendimento errado ou inadequado, o usuário deve denunciar, comprovando o fato, ao Conselho Regional de Medicina, que é responsável pela fiscalização e controle do exercício profissional dos médicos. Há também conselhos profissionais de diversas outras categorias: Enfermeiros, Assistentes Sociais, Odontólogos (dentistas).

Todas essas instituições só podem intervir mediante denúncia. Isto significa que a população precisa se acostumar a realizar o registro do ocorrido sempre que for desrespeitada nos seus direitos.

Outro recurso que deve ser utilizado é a denúncia através dos meios de comunicação – rádio, jornais, televisão. No País não é fácil conseguir espaço para defender os direitos da população em muitos meios de comunicação, principalmente se a denúncia envolve autoridades públicas ligadas aos grupos que são proprietários dos mesmos. Mas há muitos que abrem espaço para isso. É importante descobrir quais são esses e buscar informar corretamente para que a denúncia pública se transforme em instrumento de pressão na defesa dos direitos de cidadania. Construir a cidadania dá trabalho. Mas também dá bons resultados.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. *Projeto de Incentivo à participação popular e Controle Social no SUS, textos técnicos para conselheiros de saúde*. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Brasília, 1998. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br> Acesso em: 09 maio, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto Nordeste. *Informação, Educação e Comunicação/IEC*, 1994 p.34-37. In.: Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Hora. Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde - Guia Curricular do Módulo 1. Alagoas, 2005 .p. 77-79.



ATIVIDADE X

TRABALHO EM EQUIPE

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre a importância do trabalho em equipe.

Material

- 6 envelopes com peças do Jogo dos Quadrados.

Desenvolvimento

- Participe da dinâmica promovida pelo Docente;



ATENÇÃO:

O desafio do grupo nesta Atividade é formar um quadrado perfeito com as peças do jogo;

- Siga as regras:
 - Regra 1 – não pode falar, mas qualquer outra forma de comunicação é permitida entre os participantes;
 - Regra 2 – não pode rasgar, dobrar, amassar ou riscar nenhuma das peças do envelope;
 - Regra 3 - o grupo que terminar primeiro deverá anunciar.
- Participe da sistematização da Atividade.



ATIVIDADE XI

POLÍTICAS DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

.....
Tempo estimado: 1 hora 50 minutos

Objetivo

- Identificar as Políticas de Saúde do seu município.

Material

- Textos de Apoio: “O processo de municipalização da saúde” e “Entendendo a Norma Operacional da Assistência a Saúde”.

Desenvolvimento

- Realize a Atividade promovida pelo Docente;
- Faça a leitura e discussão dos Textos de Apoio: “O processo de municipalização da saúde e “Entendendo a Norma Operacional da Assistência a Saúde”;
- Reflita e identifique os serviços de saúde do seu município e descreva sobre:
 - 1-A organização político-administrativa (distritos sanitários, consórcios intermunicipais);
 - 2-Como os serviços de saúde organizam entre si e com outras instituições – níveis de hierarquização e complexidade (serviços básicos, especialidades, urgência e emergências, serviços hospitalares);
- Apresente em plenária, as conclusões do grupo.



TEXTO DE APOIO

MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

.....

Por muitas vezes, ao observarmos o SUS, percebemos que ele ainda apresenta muitas daquelas características encontradas na década de 80: excessiva centralização das decisões e dos recursos ao nível federal; separação das ações curativas e preventivas (com ênfase no curativo); ausência de participação popular; baixo impacto; excludente; hospitalocêntrico, etc.. Neste contexto, ainda persistem inaceitáveis indicadores de saúde no país, como o alto índice de mortalidade infantil, presença significativa de doenças evitáveis (desnutrição, diarreia, sarampo, malária, tuberculose, etc.), falta de acesso a serviços básicos, etc.

Todos estes problemas vêm se acumulando há muitos anos e, retomando um pouco da história, vamos nos reportar à crise econômica da década de 70. Esta crise muito contribuiu para o empobrecimento da população e para a migração do homem do campo para as cidades, em busca de emprego. Isto favoreceu a formação de verdadeiros bolsões de miséria em torno das médias e grandes cidades. Com o crescimento das cidades cresceram também as demandas por serviços de saúde. Esta realidade não pôde ser ignorada pelos gestores municipais, que, buscando soluções para estes problemas, iniciaram o Movimento Municipalista da Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), propôs a descentralização do sistema com mando único em cada esfera de governo, buscando uma profunda reformulação do sistema nacional de saúde. A universalidade, a integralidade das ações e o controle social foram definidos como estratégias para garantir a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Esta proposta veio ao encontro dos anseios do movimento municipalista que trabalhou intensamente pelo processo de descentralização.

A descentralização, através da regionalização e da municipalização da saúde, é a estratégia ideal para que todas as instâncias responsáveis pelo sistema de saúde possam se articular nesse esforço. Não há dúvida de que a municipalização garante a atenção básica de saúde, trazendo lógica, racionalidade e controle ao sistema.

Sabe-se que os municípios brasileiros possuem condições de desenvolvimento e de assistência à saúde completamente diferentes, por isso mesmo, o SUS definiu várias formas de habilitação que indicam o grau de responsabilidade e autonomia da gestão municipal da saúde.

A regionalização da saúde assegura referência ao atendimento de média e alta complexidade. Os municípios brasileiros foram agrupados em módulos de saúde, cada um deles com um município-sede, responsável pelo nível 1 de referência em média complexidade. Um ou mais destes módulos são agrupados pela Secretaria Estadual de Saúde em microrregiões, designando serviços de nível 2 de referência em média complexidade. Estas microrregiões, por sua vez, são agrupadas em macrorregiões, com serviços de nível 3 de referência em alta complexidade. A Secretaria Estadual da Saúde designa, também, os serviços de nível 4 de referência em alta complexidade.

Apesar da política de municipalização estar claramente respaldada pela Constituição e Leis Orgânicas Federal, Estaduais e Municipais, e, apesar de várias experiências bem sucedidas, a maioria dos municípios brasileiros ainda não assumiu o papel de gestor do sistema municipal de saúde. Mesmo após a promulgação da Constituição de 1988, ainda é grande o número de municípios nos quais a lei ainda não é cumprida. Isto ocorre por vários motivos que não nos cabe agora analisar. Entretanto, um aspecto merece destaque: para se efetivar a municipalização, é necessário uma profunda reorganização do atual sistema de saúde.

Municipalizar a saúde está diretamente relacionado ao processo de redemocratização do país. A municipalização busca entre outras coisas, a promoção de justiça social, através da redistribuição de poder entre União, Estados e Municípios, com definição de papéis diferenciados e complementares entre eles, cabendo ao município maior responsabilidade na gestão do sistema de saúde.

A operacionalização do SUS exige planejamento e articulação dos gestores municipais e estaduais. A articulação política entre as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde de cada microrregião é fundamental para que o cidadão brasileiro tenha condições de acesso à saúde básica em seu município, ocorrendo referência para serviços de média e alta complexidade apenas quando necessário. Quanto mais o planejamento desse sistema estiver articulado, mais garantia teremos de que os serviços de saúde não vão estar sobrecarregados com uma demanda excessiva e não pertinente ao seu objetivo institucional.

A proposta de municipalização da saúde pressupõe que os municípios, juntamente com os Conselhos de Saúde, assumam a responsabilidade pelo planejamento, controle e execução das ações e serviços de saúde, resgatando assim, o papel do município como responsável político e técnico para com a saúde dos cidadãos. Assim, as Conferências Municipais de Saúde e os Conselhos Municipais e locais são espaços fundamentais de interlocução entre governo e população, buscando a participação dos cidadãos na gestão pública e na democratização do sistema. Na medida em que esta interlocução ocorre, as decisões tomadas têm maiores chances de acerto, pois torna-se mais fácil compreender os problemas e necessidades da população, bem como encontrar as soluções mais acertadas para resolvê-los.

A gestão municipal

Para compreendermos melhor o papel do município na gestão do SUS, vamos refletir acerca de algumas questões:

O que significa municipalizar?

Significa reconhecer e valorizar os governos municipais como os principais provedores dos serviços públicos essenciais, dentre eles, a assistência à saúde.

A descentralização é o caminho para a municipalização. E, como já vimos, descentralizar significa redistribuir poder e recursos, redefinir os papéis das três esferas do governo, reorganizar os modelos de assistência, estabelecer novas relações entre os níveis de governo e garantir o controle social.

O que são gestores?

Gestores são as entidades responsáveis por implantar o SUS e fazê-lo funcionar de acordo com seus princípios: conceito ampliado de saúde; saúde como direito de todos e dever do Estado; equidade (universalidade, integralidade e controle social) e os princípios organizativos (descentralização, regionalização e hierarquização).

Quem são os gestores?

No nível federal é o Ministério da Saúde. No nível estadual, são as Secretarias Estaduais de Saúde, com seus respectivos secretários estaduais. Nos municípios, os gestores são as Secretarias Municipais de Saúde ou as Prefeituras (secretários municipais de saúde ou prefeitos).

Quais são as suas responsabilidades?

O Ministério da Saúde deve coordenar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando os riscos e as necessidades das populações nas várias regiões do país. É responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde. Além disso, tem importantes funções no planejamento, financiamento, cooperação técnica e controle do SUS.

O gestor estadual é responsável pela coordenação das ações de saúde no seu Estado. Deverá elaborar o Plano Estadual de Saúde com base nas necessidades levantadas em cada município (através dos Planos Municipais de Saúde). Cabe também aos Estados planejar e controlar o SUS em seu nível de responsabilidade, executando apenas as ações que os municípios não puderem e/ou não lhes couber executar.

Finalmente, os gestores municipais são os maiores responsáveis pelo planejamento, execução, avaliação e controle das ações de saúde em seus municípios.

Em cada esfera do governo (federal, estadual e municipal), o gestor deverá se articular com os demais setores da sociedade que atuam, direta ou indiretamente, na área da saúde, promovendo a sua integração e participação no processo. Também nas três esferas do governo deverão participar representantes da população para as formulações das políticas de saúde e para o controle de sua execução.

Como a municipalização pode ser efetivada?

É importante compreendermos que, diante do atual quadro de desigualdade, injustiça e de exclusão em que se encontra a grande maioria da população brasileira, e diante da precariedade dos serviços públicos de saúde, as transformações propostas pelo SUS não poderão ocorrer da noite para o dia. Assim, um período de transição é imprescindível, para que, paulatinamente, as novas propostas sejam implementadas.

Com o objetivo de orientar os gestores municipais, o Ministério da Saúde elaborou normas operacionais básicas: a NOB-SUS 01/1991, a NOB-SUS 01/1992, a NOB-SUS 01/1993 e a NOBSUS 01/1996.

Considerações finais

A descentralização das ações e serviços de saúde se constitui num grande desafio porque busca, na sua essência, uma radical transformação do atual sistema de saúde brasileiro. Busca superar suas deficiências, eliminar suas falhas e construir um sistema capaz de responder às necessidades de saúde da população.

O processo de descentralização ocorre com ritmos e características diferentes, dependendo das especificidades de cada local. Entretanto, deve se configurar como um compromisso coletivo, um pacto entre os gestores públicos dos três níveis de governo, as entidades relacionadas com a saúde e, especialmente, com a população, a fim de construir um sistema de saúde universal, integral, equânime e de boa qualidade.

As experiências de municipalização bem sucedidas dependeram do compromisso político dos gestores com o projeto do SUS, o que aponta para a compreensão de que só é possível avançar com esse projeto na medida em que se ampliem e consolidem os espaços de participação popular com efetivo controle social; que se defina fontes de financiamento para o sistema e que se garanta o repasse dos recursos da União, Estados e municípios para a gestão municipal.

O fortalecimento dos espaços de participação popular pode contribuir para que não se adote uma concepção limitada ou distorcida do conceito de descentralização, que muitas vezes tem servido para desresponsabilizar Estados e União, principalmente com relação à efetiva descentralização de poder decisório e ao repasse de recursos financeiros.

Se por um lado o processo de municipalização significou desafio e trouxe dificuldades para os municípios (que receberam rede física sucateada, sem recursos humanos e sem garantia do repasse financeiro), na maioria dos casos, ao assumir a responsabilidade de gerir o sistema, estabeleceu-se:

- melhor relação com o setor privado;
- maior controle dos gastos;
- articulações intermunicipais;
- implantação de novas atividades e ações de saúde;
- maior participação dos conselhos;
- aumento da aplicação dos recursos do tesouro municipal.

REFERÊNCIAS

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p. 191-198.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Humanização da Assistência à Saúde: Humaniza Saúde. Disponível em: <www.humanizasaude.rs.gov.br> Acesso em: 16 jan 2012.



TEXTO DE APOIO

ENTENDENDO A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A Norma Operacional da Saúde- NOAS, criada através da portaria nº95, de 26/01/2001 e publicada no DOU em 29/01/2001, surgiu para dar continuidade a descentralização e organização do Sistema Único de Saúde- SUS e fortalecimento da Norma Operacional Básica do SUS 01/96.

A referida norma tem como objetivo: ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; definir o processo de regionalização da assistência, e criar mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde.

O processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção. A intervenção não é restrita a abrangência municipal, mas respeitando seus limites de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

A regionalização deverá garantir:

- Acesso dos cidadãos ao serviço de saúde, o mais próximo de sua residência.
- Ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas da atenção básica:

Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase, Controle da Hipertensão, Controle do Diabetes Mellitus, Ações de Saúde Bucal, Ações de Saúde da criança, Ações de Saúde da Mulher.

- O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução dos seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores, para atendimento de referências intermunicipais.
- Ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica, instituindo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) como uma das condições de gestão do sistema municipal de saúde e Gestão Plena do Sistema (GPAB-A):

“Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população, no âmbito microrregional, ações e serviços ambulatoriais e hospitalares com serviços de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifica a sua oferta em todos os Municípios do país”.

Nos serviços de média complexidade cabe ao gestor estadual adotar critérios para organização regionalizada das ações. Nos serviços de alta complexidade é de responsabilidade do Ministério da Saúde a definição de normas nacionais, o controle de cadastro nacional de prestador de serviços, vistoria dos serviços, quando lhe couber, de acordo com a normas estabelecidas.

O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre Estados.

REFERÊNCIA

SALES, M. L. H. Entendendo a Norma Operacional da Assistência a Saúde. In: HORA, V. Curso técnico de agente comunitário de saúde: Guia Curricular do Módulo 1. Escola Técnica de Saúde . Alagoas, 2005.



ATIVIDADE XII

O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

.....

Tempo estimado: 1 hora 10 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o processo de trabalho em saúde.

Material

- Texto de Apoio: “ O processo de trabalho em saúde”.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade proposta pelo Docente;
- Faça a leitura individual do Texto de Apoio “ O Processo de Trabalho em Saúde” e destaque os principais pontos;
- Participe da roda de conversa socializando suas ideias.



TEXTO DE APOIO

O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE³

.....

O trabalho em saúde refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores que ali estão, resolvê-los. O momento do trabalho é ao mesmo tempo de encontro entre esse trabalhador e o usuário.

Você já parou para pensar que o trabalho em saúde só é possível mediante o encontro e a relação entre o profissional e o usuário?

Esse encontro é permeado pela dor, o sofrimento, os saberes da saúde, as experiências de vida, as práticas assistenciais, subjetividades que afetam os sujeitos, trabalhador e usuário. Enfim, há um mundo complexo a ser pesquisado que envolve, sobretudo, a produção do cuidado.

Ao executar seu trabalho, os profissionais de saúde obedecem a uma certa disposição física, disciplinadamente organizada, ou seja, há lugares específicos onde certos produtos são realizados. É como se, no serviço, ou seja, em um certo estabelecimento de saúde, houvesse diferentes unidades de produção, por exemplo: na recepção, produzem-se informações, agendas; na sala de vacinas, produzem-se procedimentos de imunização; nos consultórios, são produzidas consultas médicas, de enfermagem; e assim cada lugar tem uma “missão” dentro de um espectro geral de cuidado com os usuários. Tudo isso entra em movimento durante o período em que o serviço está disponível para atender às pessoas que procuram, por algum motivo, resolver ali os seus problemas de saúde.

³Texto adaptado pela Equipe da Diretoria da Educação Permanente

Os trabalhadores de cada lugar destes executam certas tarefas, que se presume tenham sido previamente determinadas ou pactuadas entre eles, pois se busca uma sintonia entre o que uns fazem em determinado lugar, por exemplo, na recepção, e o que os outros realizam em outros ambientes, muitas vezes, reportando-se uns aos outros. Há um relacionamento, no trabalho, entre todos os profissionais como o funcionamento de uma “rede de conversas”, mediada pelo trabalho.

O trabalho em saúde e suas tecnologias

O trabalho é uma atividade que tem sempre uma finalidade para que ele se realize, a qual está ligada ao atendimento à determinada necessidade da pessoa, seja ela de que tipo for. Os produtos criados com a atividade do trabalho, nessa perspectiva, têm um “valor de uso” (Campos, 1994). No caso da saúde, Cecílio (2001) sugere que as necessidades estão organizadas em quatro grandes grupos: “O primeiro diz respeito a ter boas condições de vida [...]; O outro conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...]; O terceiro diz respeito à insubstituível criação de vínculos efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...]; Um quarto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”. (Cecílio, 2001:114-115; grifos nossos). Podemos concluir que as atividades ligadas à promoção e prevenção, reabilitação e cura estão todas de alguma forma relacionadas nos grupos de necessidades descritos acima.

Esses conjuntos de necessidades aqui relacionados demonstram que os problemas de saúde são sempre complexos, porque envolvem inúmeras dimensões da vida, desde as que se circunscrevem no corpo até as de ordem social e subjetiva. O trabalho em saúde, por sua vez, para ser eficaz, deve responder a essa complexidade e dar sentido à intervenção nos diversos campos da saúde. Abre-se aqui um leque de possibilidades de uso de diversas tecnologias de trabalho para a produção do cuidado.

Mas, afinal, você já parou para pensar o que é tecnologia? Você acha que no seu trabalho cotidiano você utiliza tecnologias? Vamos nos debruçar um pouco sobre esse termo e ver qual o verdadeiro sentido que ele tem para o trabalho em saúde.

Em geral, as pessoas associam a palavra tecnologia a máquinas e instrumentos, geralmente os mais modernos. Se foi isso que você pensou, não está errado, mas também não está completo esse raciocínio. Para iniciar a discussão sobre as tecnologias de trabalho em saúde, vamos ao dicionário verificar o sentido literal do termo. Ele nos diz que tecnologia é o “conjunto de conhecimentos, [...] que se aplicam a um determinado ramo de atividade” (HOLANDA, 1999). Ou seja, é conhecimento aplicado, o que pressupõe que toda atividade produtiva traz, em si, um saber que é utilizado para executar determinadas tarefas que vão levar à criação de algo, ou seja, à realização de certos produtos. Na indústria, as tecnologias estão inscritas nas máquinas que, na maioria das vezes, dominam o cenário produtivo, mas estão presentes também no conhecimento do trabalhador, utilizado para operar essas máquinas e produzir inúmeras coisas, tais como sapatos, roupas, carros etc. Esses produtos serão consumidos, em algum momento futuro, por alguém que o produtor (o operário que fez o sapato) provavelmente jamais vai conhecer, isto é, quem produz não interage com o consumidor do seu produto.

Chamo a sua atenção para o fato de que, nesse curto parágrafo, enquanto falamos da produção industrial, mencionamos dois tipos de tecnologia: a primeira, que está inscrita nas máquinas utilizadas no processo produtivo; e a segunda, que está na habilidade do operário definida pelo seu conhecimento técnico em relação ao produto, materiais, processo produtivo, operação da máquina etc.

No caso da saúde, diferente da indústria, o trabalhador que faz a assistência, podendo ser o enfermeiro, médico, dentista, psicólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem, ACS, entre muitos outros, são os produtores da saúde e nessa condição interagem com o consumidor (usuário), enquanto estão produzindo os procedimentos. Mais do que isso, esses serão consumidos pelo usuário no exato momento em que são produzidos. Por exemplo: ao fazer um curativo, a auxiliar de enfermagem está produzindo algo, o curativo, em relação com o consumidor desse produto, o usuário, que o consome nesse exato momento. Isso determina uma característica fundamental do trabalho em saúde, a de que ele é relacional, isto é, acontece mediante a relação entre um trabalhador e o usuário, seja ele individual ou coletivo. Por exemplo, a consulta só se realiza, quando o profissional de saúde está diante do usuário e, assim, com os demais atos produtores de procedimentos, tais como o curativo, a vacina, os diversos tipos de exames, atos cirúrgicos, reuniões de grupos, visitas domiciliares etc. Podemos dizer que na saúde, além dos dois tipos de tecnologia já identificados nos processos produtivos, as que estão inscritas nas máquinas e no conhecimento técnico, há uma outra absolutamente fundamental, que é a tecnologia das relações.

O que significa que para estabelecer relações de assistência e cuidado à saúde, é necessário um conhecimento que seja aplicado para essa finalidade, porque não são relações como outra qualquer, elas têm uma certa finalidade que é a

saúde. Esse debate das tecnologias de trabalho em saúde vem sendo realizado mais sistematicamente há alguns anos, em um primeiro momento por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994) que fez a diferenciação entre as tecnologias que estão inscritas nas máquinas e instrumentos de trabalho e aquelas do conhecimento técnico, tendo o autor chamado as primeiras de “tecnologias materiais” e as outras de “tecnologias não materiais”. Essa primeira diferenciação foi importante por reconhecer o conhecimento como tecnologia e coloca, no centro do debate do trabalho e produção da saúde, os sujeitos sociais portadores de conhecimento, que são os trabalhadores/ produtores de saúde e, por excelência, aqueles que têm a capacidade de ofertar uma assistência de qualidade.

Sem descartar a importância que têm as máquinas e instrumentos que auxiliam no trabalho em saúde, na definição de diagnóstico e nas terapias, importa registrar que o trabalho humano é absolutamente fundamental e insubstituível. Para você notar o quanto isso é relevante para a produção da saúde, procure lembrar-se de alguma situação em que houve incorporação de novas tecnologias assistenciais no trabalho em saúde e isso tenha acarretado redução de postos de trabalho, como geralmente acontece na área industrial. Não há situação como essa, a não ser em algumas exceções na área de laboratórios. De resto, mantêm-se os postos de trabalho, porque é a pessoa quem de fato realiza o cuidado aos usuários e, interagindo com o mesmo, ambos são capazes de impactar seu estado de saúde.

Dando continuidade aos estudos na área, Merhy (1997), ao descrever sobre a produção do cuidado e suas tecnologias, estabeleceu três categorias para tecnologias de trabalho em saúde. Chamou de “tecnologias duras” as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos e têm esse nome porque já estão programadas a priori para a produção de certos produtos; de “Leve-duras” as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, definida anteriormente, e uma leve, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, podendo assumir formas diferentes dependendo sempre de como cada um trabalha e cuida do usuário; e “tecnologias leves” que dizem respeito às relações que, de acordo com o autor, são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprios do profissional que é guiado por uma certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade. São tecnologias, também, porque dizem respeito a um saber, isto é, competências para os trabalhadores de saúde lidar com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos, como já foi citado anteriormente.

Para começar a entender como a organização do trabalho influencia o modo de se organizar o cuidado aos usuários, é necessário verificar qual das três tecnologias tem prevalência sobre o processo de trabalho, no momento em que o trabalhador está assistindo os usuários.

O trabalho vivo em ato e o processo de trabalho em saúde

Como você pôde ver nas observações que fez do processo de trabalho, há situações em que o mesmo é dominado pela “tecnologia dura” e/ou “Leve-dura”, ou seja, o trabalhador valoriza mais o instrumento que tem à mão, do que a atitude acolhedora que pode e deve ter em relação ao usuário, quando faz o atendimento. Isso significa que, muitas vezes, a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, para dar lugar a um processo de trabalho centrado no formulário, protocolos, procedimentos, como se esses fossem um fim em si mesmos. O resultado último que se pretende é o de reduzir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida, criar autonomia nas pessoas para viverem a vida.

Imaginemos que há sempre várias formas de se comportar com o usuário durante o trabalho de assistência à saúde. Por exemplo, pense em um trabalhador fazendo uma entrevista. Ele pode fazer essa atividade de duas formas distintas, quais sejam: 1° - O profissional pega um roteiro/questionário, mal cumprimenta o usuário e começa a fazer as perguntas, olhando e anotando no questionário à sua frente. Restringe-se às perguntas, age de modo formal, distante e frio. 2° - O profissional pode ter o roteiro/questionário que lhe serve de guia, mas abre espaço para a fala e a escuta do usuário sobre aspectos não roteirizados, realiza uma introdução que o deixa mais à vontade, a fala não se restringe às perguntas do questionário, troca olhares, interage, discute os problemas percebidos, qualifica a atenção e o cuidado.

No primeiro caso, podemos dizer que o processo de trabalho de produção da anamnese foi dominado pela tecnologia dura representada nesse ato pelo instrumento roteiro/questionário. Houve uma substituição dos atos de fala e escuta, para a linguagem fria do texto do roteiro, ao qual o trabalhador ficou preso. Isso reduziu de alguma maneira o aspecto relacional desse trabalho. Já no segundo caso, o aspecto relacional é valorizado, isto é, há o domínio da tecnologia leve no processo de trabalho, servindo o instrumento apenas como seu auxílio. Nesse caso, a relação entre trabalhador e usuário torna-se dinâmica, há valorização dos gestos mútuos de cuidado e produção da saúde.

Mas o que torna o trabalho, quando realizado de forma centrada nas tecnologias leves, mais produtivo e interessante para o usuário e o trabalhador de saúde? Que aspectos vão se organizando para que ele ganhe essa dinâmica e maior resolutividade?

De novo nos valemos de Merhy (1997, 2002) para dizer que as tecnologias leves são aquelas mais dependentes do Trabalho Vivo em ato.

Ao ler a expressão acima, seria natural que você se dividisse entre dois sentimentos: o da sua beleza “trabalho vivo” e a curiosidade em relação ao seu significado. Estaria se perguntando: “e há trabalho morto?” A resposta é sim, há trabalho morto e vamos falar de ambos a seguir.

Trabalho Vivo é a expressão que dá significado ao trabalho em ato, isto é, no exato momento da sua atividade produtiva (Merhy; 1997, 2002; Franco, 2003). Trabalho morto são máquinas e instrumentos, possuem esse nome porque sobre as máquinas e instrumentos existentes já se aplicou determinado trabalho anterior, ou seja, eles já trazem uma carga de trabalho pregresso, que lhes deu forma e função.

Quando o processo de trabalho é comandado pelo trabalho vivo, o trabalhador tem uma grande margem de liberdade para ser criativo, relacionar-se com o usuário, experimentar soluções para os problemas que aparecem e, o que é mais importante, interagir, inserir o usuário no processo de produção da sua própria saúde, fazendo-o sujeito, isto é, protagonista de seu processo saúde-doença. Já quando hegemonizado pelo trabalho morto, o processo de trabalho é pré programado, porque fica sob o comando dos instrumentos, age como se ele fizesse um aprisionamento do trabalho vivo, limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado pela programação da máquina, protocolo, formulário etc. Aqui há pouca interação entre trabalhador e usuário, construção de sujeitos nesse encontro realizado para produzir o cuidado. Há apenas um processo frio e duro de produção de procedimentos.

Toda atividade produtiva envolve sempre o Trabalho Morto e o Trabalho Vivo em ato, para que se realizem os produtos desejados. No processo de trabalho, um deles tem a hegemonia e determina, no caso da saúde, o perfil da assistência. Voltando ao nosso exemplo, em que um trabalhador de saúde vai fazer uma anamnese, podemos dizer que o roteiro/questionário é trabalho morto e os atos de fala, escuta, olhares são trabalho vivo em ato. Quando o roteiro comanda o processo de trabalho (1º caso), podemos dizer que é um processo de trabalho que tem hegemonia do trabalho morto e é dependente das tecnologias duras. Quando há o inverso (2º caso), há hegemonia do trabalho vivo, lugar próprio das tecnologias leves.

A Composição Técnica do Trabalho – CTT1 e Micropolítica

Talvez você se pergunte: E como eu sei quando o processo de trabalho está centrado no Trabalho Morto ou no Trabalho Vivo em ato? Pela observação do modo como o profissional age com o usuário, pela atitude frente ao problema de saúde, é possível perceber se suas ações são cuidadoras ou não.

A razão entre o Trabalho Morto e Trabalho Vivo no interior do processo de trabalho, é chamada de Composição Técnica do Trabalho (Franco, 2003). Ela serve para analisar o processo de trabalho, como já foi dito aqui, através da sua observação e a percepção de como se dá o trabalho, a atitude do profissional, a sua implicação com o problema de saúde do usuário e o protagonismo desse diante da sua própria forma de fazer a assistência à saúde. É uma percepção, não quantificável, do modo de produção do cuidado. Quanto maior a hegemonia do Trabalho Vivo nesse processo, maior é o nível de cuidado que se tem com o usuário.

Importa registrar que um processo de trabalho, para ter maior volume de Trabalho Morto ou Trabalho Vivo implicado com o mesmo, depende do próprio trabalhador. Essa afirmação tem por base uma característica fundamental do processo de trabalho em saúde: a de que o trabalhador possui um razoável autogoverno sobre o seu processo de trabalho, isto é, ele comanda o modo como vai se dar a assistência. Se essa acontece por parâmetros humanitários, com atitudes acolhedoras, ou ao contrário, de forma burocrática e sumária, é determinada por quem está em ato, na relação com o usuário, no caso, o próprio trabalhador. O espaço de trabalho, onde há realizações impulsionadas pela prática de cada um, é o lugar da micropolítica, para o caso que estamos vendo, de produção de saúde.

E o que é a micropolítica?

É o protagonismo dos trabalhadores e usuários da saúde, nos seus espaços de trabalho e relações, guiado por diversos interesses, os quais organizam suas práticas e ações na saúde. Assim o espaço da micropolítica não é uno, é múltiplo de quantas identidades se inscreverem nesse lugar, como sujeitos que pretendem realizar seus projetos, sejam eles identificados com o campo individual ou coletivo; privado ou público; cuidador ou não cuidador; enfim, é aí que se define de fato o perfil da assistência, porque é nesse lugar que se dá o trabalho em saúde.

Os processos de produção da saúde mais tradicionais organizam campos de ação no espaço da micropolítica, estruturando processos produtivos centrados no instrumental e nas normas dependentes do trabalho morto, como formas de garantir maior produção de procedimentos. Isso foi construído historicamente, através da prevalência dos interesses da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos na determinação dos desenhos organizativos da atenção em saúde, que operam criando uma consciência e subjetividade entre os diversos profissionais, que dá formação ao imaginário de que a qualidade da assistência está vinculada ao uso das tecnologias duras e leve-duras, isto é, equipamentos e conhecimento especializado. Isso acontece com uma anamnese, como já informamos, como também em relação a consultas, em que o profissional prioriza a prescrição de procedimentos e praticamente anula os atos de fala, escuta, toque, relações, que são próprios da clínica, ou qualquer outro procedimento que se realiza. O mesmo repete-se em reuniões de grupo, onde predomina a fala técnica, centrada no profissional e não se abre para a escuta dos usuários portadores de algum problema crônico de saúde, e que têm a necessidade de falar das suas angústias, dos estigmas da doença, dos processos existenciais os quais impactam seu modo de estar no mundo. O processo de trabalho centrado na norma e no protocolo (trabalho morto) reduz sobremaneira o campo de cuidado aos usuários.

A micropolítica é o lugar onde se manifesta e se produz a subjetividade.

E o que é a subjetividade?

É um modo próprio e específico de ser e atuar no mundo e em relação com os demais. Vale dizer que a subjetividade é dinâmica, muda de acordo com as experiências de cada um, é afetada pelos valores e cultura que a pessoa vai internalizando ao longo da vida e do tempo. Ela é produzida socialmente e nunca está acabada. A história e as experiências de vida, as relações com grupos ou indivíduos disparam mudanças no jeito de ser e agir de cada um, o que chamamos de “processos de subjetivações” que vão mudando as pessoas, ou seja, produzindo novas subjetividades. O trabalho é uma das experiências mais ricas que uma pessoa tem e, por isso, ele produz nela novas formas de entender e agir no mundo e com as outras pessoas. A isso chamamos de “nova subjetividade”. Ao produzir coisas e serviços, como o de assistência à saúde por exemplo, o sujeito produz a si mesmo. Um dos efeitos em se tornar sujeito é o de ganhar maior capacidade de intervir sobre a realidade, ser protagonista de mudanças sociais, coletivas e individuais.

A personagem de Guimarães Rosa, Riobaldo Tatarana, nos fala da sua percepção de toda essa questão, de uma forma clara:

“O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão”.
(Riobaldo Tatarana em Grande Sertão: Veredas - João Guimarães Rosa)

As afirmações de que “as pessoas não estão sempre iguais... não foram terminadas” e “elas vão sempre mudando” expressa muito bem algo que existe em cada um e que o diferencia dos demais, tornando-o singular, ao mesmo tempo em que afirma que isto é uma construção perene.

Muito se tem discutido sobre o tema da subjetividade e o modo como influencia a forma de as pessoas enxergarem e atuarem no mundo. A questão é universal, atravessa os tempos. A subjetividade impulsiona a pessoa a atuar no ambiente da micropolítica. Micropolítica é a “arte ou ciência de governar” que cada um tem, seus próprios espaços de trabalho, relações, enfim, de vida. Um dos espaços onde isso se dá, é no lugar onde a pessoa trabalha e produz. Ela faz isso de acordo com certo sentido, isto é, determinados fins os quais considera mais adequados aos seus interesses ou desejos.

Foi tentando encontrar sentidos para a subjetividade e seu impacto na formação do campo social, que o filósofo e psicanalista francês Félix Guattari definiu que a subjetividade pode ser “solidária”, baseada em valores societários, humanitários e de cidadania, que levem à construção de um mundo novo; e pode ser “capitalística”, quando opera a partir dos objetivos privados e individuais, reproduzindo as muitas formas de enquadramento das pessoas nas normas sociais vigentes (Guattari, 1998).

Por exemplo, um profissional que tem um grande conhecimento técnico em uma determinada área, ao cuidar do usuário, pode se relacionar com ele de forma impessoal, sumária e burocrática; já outro profissional, igualmente conhecedor dos problemas de saúde, pode estabelecer relações humanizadas e acolhedoras com os usuários. Veja bem, mesmo equiparando-se tecnicamente, os dois profissionais têm atitudes completamente diferentes e o que determina seu modo de ser, quando realiza a assistência ao usuário, não é uma lei ou norma do serviço, isto é, não há uma racionalidade guiando seu comportamento, é sua subjetividade que atua quando ele está trabalhando, determinando assim o seu modo de agir perante o usuário e seu problema de saúde.

E não é apenas o profissional que tem uma certa subjetividade quando está em serviço, mas o usuário também traz uma história de vida, de relações, conhecimento acumulado, uma dada cultura, enfim, inúmeros fatores que determinam seu modo próprio de ver e atuar no mundo. Como a assistência à saúde se dá a partir do encontro dos dois, trabalhador e usuário, ambas as subjetividades podem influenciar um ao outro mutuamente. É como se essa relação que se estabelece para a produção do cuidado criasse uma situação em que um afeta ao outro com toda a carga de subjetividade que têm, permeando o processo de trabalho no exato momento em que se dá a assistência. Mas para que isso ocorra, é necessário haver espaço de conversas entre ambos, o que não ocorre em um processo de trabalho que é sumário e burocrático e trata o usuário como um objeto sobre o qual deve ser realizado um procedimento a fim de reabilitar seu corpo doente, e ponto. A relação produtiva mesmo só vai acontecer se o usuário for tratado como sujeito, que pode ser ele também um protagonista do seu processo saúde-doença.

Mas será que o processo de trabalho em determinado estabelecimento de saúde é sempre ou de um jeito, centrado nos instrumentos e normas; ou de outro jeito, nas relações? É possível haver estabelecimentos de saúde onde haja uma mistura entre as duas formas de agir no cuidado aos usuários?

Vou deixar essas perguntas para você responder.....

REFERÊNCIA

BRASIL, Ministério da Saúde. Unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do cuidado. *Guia do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro, 2005, p. 69-80.



ATIVIDADE XIII

POSTURAS PROFISSIONAIS

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Refletir sobre as diferentes posturas profissionais.

Material

- Tarjetas.

Desenvolvimento

- Participe da dinâmica promovida pelo Docente;
- Participe da sistematização da Atividade.



ATIVIDADE XIV

SER ACS

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Identificar o sentimento dos alunos enquanto ACS ;
- Valorizar do trabalho do ACS.

Material

- Tarjetas, papel Kraft, cola, pincel atômico e fita crepe;
- Fábula: “Plantando o futuro no presente”.

Desenvolvimento

- Participe da dinâmica promovida pelo Docente;
- Faça a leitura da fábula: “Plantando o futuro no presente”;
- Participe da sistematização da Atividade.



TEXTO DE APOIO

FÁBULA: PLANTANDO O FUTURO NO PRESENTE

Um senhor já idoso amava as plantas. Todos os dias, acordava bem cedo para cuidar de seu jardim. Fazia isso com tanto carinho e mantinha o jardim tão lindo que não havia quem não admirasse suas plantas e flores. Certo dia resolveu plantar uma jabuticabeira. Enquanto fazia o serviço com toda dedicação, aproximou-se dele um homem que lhe perguntou:

- Que planta é essa que o senhor está cuidando?
- Acabo de plantar uma jabuticabeira! - respondeu.
- E quanto tempo ela demora a dar frutos? - indagou o jovem.
- Ah! Mais ou menos uns quinze anos - respondeu o velho.
- E o senhor espera viver tanto tempo assim? - questionou o rapaz.
- Não, provavelmente não comerei de seu fruto.
- E qual a vantagem de plantar uma árvore se o senhor não comerá de seu fruto?

O velho olhando serenamente nos olhos do rapaz, respondeu:

- Nenhuma, meu filho, exceto a vantagem de saber que ninguém comeria jabuticabas se todos pensassem como você.

O rapaz, ouvindo aquilo, despediu-se do velho e saiu pensativo. Depois de caminhar um pouco, encontrou à sua frente uma árvore e parou para descansar à sua sombra.

De repente olhou para cima e percebeu que era uma jabuticabeira carregada de frutos maduros. Pôde então saborear deliciosas jabuticabas. Enquanto comia, lembrou-se de sua conversa com o velho e refletiu: “Estou comendo esta jabuticaba porque alguém 15 anos atrás plantou esta árvore. Talvez esta pessoa não esteja mais viva, mas seus frutos estão”.

E pensando assim, o rapaz voltou ao jardim e se juntou ao velho no trabalho de plantar árvores frutíferas.

A sua contribuição para o mundo não deve depender da época em que se colherão os frutos ou de quem irá comê-los. O importante é plantar e saber que um dia será beneficiado.

REFERÊNCIA:

SALETTE, M.; RUGGERI, W. Para que minha vida se transforme. Campinas: Verus, 2002. p.111.



ATIVIDADE XV

O ACS ONTEM E HOJE

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Refletir sobre a história e conquistas do ACS;
- Enfatizar o papel do ACS na comunidade.

Material

- Texto de Apoio: “ O programa Agente Comunitário de Saúde: a saúde chegando em casa”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura do Texto de Apoio “O programa do Agente Comunitário de Saúde: a saúde chegando em casa”;
- Participe da dinâmica promovida pelo Docente;

O 1º Grupo deverá encenar “ o ACS ontem”, informando:

1. Como começou?
2. Como aconteceu a seleção?
3. Quais eram as atividades dos Agentes?
4. Como e com quem realizavam essas atividades?
5. Quais os resultados alcançados?

O 2º Grupo deverá encenar “o ACS hoje”, informando:

1. Como aconteceram as últimas seleções?
2. Quais são as atividades que o ACS desempenha?
3. Como e com quem realizam essa atividade?
4. Quais resultados alcançados?

- Participe da sistematização da Atividade.



TEXTO DE APOIO

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: A SAÚDE CHEGANDO EM CASA

.....

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991, para somar-se aos esforços voltados à redução dos graves índices de mortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. Nasceu, portanto com uma clara focalização de cobertura e objetivos, considerando que esta região concentrava o maior percentual de população em situação de pobreza e, conseqüentemente, mais exposta ao risco de adoecer e morrer.

As Secretarias Estaduais de Saúde da região foram convidadas pelo Ministério da Saúde para traçar as diretrizes para a formação de agentes comunitários. Em função de seu projeto bem sucedido, o Estado do Ceará foi a referência das lições apreendidas para adesão de todo o Nordeste ao programa.

Normas e princípios foram definidos para garantir o perfil necessário ao agente de saúde: ter pelo menos 18 anos, saber ler e escrever, ter liderança e ser morador de sua comunidade há pelo menos dois anos. A necessidade de residir na área onde o agente desempenha sua função tem se fortalecido como condição essencial para garantir a identidade cultural

indispensável para este tipo de trabalho, além de valorizar as potencialidades locais e promover a inclusão de lideranças comunitárias no desenvolvimento de uma política pública.

A seleção dos ACS atendia a critérios específicos. Eles deveriam ser escolhidos no próprio município por processo seletivo, que incluía uma etapa de entrevista em que se buscava identificar e valorizar a qualidade mais importante da função: o espírito de solidariedade, capaz de ajudar aos moradores na conquista de mais saúde e melhor qualidade de vida.

Aos agentes comunitários era atribuída a responsabilidade de acompanhamento de 150 a 200 famílias, concentradas em uma micro área. Essa medida foi fundamental para fortalecer a importância dos princípios de vigilância à saúde e de responsabilização territorial. A implantação do PACS nos municípios, estava condicionada ao cumprimento de algumas exigências:

- Ter uma unidade básica de saúde à qual o ACS estivesse vinculado;
- Ter um profissional enfermeiro, que assumisse a função de docente/supervisor;
- Ter Conselho Municipal de Saúde implantado;
- Ter o fundo municipal de saúde criado e implantado, para receber recursos do Programa.

Nesse cenário, o PACS contribuiu de maneira significativa para a interiorização de profissionais enfermeiros. Inicialmente, o programa esteve centrado nos pequenos municípios, que se caracterizavam pela precariedade de seus indicadores e pela insuficiência de oferta e de organização de seus serviços. Muitos desses municípios não tinham nenhum profissional de saúde residente no local. Dessa forma, foi decisivo o envolvimento dos enfermeiros na implantação do PACS.

No final de 1991, início de 1992, o PACS estendeu-se em caráter de emergência para os Estados do Norte do País, como estratégia de combate da epidemia de cólera que ameaçava a região. Nessa época havia menos de 20 mil agentes incorporados aos municípios.

O contexto precisa ser lembrado: era um período de ebulição do movimento de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, conforme estabelecia o SUS, e, portanto, cenário de muitos debates que evidenciavam a construção de consensos e explicitavam muitos conflitos, com inevitáveis reflexos do PACS.

A cada mudança política, marcada por trocas sucessivas de ministros, retomava-se o debate, pois não havia consenso quanto a continuidade do programa. Em 1992, sua expansão ficou suspensa por alguns meses e sua continuidade só foi garantida em função da epidemia da cólera que ameaçava o país. Não havia fonte e mecanismo de financiamento que garantissem sustentabilidade do programa. Só para exemplificar; era frequente neste período encontrar agentes que estavam trabalhando havia 6 meses sem receber seus salários.

É justo referir que, nesse período inicial de concepção e implantação do programa, o Fundo das nações Unidas para a Infância (UNICEF), desempenhou importante papel de defesa e fortalecimento de seus princípios.

Em 1993, o PACS foi posto em xeque: ou seria reorientado ou abandonado. As experiências exitosas acumuladas pelo programa em diversos municípios e as medidas gerenciais tomadas em parceria com as secretarias Estaduais de Saúde permitiram o redirecionamento do programa, com o propósito de corrigir problemas e valorizar as suas potencialidades.

O ACS passou a ser um elemento de identificação e de tradução da realidade social de sua comunidade. Além de trazer para os serviços de saúde, números mais precisos das condições epidemiológicas de sua localidade, ele possui como ninguém conhecimento da comunicação e da dinâmica de sua comunidade. Em consequência, a pessoa atendida deixava de ser um número ou uma porcentagem das estatísticas oficiais, e ganhavam nome, endereço e identidade. Os agentes funcionavam como mediadores das necessidades da comunidade e das carências do serviço público.

Ainda em 1993, ocorre mais um passo importante para o fortalecimento do processo de municipalização dos serviços de saúde: é publicada a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS/93), que estabelece critérios para a responsabilização dos municípios na gestão municipal.

Havia nesta época o reconhecimento da “crise do modelo assistencial”, que precisava ser enfrentado para consolidar o processo de reforma iniciado com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que já expressava avanços significativos com a descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

O reconhecimento da crise de modelo suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnologias contextualizadas nas novas práticas assistenciais propostas. Com esse propósito iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa de Saúde da Família (PSF), lançado em março de 1994.

Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

A Saúde da Família tem como objetivo a reorganização da prática assistencial, em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência - orientado para a cura de doenças e hospitalização. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções, que vão além de práticas curativas. O PSF foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população, permitindo aos gestores do SUS aprofundar o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir. Ele também viabiliza o princípio Constitucional de que o Estado deve garantir ao cidadão o direito de receber atenção integral à saúde, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Atenção Primária à Saúde (APS) e o PSF se baseiam na modificação positiva do modo de vida da população, a partir do controle dos fatores ambientais, sociais e da mudança do estilo e conduta de vida das pessoas, eliminação dos riscos e orientação de hábitos mais saudáveis. O processo saúde-doença é determinado por múltiplas causas e fatores relacionados às condições de vida da população. Portanto, é importante a participação ativa de todos os setores da administração do município, outros atores sociais e a comunidade para a identificação de problemas e necessidades de saúde do povo e a adoção de medidas concretas para melhorar a qualidade de vida.

Outro aspecto importante para a mudança do modelo de assistência à saúde é o envolvimento da equipe de saúde com o dia a dia da comunidade. Essa equipe tem o compromisso de organizar o serviço de saúde, no encaminhamento de problemas que não pode resolver e na sua atuação em situações que sinta segurança e capacidade para intervir.

A Saúde da Família vem demonstrando ser mais do que um programa específico. Ela é a estratégia que define o modelo de assistência à saúde que mais se aproxima dos princípios indicados na Constituição Federal. Todas as pessoas cadastradas são atendidas na Unidade de Saúde da Família com igualdade de direitos. Recebem assistência naquilo em que necessitam, de forma permanente e pela mesma equipe. Dessa forma, recebem orientações sobre cuidados de saúde e são mobilizadas sobre como manter a sua saúde, de suas famílias e de sua comunidade, compreendendo a relação entre as doenças, estilos e hábitos de vida.

A ESF deve considerar vários componentes ou requisitos, além do estabelecido na legislação vigente, tais como:

- Territorialização: cada equipe deve ter como responsabilidade de atenção um território, ou seja, possuir uma área e uma população definida;
- Hierarquização - referência e contra-referência: relação entre serviços básicos, especializados e hospitais, que garantam a completa atenção da saúde onde e quando requeira a população;
- Atenção ativa: a equipe terá que ir à comunidade, à família, para identificar problemas e necessidades de saúde e encontrar soluções, em conjunto com as próprias famílias e população. Deverá ainda orientar, informar e promover educação sanitária;
- Globalidade: a atenção à saúde deverá ser voltada para todos: doentes, sadios, homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos;
- Continuidade: a população é acompanhada pela mesma equipe permanentemente;
- Participação: a participação de toda a sociedade e dos setores da economia no desempenho da ESF é de suma importância para a identificação de problemas, planejamento e controle das atividades, tendo em conta que os serviços de saúde não podem dar solução a todos os problemas de forma isolada.

As equipes da ESF atuam através de uma equipe multiprofissional, composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis ACS. Assim se assumia o desafio do trabalho em equipe multidisciplinar, com responsabilização de um território onde vivem ou trabalham em torno de 4.500 pessoas, ou 1.000 famílias.

A definição de responsabilidade territorial e adscrição de famílias, introduzida no PACS e ampliada no PSF, confere ao programa uma característica especial na organização dos serviços: a potencialidade de resgatar vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população.

Em 1995, o PACS e o PSF passam a ser considerados pelo presidente da república como projetos prioritários do governo federal. A gestão do programa foi inserida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), onde se iniciaram a definição e a construção das condições necessárias à sua sustentabilidade no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *O Programa Agente Comunitário de Saúde: a saúde chegando em casa*. Guia do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: módulo I: formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.41 – 43.

Estratégia Saúde da Família (PSF). *Guia do Curso Técnico em Saúde Bucal: módulo I: o contexto do trabalho em saúde no SUS / Escola de Saúde Pública de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2009. p. 44 – 46.



ATIVIDADE XVI

COMUNICAÇÃO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivos

- Vivenciar a situação de comunicação intergrupar;
- Motivar e descontrair o grupo;
- Discutir sobre a importância da comunicação nas relações de trabalho.

Material

- “Estória”.

Desenvolvimento

- Participe da dinâmica promovida pelo Docente;
- Participe da sistematização da Atividade.



ATIVIDADE XVII

AS ATRIBUIÇÕES DO ACS

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Conhecer e refletir as atribuições do ACS.

Material

- Lei nº 11.350 de 2006;
- Portaria nº 648 de 2006;
- Texto de Apoio: “O agente de saúde em ação”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura da Lei nº 11.350 de 2006, da Portaria nº 648 de 2006 e do Texto de Apoio “O agente de saúde em ação”;
- Em grupo, reflita e discuta sobre seu papel como Agente Comunitário de Saúde e preencha no quadro as seguintes questões:

1-Quais são as atividades que o ACS faz no seu cotidiano de trabalho?

2-Em sua opinião, quais são as atividades que o ACS não faz mas deveria fazer no seu cotidiano de trabalho?

- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade.

ATIVIDADES QUE OS ACS FAZEM	ATIVIDADES QUE OS ACS FAZEM NÃO FAZEM, MAS DERIAM FAZER



LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006

.....

Faço saber que o PRESIDENTE DA REPÚBLICA adotou a Medida Provisória nº 297, de 2006, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Renan Calheiros, Presidente da Mesa do Congresso Nacional, para os efeitos do disposto no art.62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº32, combinado com o art. 62 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

Art.1º: As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.

Art.2º: O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta lei, dar-se-à exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

Art.3º: O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único; São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

- I- a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II- a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III- o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, de óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV- o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V- a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- VI- a participação em ações que fortalecem as leis entre o setor e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Art.4º: O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção de saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

Art.5º: O Ministério da Saúde disciplinará as atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de controle e de vigilância a que se refere os arts. 3º e 4º e estabelecerá os parâmetros dos cursos previstos nos incisos II do art. 6º e I do art. 7º, observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Congresso Nacional de Educação.

Art.6º: O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

- I- residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
 - II- haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e
 - III- haver concluído o ensino fundamental.
- &1º Não se aplica a exigência a que se refere o inciso III aos que, na data de publicação desta lei, estejam exercendo atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde.
- &2º Compete ao ente federativo responsável pela execução dos programas a definição da área geográfica a que se refere o inciso I, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art.7º: O Agente de Combate às Endemias deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

- I- haver concluído com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;
- II- haver concluído o ensino fundamental.

Parágrafo único. Não se aplica a exigência a que se refere o inciso II aos que, na data de publicação desta lei, estejam exercendo atividades próprias de Agente de Combate às Endemias.

Art.8º: Os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde- FUNASA, na forma do disposto no &4º do art. 198 da Constituição, submetem-se

ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho- CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa.

Art.9º: A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser procedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos ou entes da administração direta dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios certificar, em cada caso, a existência anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa referida no parágrafo único do art.2º da emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, considerando-se como tal aquele que tenha sido realizado com observância dos princípios referidos no caput.

Art.10º: A administração pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou o Agente de Combate às Endemias, de acordo com o regime jurídico de trabalho adotado, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

- I- prática de falta grave, dentre as enumeradas no art.482 da Consolidação das Leis de Trabalho- CLT;
- II- acumulação ilegal de cargos, empregos ou função pública;
- III- necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesas, nos termos da Lei nº 9.801, de 14 de junho de 1999; ou
- IV- insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

Parágrafo único. No caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do art. 6º, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

Art.11º: Fica criado, no Quadro de Pessoal da Fundação Nacional de Saúde- FUNASA, Quadro Suplementar de Combate às Endemias, destinado a promover, no âmbito do SUS, ações complementares de vigilância epidemiológica e combate a endemias, nos termos do inciso VI e parágrafo único do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Parágrafo único: Ao Quadro Suplementar de que trata o caput aplica-se, no que couber, além do disposto nesta Lei, o disposto na Lei nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000, cumprindo-se jornada de trabalho de quarenta horas semanais.

Art.12º: Aos profissionais não-ocupantes de cargo efetivo em órgão ou entidade da administração pública federal que, em 14 de fevereiro de 2006, a qualquer título, se achavam no desempenho de atividades de combate a endemias no âmbito da FUNASA é assegurada a dispensa de se submeterem ao processo seletivo a partir de anterior processo de seleção pública efetuado pela FUNASA, ou por outra instituição, sob efetiva supervisão da FUNASA e mediante a observância dos princípios a que se refere o caput no art.9º.

& 1º Ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e do Controle e da Transparência instituirá comissão a finalidade de atestar a regularidade do processo para fins da dispensa prevista no caput.

& 2º A comissão será integrada por três representantes da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da união, um dos quais a presidirá, pelo Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde e pelo Chefe da Auditoria Interna da FUNASA.

Art.13º: Os Agentes de Combate às Endemias integrantes do Quadro Suplementar a que se refere o art.11 poderão ser colocados à disposição dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no âmbito do SUS, mediante convênio, ou para gestão associada de serviços públicos, mediante contrato de consórcio público, nos termos da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, mantida a vinculação à FUNASA e sem prejuízo dos respectivos direitos e vantagens.

Art.14º: O gestor local do SUS responsável pela contratação dos profissionais de que trata essa Lei disporá sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as especificidades locais.

Art.15º: Ficam criados cinco mil, trezentos e sessenta e cinco empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito do Quadro Suplementar referido no art. 11, com retribuição mensal estabelecida na forma do Anexo desta Lei, cuja despesa não excederá o valor atualmente despendido pela FUNASA com contratação desses profissionais.

&1º A FUNASA, em até trinta dias, promoverá o enquadramento do pessoal de que trata o art.12 na tabela salarial constante no Anexo desta Lei, em classes e níveis com salários iguais aos pagos atualmente, sem aumento de classe.

&2º Aplica-se aos ocupantes dos empregos referidos no caput a indenização de campo de que trata o art.16 da Lei nº 8.216, de 13 de agosto de 1991.

&3º Caberá à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e gestão disciplinar o desenvolvimento dos ocupantes dos empregos públicos referidos no caput na tabela salarial constante do Anexo desta Lei.

Art.16º: Fica vedada a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma da lei aplicável.

Art.17º: Os profissionais que , na data de publicação desta Lei, exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, vinculados diretamente aos gestores locais do SUS ou a entidades de administração indireta, não investidos em cargo ou emprego público, e não alcançados pelo disposto no parágrafo único do art.9º, poderão permanecer no exercício destas atividades, até que seja concluída a realização de processo seletivo público por ente federativo, com vistas ao cumprimento do disposto nesta Lei.

Art.18º : Os empregos públicos criados no âmbito da FUNASA, conforme disposto no art.15 e preenchimentos nos termos desta Lei, serão extintos, quando vagos.

Art.19º: As despesas decorrentes da criação dos empregos públicos a que se refere o art.15 correrão à conta das dotações destinadas à FUNASA, consignadas no Orçamento Geral da União.

Art.20º: Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art.21º: Fica revogada a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.

Brasília, 9 de junho de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

Luiz Inácio Lula Da Silva
José Agenor Alvares Da Silva

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n.º 11.350, de 5 de Outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição. Brasília, DF, 9 jun. 2006. Disponível em:< www.planalto.gov.br> .Acesso em: 06 jan. 2012.



PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS

- I. participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II. realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III. realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV. garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V. realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI. realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento

- humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII. responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII. participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX. promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X. identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI. garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII. participar das atividades de educação permanente; e
- XIII. realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

- 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 micro área;
- 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 micro área 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 Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

REFERÊNCIA

BRASIL. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica*. Disponível em: <www.dtr2001.saude.gov.br> Acesso em: 06 jan. 2012.



TEXTO DE APOIO

O AGENTE DE SAÚDE EM AÇÃO

.....

“Ser Agente Comunitário de Saúde é, antes de tudo, ser alguém que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes; precisa gostar do trabalho. Gostar principalmente de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com o destino de morrer ainda criança ou de ser burro. Nós vivemos conforme o ambiente. É preciso ver que saúde não é só coisa de doutor e que favelado tem que cuidar de saúde, sim. É obrigação dos Agentes Comunitários de Saúde lutar e aglomerar forças em sua comunidade, município, Estado e país, em defesa dos serviços públicos de saúde, pensar na recuperação e democratização desses serviços, entendendo que é o serviço público que atende a população pobre e é preciso torná-lo de boa qualidade. Precisamos lutar também por outros fatores que são determinantes para a saúde, como: trabalho, salário justo, moradia, saneamento básico, terra para trabalhar e participação nas esferas de decisão dos serviços públicos”. Tereza Ramos de Souza - Agente Comunitária de Saúde – Guarabira, Casa Amarela, Recife-PE

O ACS precisa estar atento a quatro verbos importantes no seu trabalho e que refletem a maioria das suas ações:

IDENTIFICAR

Esta é uma ação que precisa de muita atenção. É preciso que o ACS esteja treinado para ouvir e para reconhecer fatores de risco e sinais de alerta de determinadas doenças, a fim de poder encaminhar as pessoas corretamente à unidade de saúde. Deve estar sempre atento aos problemas de saúde das famílias de sua micro área, identificando com eles os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que estão afetando a saúde da comunidade. Ao identificar qualquer problema de saúde, o ACS precisa conversar com a pessoa e ou seus familiares e depois encaminhá-la à unidade de saúde para um diagnóstico seguro.

ENCAMINHAR

Esta é uma ação que precisa de muito jeito e muito cuidado. É um momento muito delicado, porque é o momento em que o ACS faz a ligação entre a comunidade e a unidade de saúde e precisa estar bastante entrosado com a sua equipe, a fim de que as pessoas encaminhadas possam ser atendidas com atenção e eficiência e possam ter sua saúde de volta. Muitas vezes, o ACS vai precisar levar a pessoa até à unidade, quando ela não tiver condições de ir sozinha. Nestes casos, encaminhar não significa apenas enviar, mas significa conduzir, ir com a pessoa.

ORIENTAR

Esta é uma ação que o ACS realiza diariamente. É a ação de examinar cuidadosamente os diferentes aspectos de um problema com as pessoas, para encontrar com elas as melhores soluções.

Assim, após o diagnóstico, o ACS precisa orientar a pessoa e ou familiares em relação as recomendações feitas pela unidade de saúde (por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem), procurando refletir com a pessoa sobre todas as dificuldades que ela enfrenta ou vai enfrentar durante o período em que se encontra em tratamento.

ACOMPANHAR

Esta é uma ação que significa dar assistência às pessoas da sua comunidade que estão em situação de risco. Exemplos: mulheres gestantes, puérperas, recém-nascidos, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, outros com comportamento de pessoas nas famílias. Esta é um ação gratificante para o Agente de Saúde, pois é quando pode ver resultados satisfatórios, tais como acompanhar um pré-natal com o Cartão da Gestante, ver a criança nascer, acompanhar a mãe durante o puerpério, acompanhar a criança com o Cartão da Criança, e ver a família crescendo saudável.

Todas as ações são importantes e a soma de todas elas vai qualificar o trabalho do ACS. Assim, o ACS precisa pensar nas quatro ações, todas as vezes que tiver que lidar com um problema de saúde na sua micro área. É preciso que ele compreenda que cada pessoa da sua micro área precisa participar das discussões sobre a saúde e o meio ambiente em que vive, a fim de que possa tomar decisões sobre o que fazer, como preservar, como evitar, como reivindicar e muitas outras ações.

Não se pode pensar em tratar a comunidade como se ela não precisasse aprender nada, só obedecer.

Precisamos de uma comunidade educada, informada, atuante e que tenha voz, a fim de que possa exercitar a autoconfiança e construir alianças com outras comunidades ou que pessoas que possam ajudar a promover a saúde e ambientes favoráveis para viver. Agindo assim, o ACS pode ajudar e muito, as pessoas a aumentarem o seu poder de decisão e entenderem que também são responsáveis por sua saúde e de sua comunidade.

Um dos frutos desse trabalho é a valorização do auto cuidado que significa que cada pessoa pode e deve cuidar da sua própria saúde. O Agente Comunitário de Saúde vai poder fortalecer o auto-cuidado, orientando-o para isto. Chamamos a sua atenção para os quatro verbos que constituem o auto cuidado, orientando-o para isto. Chamamos a sua atenção para os quatro verbos que constituem a base do trabalho do ACS, mas inúmeros outros verbos compõem esse texto e fazem parte do seu dia-a-dia: ouvir, conversar, observar, atender, agir, defender, estimular, convencer, mobilizar, reagir, refletir, recusar, ajudar, cuidar, notificar, convocar, convidar, reunir, avaliar, organizar e planejar....

Afinal, a vida se constrói com ações e para vivê-la é preciso que as ações aconteçam.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **O ACS em ação**: texto de apoio no 2. In: *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, DF, 2000. 119p.



ATIVIDADE XVIII

TRABALHO EM EQUIPE

.....
Tempo estimado: 1 hora 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família.

Material

- Texto de Apoio: “O Trabalho em Equipe”.

Desenvolvimento

- Em grupo, siga as orientações do Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio “O trabalho em Equipe”;
- Participe da sistematização e lembre-se sempre da importância do trabalho articulado com a ESF.



TEXTO DE APOIO

O TRABALHO EM EQUIPE

.....

Este texto tem como objetivo discutir o conceito de trabalho em equipe e apresentar alguns elementos fundamentais para a consolidação de uma equipe de trabalho. A concepção de equipe está vinculada a de processo de trabalho e sujeita-se às transformações pelas quais este vem passando ao longo do tempo. Neste sentido, sem quisermos apontar todos os motivos que justificam a existência desta forma de exercer o trabalho, diríamos que a ideia de equipe advém:

- Da necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos que, isoladamente, não seriam alcançados ou seriam de forma mais trabalhosa ou inadequada;
- Da imposição que o desenvolvimento e a complexidade do mundo moderno têm imposto ao processo de produção, gerando relações.

O trabalho em equipe, portanto, pode ser entendido como uma estratégia, concebida pelo homem, para melhorar a afetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador.

Hoje, mais do que nunca, o trabalho em equipe tem sido incentivado em praticamente todas as áreas da atividade humana. Vários autores têm destacado vantagens do trabalho em equipe sobre o trabalho individual. Apesar deste reconhecimento, constatamos, na prática, muitas dificuldades em realizar o trabalho em equipe. Em parte, isto se deve às diferentes percepções do que seja uma equipe de trabalho. Vejamos algumas definições de equipe:

a. “Conjunto ou grupo de pessoas que se aplicam a uma tarefa ou trabalho.”

De acordo com esse conceito, para ser uma equipe basta que as pessoas trabalhem numa mesma tarefa. Não importa, neste caso, o significado/objetivo que o trabalho tem para cada um, nem como as pessoas se relacionam neste trabalho. Na medida em que os componentes do grupo não compartilham dos mesmos objetivos, podendo até ter objetivos conflitantes, pode-se encontrar situações nas quais o “fracasso” de membro do grupo seja intencional - o “boicote”.

b. “Conjunto ou grupo de pessoas que partilham de um mesmo objetivo.”

Nesse conceito, o fundamental é que as pessoas tenham o mesmo objetivo, não importando como cada um pretende alcançá-lo. É como uma equipe de futebol amador em que os jogadores têm o mesmo objetivo (ganhar o jogo), mas não têm um “esquema tático” para vencê-lo.

c. “Conjunto ou grupo de pessoas que ao desenvolver uma tarefa ou trabalho, almejam um objetivo único, obtido pelo consenso/negociação.”

Esse conceito amplia o anterior na medida em que o objetivo do trabalho não é definido externamente ao grupo ou por parte dos seus componentes. O objetivo é resultante da discussão/ negociação entre todos os membros da equipe.

d. “Conjunto ou grupo de pessoas que tem objetivos comuns e está engajado em alcançá-los de forma compartilhada.”

Esse conceito avança um pouco mais, na medida em que as pessoas têm o mesmo objetivo e querem alcançá-lo de forma compartilhada. Provavelmente, neste caso, a equipe tem um plano para atingir o seu objetivo.

e. “Conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão e objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido.”

Nesse conceito, reconhece-se a diversidade de conhecimentos e habilidades entre os membros da equipe, que se complementam e enriquecem o trabalho como um todo, contribuindo desta maneira para que a equipe tenha mais chances de atingir seu objetivo. E mais, o grupo tem um projeto de como alcançá-lo.

Atualmente, tem-se agregado, ainda, a ideia de que, no desenvolvimento do processo de trabalho e na busca de seus objetivos, os componentes da equipe deverão criar as condições necessárias ao crescimento individual e do grupo.

O funcionamento da equipe

Quando nos referimos a um determinado tipo de trabalho como sendo de equipe, é necessário que tenhamos claro que não há como conceber equipe como algo que se passa à margem do processo de trabalho.

O funcionamento das equipes pode apresentar diferenças significativas em função do tipo de trabalho que está sendo executado. Este, por sua vez, determina os conhecimentos e habilidades essenciais para o seu desenvolvimento, e a necessidade de uma coordenação e de um plano de trabalho ora mais, ora menos flexíveis.

Tomemos, a título de exemplo, dois tipos de equipe: o time de futebol e uma orquestra sinfônica.

O time de futebol: os componentes desta equipe têm objetivos comuns - marcar gols, vencer jogos e ganhar campeonatos - habilidades diferentes (o goleiro, o beque, o atacante), uma coordenação (o técnico) e um plano de trabalho (o esquema tático). Quando observamos atentamente o seu funcionamento, percebemos alguns detalhes que a fazem um tipo de equipe bastante singular, senão vejamos:

- Embora as habilidades e até as características físicas de um beque sejam diferentes, se comparadas às de um atacante, nada impede que o beque marque gols, nem que o atacante ajude no trabalho de defesa, ou que ambos substituam o goleiro. Podemos dizer que existe certa inespecificidade no trabalho dos jogadores.
- A atuação do técnico (coordenação), no momento de uma partida, pode ser prescindido, sem que isto signifique necessariamente o fracasso da equipe. Temos vários exemplos nos quais o técnico não estava presente (tinha sido expulso) e o time ganhou a partida. Observamos ainda que, no decorrer de uma partida, alguns jogadores podem assumir a coordenação da equipe na execução de uma tarefa específica, por exemplo: organizar a defesa quando o time está sendo atacado, comandar o ataque, preparar uma jogada etc.
- Plano de trabalho é bastante flexível e pode mudar de acordo com as circunstâncias, sem que isto implique na derrota da equipe. Aliás, é justamente esta flexibilidade que permite ao time adaptar-se a uma nova realidade, no transcorrer de uma partida, como por exemplo, quando da expulsão de um dos seus jogadores ou quando se faz necessário segurar um resultado que seja considerado satisfatório.

A orquestra sinfônica: os componentes desta equipe têm um objetivo comum – executar uma sinfonia -, conhecimentos e habilidades diferentes (o pianista, o violinista, o clarinetista), uma coordenação (o maestro) e um plano de trabalho (as partituras).

- Diferentemente do time de futebol, na execução de uma sinfonia, o pianista jamais fará o trabalho do violinista ou vice-versa. Podemos dizer que existe uma alta especificidade no trabalho dos músicos, ou seja, o pianista sempre tocará piano e o violinista sempre tocará violino. O trabalho do maestro é fundamental. Por mais competentes que sejam os músicos, individualmente, sem a coordenação do maestro a equipe não conseguirá alcançar o objetivo de executar uma sinfonia.
- O plano de trabalho é rígido. Um músico jamais poderá substituir sua partitura durante a execução de uma sinfonia.

Estes quatro elementos - objetivos, conhecimentos e habilidades dos membros da equipe, coordenação do trabalho e plano de trabalho - sempre estarão presentes e determinarão o funcionamento de uma equipe.

Como um grupo se torna uma equipe?

Uma das mudanças mais significativas de nossa época é a passagem da ação individual para o trabalho em grupo. No mundo de hoje podemos identificar vários tipos de grupos trabalhando nas mais diferentes situações. Alguns conseguem tornar-se equipes e outros permanecem apenas como grupos. Uma questão surge desta constatação: quais são os elementos fundamentais que marcam esta diferença e o que devemos considerar para construirmos uma equipe de trabalho?

Podemos identificar alguns elementos para a transformação de um grupo de trabalhadores em equipe de trabalho:

- O Grupo consegue vislumbrar vantagens do trabalho em equipe - complementaridade, interdependência e sinergismo das ações - em relação ao trabalho isolado, individual;
- A disposição de compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e também resultados;
- A necessidade de definir com clareza os objetivos e resultados - individuais e do grupo – a serem alcançados;
- A importância de construir, em conjunto, um plano de trabalho e definir a responsabilização de cada membro do grupo, para alcançar os objetivos;
- A necessidade da avaliação constante dos processos e dos resultados;
- A percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos e que o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe;
- A importância de se garantir a educação permanente de todos os membros da equipe;
- A necessidade de aprimorar as relações interpessoais e de valorizar a comunicação entre os membros da equipe;
- A disposição das pessoas em ouvir e considerar as experiências e saberes de cada membro do grupo. O trabalho em equipe não implica em eliminar as diferenças existentes entre seus membros (sociais, culturais, etc.) e sim trabalhar estas diferenças - os conflitos; e,
- Finalmente, é fundamental que os objetivos e resultados definidos se constituam em desafios constantes para o grupo, algo que instigue cada integrante.

Como pode ser percebido, fazer de um grupo de trabalhadores uma equipe de trabalho é realmente um grande desafio. Desafio que passa pelo aprendizado coletivo da necessidade de uma comunicação aberta, de uma prática democrática que permita o exercício pleno das capacidades individuais e uma atuação mais criativa e saudável de cada sujeito, evitando, assim, a cristalização de posições, a rotulação e a deterioração das relações interpessoais. Desta forma, o grupo poderá buscar seus objetivos, responsabilizando-se, solidariamente, pelos sucessos e fracassos.

REFERÊNCIA

PIANCASTELLI, C.H.; FARIA, H.P.; SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, p.45-50, 2000. Disponível em www.nescon.medicina.ufmg.br. Acesso em 25 jan 2012.

	<h3>ATIVIDADE XIX</h3> <h4>ÉTICA NO TRABALHO DO ACS - PARTE 1</h4> <p>.....</p> <p>Tempo estimado: 40 minutos</p>
---	---

Objetivo

- Refletir sobre os valores éticos no processo de trabalho.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Particpe da Atividade proposta pelo Docente;
- Particpe da roda de convera e socialize sua opinião sobre as seguintes questões:
 1. O que você entende por ética?
 2. Como a ética influencia o processo de trabalho do sua ESF?
 3. O que é um trabalho humanizado em saúde?
 4. Como o conceito de direito à saúde se relaciona com o tema da humanização em saúde?
- Esclareça suas dúvidas.



ATIVIDADE XX

ÉTICA NO TRABALHO DO ACS - PARTE 2

Tempo estimado: 1 hora 15 minutos

Objetivo

- Refletir sobre os valores éticos no processo de trabalho.

Material

- Texto de Apoio: “Ética em Saúde”.

Desenvolvimento

- Particpe da Atividade proposta pelo Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Ética em Saúde”;
- Após a leitura retome a Atividade anterior e a relacione com conteúdo do Texto;
- Reflita e expõe sua opinião em relação as questões abordadas pelo Docente;
- Particpe da sistematização da Atividade, comparando os seus conceitos prévios com os novos
- Conhecimentos adquiridos após o desenvolvimento da Atividade



TEXTO DE APOIO

ÉTICA EM SAÚDE

O ser humano é um ser de relações e interações. Mesmo em seu individualismo e autonomia transparece a dependência. Os mesmos laços e forças que unem os indivíduos para formar uma sociedade, também agem para separar e afastar. Tudo é dependente das relações e interações dialógicas que se estabelecem.

A ética é afirmada como a expressão do imperativo da religação. Todo ato ético é um ato de religação com o outro, com os seus, com a comunidade, com a humanidade.

No momento atual, dito pós-moderno, destacam-se múltiplos significados para a ética como categoria de análise.

A palavra ética, do grego éthos, refere-se aos costumes, à conduta de vida e às regras de comportamento. Circunscreve-se ao agir humano, aos comportamentos cotidianos e às opções existenciais. Etimologicamente, significa o mesmo que moral (do latim mos, moris), sendo usual o emprego destas palavras uma pela outra, quase como sinônimos. Também nos diversos espaços da saúde, a ética transfigura-se como entidade salvadora, uma ética da compreensão, da solidariedade, do envolvimento humano. A sinergia da razão e do sensível.

A ética da saúde ocupa lugar de destaque no conjunto das reflexões éticas, pois enfoca questões relacionadas à manutenção e à qualidade de vida das pessoas. A ética da saúde está profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos, pois a vida é o primeiro dos direitos.

Envolver-se é estar sensível ao simbólico, ao imaginário, ao lúdico; é perceber as pulsões vitais, saber e poder compreender a existência; é perceber o ritmo da vida, seu esquema, seu ponto nodal; é estar atento à noção de complementaridade, interação, redes, interdependência, correspondência, conjunção; é atentar para as relações, associações e interações que compõem a complexidade da vida diária.

Envolver-se em saúde é ocupar os espaços da saúde privada e pública (incluídas no Sistema Único de Saúde brasileiro); aponta para a integralidade/complementaridade das ações; é compreender o viver saudável característico/possível de cada comunidade e de cada individualidade; é humanizar os serviços. É também acolher e inter relacionar-se; é atentar para a pessoa como sujeito do cuidado; é enfim, permitir/promover a regeneração da ética para ocupar um vazio deixado pela descrença/desesperança no outro.

A saúde é, portanto, complexa, envolvente em suas múltiplas dimensões, múltiplos olhares, múltiplos fazeres e saberes. Sua análise exige pensar de forma integral, uma qualidade do que é complexo, ou seja, tecido junto. Aponta para a atuação interdisciplinar, para novos caminhos e novas possibilidades de ação em uma prática profissional reflexiva e, portanto ética.

A ética e a saúde na ótica do pensar complexo e plural, tendo o envolvimento como matriz que ilumina e dinamiza as relações, interações e associações, nos remete ao despertar de questionamentos talvez muito significativos no viver a vida, viver a saúde, viver a socialidade da vida humana.

O ser humano interage num contexto sintonizado pelo imaginário das suas percepções, interações e vivências reais em um mundo circunscrito por múltiplas possibilidades de ser e estar, presente no que se pode testemunhar de verdadeiro, de ético, de intenção natural do viver humano.

A saúde é vivida na perspectiva de se reconhecer os potenciais que colaboram para a aproximação entre os seres humanos, as relações vividas numa harmonia conflitual que privilegia os vínculos ou envolvimento para a construção do viver melhor, do sobreviver, do ser; mesmo que em condições de maior vulnerabilidade. Esses potenciais contam com a aproximação de relações solidárias como possibilidade do vir a ser mais ético, mais humano, mais acolhedor, mais sintonizado com a vida em seus múltiplos modos de ser e viver.

O cuidar do outro, do mundo, de nós mesmos é mais ético na compreensão de que somos seres da natureza e temos o direito de viver a vida com prazer, alegria, no sonho e na certeza de que nossas relações nos impulsionam a um viver sempre mais autêntico.

Envolver-se e estar envolvido na trama das interações humanas nos potencializa a sermos vitoriosos no viver a saúde ou mesmo, no sobreviver-la, reconhecendo que o sofrimento é parte dela e contém nele o prazer e as formas de superação do cotidiano com seus ritmos, contornos, sinalizações e possibilidades de superações.

Na perspectiva do pensar complexo e plural, novos olhares apontam os matizes que iluminam a compreensão do viver a saúde de modo mais ético e mais solidário, em busca de uma civilidade humana que permita o direito de viver mais feliz e de forma mais humana.

O aqui e agora é testemunho de um viver sempre renovado, presente, em que o saudável está em perceber que somos animadores de um mundo de relações saudáveis e éticas quando focalizamos o melhor para o outro e para nós mesmos. Nosso presente é um constante desafio em buscar o viver saudável e mais ético para a vida humana em comunidade.

O mundo atual nos impõe muitos desafios, principalmente no campo ético, porém é preciso empreender esforços para possibilitar mudanças comportamentais, sobretudo no campo humanístico.

É preciso considerar que dentro das competências do ACS está o exercício de trabalho com ética. No planejamento do seu espaço de trabalho é imprescindível pensar em ética. Portanto, é preciso que o ACS reflita sobre sua prática e organização, na busca de uma consciência crítica da realidade, sempre assumindo uma atitude de transformação junto à população, na luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

Refletir sobre minha prática é perguntar: estou tratando com respeito as pessoas que dependem do meu trabalho? Quando visito uma família, cumprimento educadamente os seus membros? No exercício do meu trabalho o tom de seriedade

somente é possível quando o meu superior está presente? Tenho realmente cumprido com as minhas atribuições de ACS na área na qual trabalho? A comunidade tem me visto como um competente elo entre ela e a ESF? Minha consciência é ferida quando acrescento ou subtraio informações, visando à produção do meu trabalho? A minha consciência e coerência estão sujeitas a situações e circunstâncias?

REFERÊNCIAS

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L.; NITSCHKE, R. G. Ética em saúde: complexidade, sensibilidade e envolvimento. Rev BIO&THICOS – Centro Universitário São Camilo – 2009;3 (2): 252-255.

PAVONE, E. L. C. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br. Acesso em 11 jan 2012.



ATIVIDADE XXI

O ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

.....
Tempo estimado: 1 hora 30 minutos

Objetivo

- Problematizar o atendimento realizado na Unidade Básica de Saúde.

Material

- Nenhum

Desenvolvimento

- Participe da dinâmica promovida pelo Docente;
- Em grupo, dramatize uma manhã de segunda-feira na sua Unidade Básica de Saúde, abordando os seguintes aspectos:

1. Horário de funcionamento;
2. Acolhimento (recepção de pacientes e marcação de consultas);
3. Atenção ofertada (médica, odontológica, de enfermagem, assistência social, outras);
4. Características do atendimento (todas as pessoas que procuram a Unidade são atendidas?);
5. As queixas e as sugestões das pessoas são valorizadas?
6. Elas têm seus problemas resolvidos ou devidamente encaminhados?
7. Adequação dos ambientes em relação às atividades que desenvolve (salas de espera, vacinação, curativo, consultórios, etc.);
8. Forma de organização da assistência;

- Após a dramatização, participe do debate promovido pelo Docente;
- Participe da sistematização da Atividade.



Para saber mais:

Estudiosos deste assunto propõem que o Acolhimento seja organizado tendo o usuário como preocupação central. Esse argumento se baseia nos seguintes princípios:

- a) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;
- b) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;
- c) Qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de “solidariedade e cidadania”.

O acolhimento, ao trazer o usuário para o centro de suas preocupações, mexe com todos os profissionais de saúde das ESF. O trabalho do acolhimento tem também por objetivo evitar as “filas de espera”, tratar as pessoas de forma mais humana, escutando para além de sua queixa, buscando, assim, por em prática os princípios fundamentais da prática em saúde: integralidade, humanidade e cuidado;

O acolhimento é mais do que uma simples prática de atendimento à população que procura o serviço de saúde. Ele se dá a partir de uma demanda espontânea e referenciada e da priorização de casos. Desta forma, possibilita a ampliação do acesso, maior humanização no atendimento aos usuários, maior humanização no atendimento aos usuários, maior estímulo ao trabalho em equipe e fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe. Deve, portanto, ser um motivador para a reflexão e reorientação da porta de entrada no SUS;

Cada vez mais esses princípios estão sendo priorizados pelas ESF, e para isto, precisamos realizar algumas mudanças nas nossas atitudes, na organização dos serviços de saúde, no planejamento das nossas ações etc.;

Sílvia Matumoto⁵, enfermeira estudiosa do assunto, nos esclarece que o acolhimento, por ter seu foco no usuário e nas suas necessidades de saúde, exige que os profissionais estejam permanentemente repensando e redirecionando suas práticas, partindo da insatisfação, percepção e críticas da comunidade.



ATIVIDADE XXII

O PAPEL DO ACS NO ACOLHIMENTO

.....
Tempo estimado: 2 hora 15 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o papel do ACS no acolhimento.

Material

- Texto de Apoio: “O papel do ACS no Acolhimento”;
- Filme “Patch Adams: o amor é contagioso”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura do Texto de Apoio: “O papel do ACS no Acolhimento” reflita e responda as seguintes questões:
 1. Na sua equipe, qual é o papel do ACS no Acolhimento?
 2. Entendendo que Acolher é mais do que ser atendido e que o acolhimento não se limita ao espaço da Unidade de Saúde, como o trabalho do ACS pode contribuir para esse acolhimento?
- Participe da discussão, junto aos colegas, a respeito das questões abordadas;
- Participe da sistematização da atividade.



Para saber mais:

1. Conforme o dicionário Houaiss⁶: acolher é oferecer ou obter refúgio, proteção ou confortofísico; proteger(-se), abrigar(-se), amparar(-se);
 2. Podemos pensar também no acolhimento que as famílias tem dado aos ACS durante seu trabalho de visita domiciliar. Quando o ACS é bem recebido por uma família é muito provável que consiga realizar bem o seu trabalho. Da mesma forma, as pessoas da comunidade devem ser acolhidas pelos profissionais da saúde. Acolher e ser acolhido faz parte das ações de promoção de saúde na medida em que ser tratado com respeito, dignidade e carinho contribui para fortalecer a saúde não só de quem está sendo acolhido, mas também, de quem acolher.
 3. Nas relações estabelecidas no nosso cotidiano, sempre vemos com maior frequência a exclusão, a rejeição, a falta de gentileza e o pior, a indiferença. Isso contribui para o aumento da violência e para o stress cotidiano. Portanto, acolher bem é dar uma importante contribuição para a cultura da paz tão necessária ao nosso tempo;

- Assista ao filme Patch Adams e reflita sobre a importância do do exercício da Humanização e do Acolhimento no processo de trabalho.

⁵O Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade na rede básica de serviços de saúde. Dissertação de mestrado. USP Ribeirão Preto, 1998.

⁶Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. Disponível em www.200.241.192.6 . Acesso em 25 jan 2012.



TEXTO DE APOIO

O PAPEL DO ACS NO ACOLHIMENTO



Fala-se muito hoje em acolhimento nos Serviços de Saúde. Fala-se muito porque não estamos sabendo fazer, não estamos sabendo acolher as pessoas, suas necessidades e sofrimentos. Ser atendido na Unidade de Saúde não significa necessariamente ser bem acolhido. É possível até que uma pessoa seja atendida, mas não seja bem acolhida. Ser acolhido é ser bem recebido, é sentir que seu problema está merecendo a devida atenção.

E para fazer isto não é necessário muito dinheiro. Claro que para o serviço de saúde funcionar bem, é necessário dinheiro: o prédio, as instalações, os remédios, os exames e os salários dos que ali trabalham. Entretanto, todos que trabalham na Estratégia Saúde da Família, atuam num território, numa comunidade, realizando ações de cuidados da saúde com as famílias nas casas, nas praças, nas associações, nas escolas, nas quadras de esporte, nas igrejas, etc. Não há um espaço único para realização do trabalho, há um espaço de referência dentro da comunidade, que é a Unidade de Saúde. Sabemos que em todos esses espaços, existem pessoas que estão com necessidades de saúde e precisam ser acolhidas e ouvidas nas suas dores e sofrimentos.

O bom acolhimento não depende, portanto, de um belo posto de saúde, o mais importante é apenas a atenção e a escuta atenta ao sofrimento ou queixa da pessoa que procura cuidados de saúde, independente de sua condição social, opção religiosa e sua cor de pele. Todos os profissionais da Unidade são responsáveis por este bom acolhimento, e a consciência dessa responsabilidade deve ser de toda a Equipe de Saúde da Família.

Se pensarmos bem, estamos nos relacionando de forma constante com a comunidade. Portanto, realizamos permanentemente o acolhimento das pessoas e suas necessidades e devemos refletir sobre como estamos realizando esta acolhida e o que isto significa para nós e para as pessoas. Quem procura um serviço de saúde ou vai até uma unidade de saúde, na maioria das vezes, está passando por alguma dificuldade e necessita de orientação em relação a sua saúde ou a de algum parente. Significa que esta pessoa está de alguma forma fragilizada e acolher bem, deve ser uma atitude de respeito para com o sofrimento alheio.

Vamos pensar no acolhimento que realizamos na Unidade de Saúde. Muitas pessoas chegam à Unidade de Saúde e não sabem a quem se dirigir. É preciso encontrar alguém com boa vontade que lhe ajude a encontrar a pessoa certa para a solução do seu caso. Às vezes, o doente desiste do tratamento porque sente que não recebeu a atenção que merecia. Acontecem também, casos em que o paciente consegue tratar a sua doença, mas fica insatisfeito com a equipe, pela forma como foi atendido.

Isto significa que há uma grande distância entre os profissionais que atuam nos serviços de saúde e os usuários. O que é necessário fazer para reduzirmos o distanciamento entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço de saúde? Precisamos ter bem claro que as pessoas não procuram a Unidade de Saúde, elas procuram profissionais em quem acreditam que poderão construir uma relação de confiança e de cuidados com sua saúde. É importante refletir sobre os efeitos significativos da discriminação e dos preconceitos que aprendemos ao longo da vida e de como as instituições reproduzem tais preconceitos.

Deste modo, acolher é escutar cuidadosamente, é tratar com respeito, dignidade e atenção. É receber e dar respostas às necessidades da população daquele lugar. E receber não significa necessariamente ser atendido significa ser percebido, escutado. Isto pode e deve ser realizado por todos da Equipe Saúde da Família, desde a recepção, marcação de consulta, vacinação, consultas individuais, farmácia, copa, limpeza etc.

Alguns grupos da comunidade merecem uma atenção especial: os mais pobres, os que não têm apoio familiar, os que moram mais distante, os que têm menor escolaridade, os que trabalham e não podem vir na hora do atendimento da Unidade e aquelas pessoas que apresentam maior risco de vida pelo seu estado de saúde. São pessoas que necessitam serem vistas, ouvidas e cuidadas, buscando quem possa vê-las. As pessoas vão a Unidade, porque têm necessidades sociais, de saúde, do espírito, de doença etc., que não estão sendo supridas nem sequer ouvidas, acolhidas.

Trabalhar com a promoção da saúde na comunidade exige a participação das pessoas, das famílias e dos grupos comunitários. E para que as pessoas possam participar é necessário que sejam respeitadas e acolhidas pela Equipe Saúde da Família. Para isto, precisamos ouvir, dialogar, romper com nossos preconceitos, diminuir o distanciamento e estarmos realmente disponíveis emocionalmente, moralmente e culturalmente para interagirmos, promovendo o cuidar da saúde.

Você já deve ter percebido que o acolhimento não é uma atividade reservada a alguns profissionais e nem se restringe aos muros da Unidade de Saúde. O acolhimento deve ser realizado em todos os espaços de trabalho da Equipe de Saúde da Família e por todos que a compõem. No seu trabalho, o Agente Comunitário de Saúde ajuda as famílias a encontrarem com mais facilidade o que precisam do serviço de saúde, como também, mantendo a Equipe Saúde da Família informada sobre as dificuldades que as pessoas da comunidade encontram para serem bem recebidas nos serviços de saúde (hospitais, centros, clínicas, etc.) e terem suas necessidades de saúde cuidadas. O agente de saúde sabe como se torna muito mais fácil o seu trabalho quando é bem recebido durante uma visita a alguma família. Do mesmo modo, é importante para o doente ser bem acolhido ao procurar uma unidade. Em relação ao acolhimento o ACS pode contribuir para:

1. a organização das atividades realizadas na unidade;
2. a organização das atividades realizadas na comunidade.

Dentro deste contexto, o ACS se constitui num elo entre comunidade e os profissionais da Equipe de Saúde. Desse modo, o seu papel no acolhimento é de fundamental importância uma vez que será a partir das suas informações que, tanto as Equipes poderão organizar melhor os serviços, de forma a atenderem as atuais necessidades de saúde da comunidade, como também, a comunidade poderá acessar aos serviços de forma mais organizada, evitando idas e vindas.

Construir o acolhimento, valorizando as relações, promovendo a escuta da comunidade, trabalhando a educação em saúde, discutindo com a comunidade as necessidades da organização do serviço. Isto pode ser feito durante a visita domiciliar, nos encontros com os grupos da comunidade e nos encontros com Equipe.

**Acolher é bem mais que atender.
É perceber e valorizar o sentimento e necessidades do Outro.**

REFERÊNCIA

LAVOR, C.H.; LAVOR, M.C.; MATOS, V. In: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gérias. Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p. 454-455.

	ATIVIDADE XXIII REFLEXÃO Tempo estimado: 45 minutos
---	--

Objetivo

- Refletir sobre a importância do diálogo no processo de trabalho.

Material

- Texto de Apoio: “Os Cegos e o Elefante”.

Desenvolvimento

- Participe da atividade proposta pelo Docente.
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Os cegos e o elefante”.
- Socialize na roda de conversa, sua opinião sobre a importância do diálogo e a contribuição de cada membro da Equipe para o fortalecimento da ESF.



TEXTO DE APOIO

OS CEGOS E O ELEFANTE



“Numa cidade da Índia viviam sete sábios cegos. Como os seus conselhos eram sempre excelentes, todas as pessoas que tinham problemas recorriam a suas ajuda.

Embora fossem amigos, havia uma certa rivalidade entre eles que, de vez em quando, discutiam sobre qual seria o mais sábio.

Certa noite, depois de muito conversarem acerca da verdade da vida e não chegarem a um acordo, o sétimo sábio ficou tão aborrecido que resolveu ir morar sozinho numa caverna da montanha. Disse aos companheiros:

- Somos cegos para que possamos ouvir e entender melhor do que as outras pessoas a verdade da vida. E, em vez de aconselhar os necessitados, vocês ficam aí discutindo como se quisessem ganhar uma competição. Não aguento mais! Vou-me embora.

- No dia seguinte, chegou à cidade um comerciante montado num enorme elefante. Os cegos nunca tinham tocado nesse animal e correram para a rua ao encontro dele.

O primeiro sábio apalpou a barriga do animal e declarou:

- Trata-se de um ser gigantesco e muito forte! Posso tocar nos seus músculos e eles não se movem; parecem paredes...

- Que palermice! – disse o segundo sábio, tocando nas presas do elefante. – Este animal é pontiagudo como uma lança, uma arma de guerra...

- Ambos se enganam – retorquiu o terceiro sábio, que apertava a tromba do elefante. – Este animal é idêntico a uma serpente! Mas não morde, porque não tem dentes na boca. É uma cobra mansa e macia

- Vocês estão totalmente alucinados! – gritou o quinto sábio, que mexia nas orelhas do elefante. – Este animal não se parece com nenhum outro. Os seus movimentos são bamboleantes, como se o seu corpo fosse uma enorme cortina ambulante...

- Vejam só! – Todos vocês, mas todos mesmos, estão completamente errados! – irritou-se o sexto sábio, tocando a pequena cauda do elefante. – Este animal é como uma rocha com uma corda presa no corpo. Posso até pendurar-me nele.

E assim ficaram horas debatendo, aos gritos, os seis sábios. Até que o sétimo sábio cego, o que agora habitava a montanha, apareceu conduzido por uma criança.

Ouvindo a discussão, pediu ao menino que desenhasse no chão a figura do elefante. Quando tateou os contornos do desenho, percebeu que todos os sábios estavam certos e enganados ao mesmo tempo. Agradeceu ao menino e afirmou:

- É assim que os homens se comportam perante a verdade. Pegam apenas numa parte, pensam que é o todo, e continuam tolos!”

REFERÊNCIA

Parábola Hindu: Os Cegos e o Elefante. Disponível em: www.coachingsp.wordpress.com. Acesso em 16 jan 2012



ATIVIDADE XXIV

FLUXOGRAMA DO ACOLHIMENTO

.....

Tempo estimado: 1 hora 15 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o trabalho do ACS junto à Unidade Básica de Saúde.

Material

- Papel Kraft, pincel atômico e fita crepe.

Desenvolvimento

- Realize a Atividade em grupo, siga de acordo com as orientações do Docente;
- Elabore um fluxograma (exemplo Fig.1) da rotina de trabalho na UBS, destacando o papel do ACS no Acolhimento;
- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade.



Para saber mais:

1. Um dos principais elementos vinculados ao atendimento ao usuário refere-se a compreensão que temos de acesso e acessibilidade (relaciona a presença de recursos físicos e de recursos humanos como fundamento). Contudo, como podemos entender acesso como “ingresso, entrada, trânsito, passagem, chegada, aproximação...”, contemplando basicamente a visão deste como movimento propriamente dito.
2. O Acolhimento também apresenta uma dimensão de aproximação e reconhecimento das necessidades do usuário;
3. Um dos objetivos é criar um ambiente de relação e vinculação entre profissionais e a população, permitindo a troca de saberes e promovendo o diálogo.

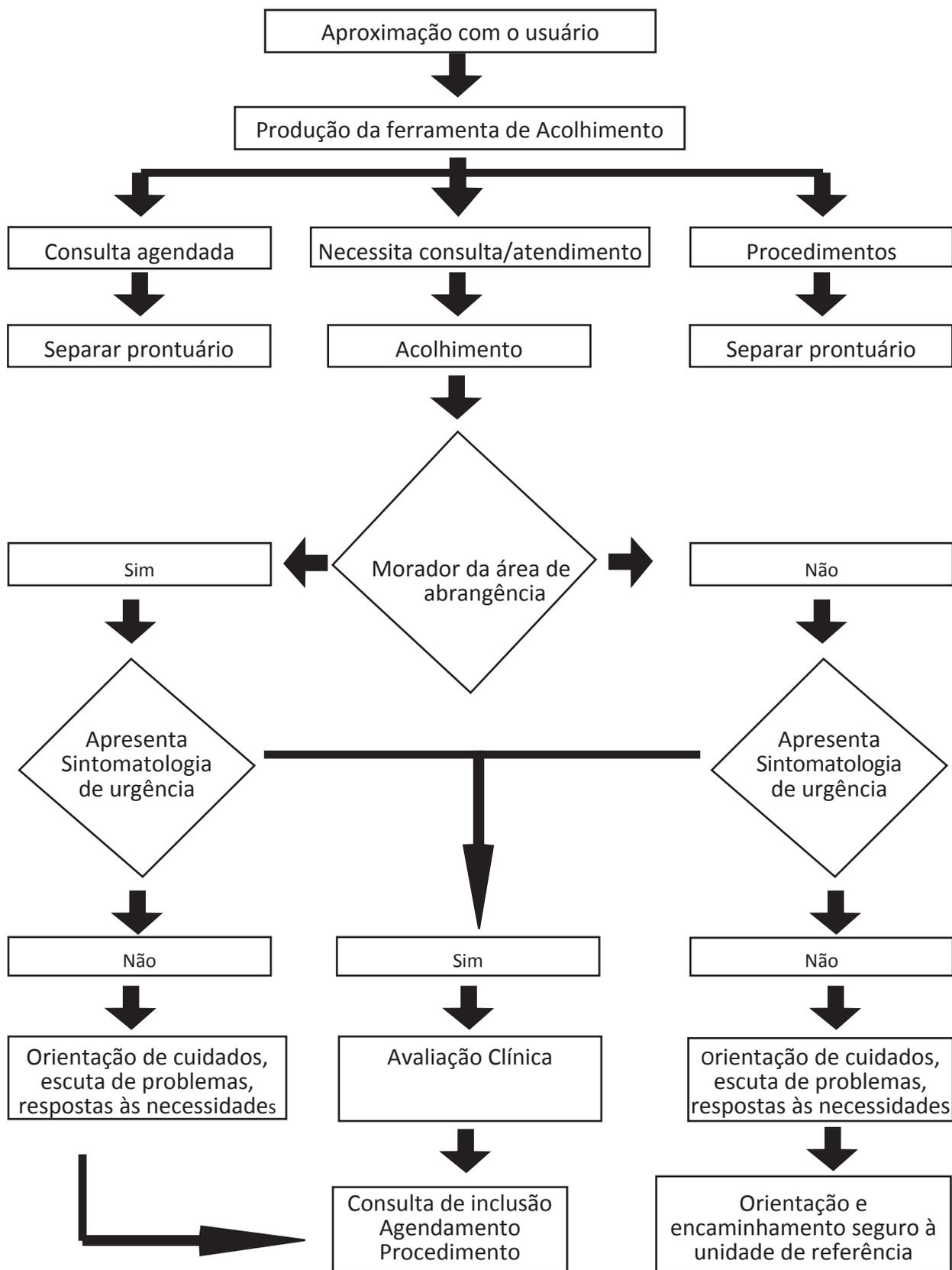


Figura 1: Modelo proposto para a promoção do acesso e do acolhimento em unidades do Programa Saúde da Família ou que trabalhem com territorialização da população.

REFERÊNCIA

FARIAS, L. M et al. Acolhimento: princípios, meios e fins: o uso da ferramenta do acolhimento como instrumento para a prática integral, equitativa, universal e humanizada em saúde. In: Sementes do SUS. Porto Alegre: Pallotti, 2006. p. 123-142.



ATIVIDADE XXV

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Conhecer e refletir sobre a Política de Humanização.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade proposta pelo Docente
- Reflita e comente sobre o seguinte pensamento:



Para refletir:

“Minha mãe cozinhava exatamente: arroz, feijão roxinho, molho de batatinhas. Mas cantava”. (Adélia Prato, poetisa)

5º DIA



ATIVIDADE XXVI

HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

.....

Tempo estimado: 1 hora 40 minutos

Objetivo

- Compreender a humanização em saúde no âmbito do SUS.

Material

- Texto de Apoio: “Humanização da Atenção à Saúde no âmbito do SUS”;
- Papel kraft, revistas, tesoura, cola, pincel atômico, fita crepe.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade proposta pelo Docente;
- Faça a leitura individual do texto de Apoio: “Humanização da Atenção à Saúde no âmbito do SUS”;
- Participe da discussão, junto com a turma;
- Confeccione cartazes informativos sobre Humanização em Saúde para os Usuários da sua Unidade Básica de Saúde;
- Participe da sistematização da Atividade.



TEXTO DE APOIO

HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

.....

Uma prerrogativa atual do Sistema Único de Saúde (SUS) é a humanização da atenção à saúde. Com isso, os ideais para os padrões de atendimento ao usuário e para o ambiente em que ele é recebido e em que atuam os profissionais da saúde tendem a passar de estritamente técnicos para técnicos e humanizados.

O Ministério da Saúde (MS) criou, no ano 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), constituído posteriormente, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PHN). Esta política, destinada aos usuários e trabalhadores do SUS, traz as orientações básicas e os parâmetros adequados à humanização da assistência nas unidades de saúde, voltando sua atenção para a pessoa humana. Seu objetivo é a melhoria do contrato entre trabalhadores da saúde e usuários, trabalhadores entre si e entre a unidade e saúde e a comunidade, buscando a transformação dos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde.

A humanização vista como política pública que transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), implica em: traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; contagiar, por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo todos os envolvidos nos Sistema (Trabalhadores e usuários).

Assim, a humanização no SUS busca:

- A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- A co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça, origem, gênero e orientação sexual;

- Foco nas necessidades dos cidadãos, na produção de saúde e no próprio processo de trabalho em saúde;
- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento.

A operacionalização desta Humanização dos SUS acontece por meio do regaste dos princípios que norteiem as ações de saúde no SUS; da construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos (Grupo de Trabalho em Humanização; Rodas; Colegiados de Gestão, etc); da construção e a troca de saberes; do trabalho em rede com equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar; do pacto entre os diferentes níveis de gestão dos SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção) e da construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do sistema.

A humanização dos serviços de atenção à saúde é de extrema importância, especialmente por se tratar do atendimento a pessoas que se encontram em situações de fragilidade, dependências, dor e sofrimento. Além disso, o trabalhador da saúde precisa de condições adequadas para desempenhar plenamente suas funções.

Dentre os fatores considerados pela PNH estão a participação ativa dos usuários e trabalhadores, a gestão dos estabelecimentos assistenciais, a constante formação educacional dos trabalhadores da saúde, o relacionamento dos trabalhadores entre si e com os usuários e as condições físicas e ambientais do estabelecimento

O acolhimento é um dispositivo do trabalho em saúde que busca atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas demandas e assumindo, no serviço, uma postura de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas às mesmas, com a finalidade de prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização e, se necessário, orientando o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência estabelecendo uma articulação com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Acolhimento não é um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, significa compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenção.

Dispositivos da PNH

Acolhimento: Recepção do usuário, desde a chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para continuidade da assistência quando necessário.

Equipe de Referência / Equipe Multiprofissional: Grupo constituído por profissionais de diferentes áreas e saberes, organizadas em função dos objetivos / missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço, (clientela que fica sob a responsabilidade desse Grupo / Equipe).

Apoio Matricial: Quando um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipe e setores, pertence ao seu setor e funciona como apoio, referência para outras equipes.

Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva: Projetos voltados para sujeitos individualmente, ou comunidades contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades / demandas de saúde.

Colegiado de Gestão: O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

Ambiência: Ambiente físico, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora resolutiva e humana.

Clínica Ampliada: Trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade.

Visita Aberta: Dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde.

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH): Funciona como um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores da universidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização

na gestão em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde. E constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde (nas SES e nas SMS).

Ouvidoria: Serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia os problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais.

REFERÊNCIAS

BRASIL, A Humanização como Política Transversal na Rede SUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde. 4 ed. 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br/humanizausus> Acesso: 22 set. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Humanização da Assistência à Saúde: Humaniza Saúde. Disponível em: <www.humanizasaude.rs.gov.br> Acesso em: 16 jan. 2012.

CAMPOS, C.C. Unidade de Internação Geral: o projeto arquitetônico sob a luz da Humanização Institucional. Monografia apresentada à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Belo Horizonte. 2008.

	ATIVIDADE XXVII CONSTRUÇÃO COLETIVA DO PEIXE Tempo estimado: 1 hora
--	--

Objetivo

- Vivenciar uma experiência de criação coletiva que promova a percepção do fazer em conjunto considerando a soma das diferenças.

Material

- Papel sulfite ou A4, fita crepe, instruções da técnica de origami para confecção do peixe.

Desenvolvimento

- Participe da dinâmica promovida pelo Docente;
- Espere para iniciar a Atividade, comece só após o comando do Docente;



ATENÇÃO:

O sucesso desta Atividade depende de você! Participe com entusiasmo!

Instruções da técnica de origami para confecção do peixe⁷

- Faça um quadrado com a folha de papel sulfite, dobrando uma das pontas da folha na diagonal até a margem oposta da folha, formando um triângulo. Rasgue o pedaço de papel que fica fora do triângulo de forma que, ao abrir, a folha seja quadrada. Utilize apenas o quadrado para confecção do peixe:

1. Dobre o quadrado na diagonal conforme figura 1;
2. Dobre uma das pontas do triângulo formado até que a mesma encontre a base do triângulo, conforme figuras 2 e;

⁷Dinâmica adaptada pela Equipe da Coordenadoria de Educação Permanente

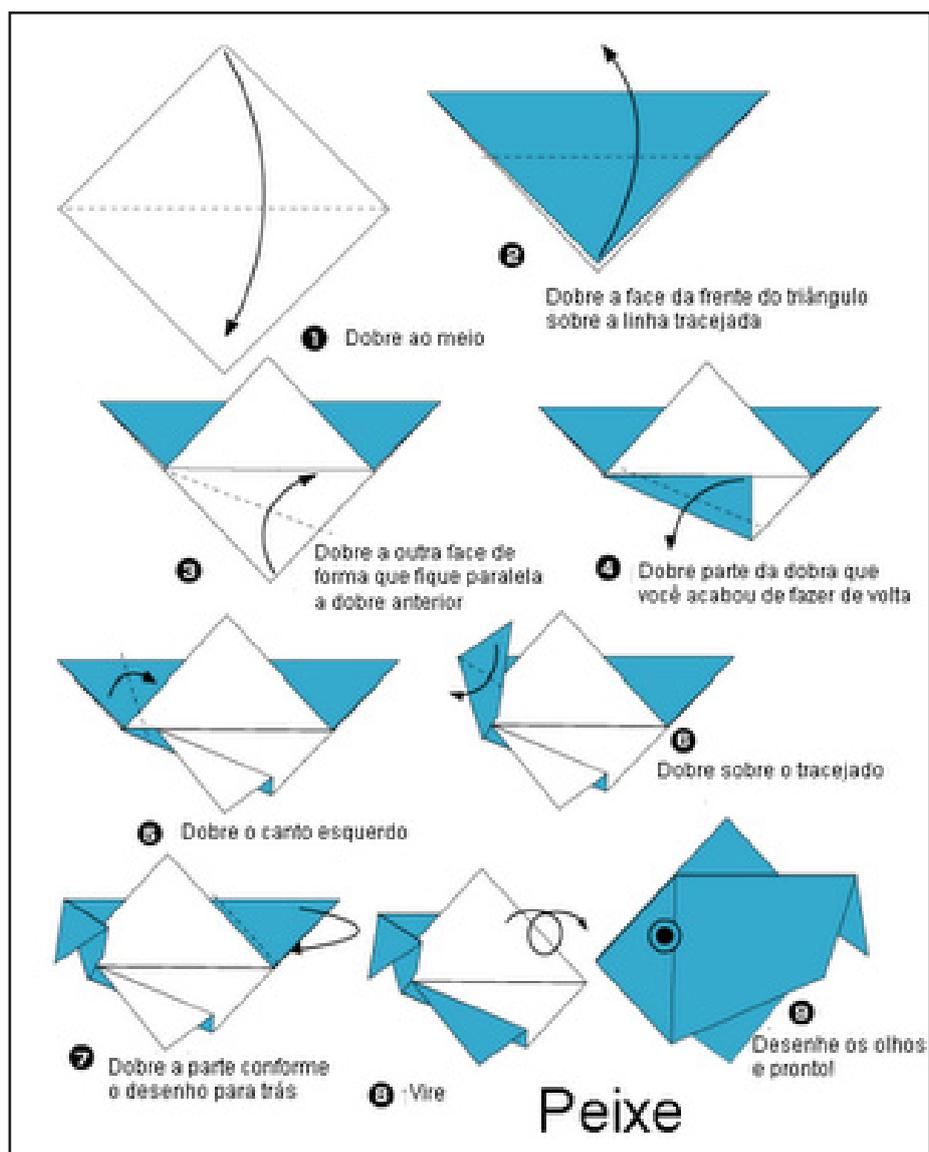
3. Dobre a outra ponta de forma que a mesma ultrapasse a base do triângulo, conforme figura 4;
4. Marque o centro da figura obtida e dobre as bordas de forma que as laterais se encontrem no centro da dobradura, conforme indicam as setas da figura 5;
5. Marque o meio novamente e dobre no sentido mostrado pela seta na figura 6, de forma que os dois lados se juntem;
6. Rasgue (não totalmente) a pontinha menor que ficou embaixo e dobre o excesso, conforme mostra a figura 7;
7. Vire veja seu peixe, conforme a figura 8 e cole-o no mural ou parede;

- Orientar os alunos para observarem os aquários formados e respondam os questionamentos a seguir:
- Qual a diferença observada entre fazer o peixe sozinho e fazer em grupo seguindo instruções norteadoras?
- Descreva os sentimentos que surgiram no momento de executar a atividade em grupo;
- Sistematizar com a seguinte reflexão:

“Cada peixe deste aquário é uma parte que forma um todo. É importante perceber que essas partes (peixes) de alguma forma estão interligadas, comunicam-se, interagem e dependem umas das outras para que o aquário tenha vida. Essa é a essência de se trabalhar em equipe. É a união de todos que possibilita a construção de um aquário com troca de conhecimentos e experiências, com respeito às diferenças, buscando a harmonia e o equilíbrio.”

REFERÊNCIA

BRASIL, Ministério da Saúde. Dinâmica do Peixe. Rede Amamenta Brasil: caderno do tutor. Brasília, 2009. p. 75 -76. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br> Acesso em: 18 jan. 2012.





ATIVIDADE XXVIII

CONSOLIDADO DAS ATIVIDADES DE CONCENTRAÇÃO

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Elaborar um consolidado (síntese) dos temas abordados durante o período de Concentração da Unidade I.

Material

- Folha de papel A4 e caneta.

Desenvolvimento

- Elabore, uma síntese dos temas abordados, descrevendo suas conclusões e aprendizado durante a essa semana de Concentração.



ATIVIDADE XXIX

VALORIZAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Valorizar e motivar o ACS.

Material

- Texto de Apoio: Cordel – “O dia em que o SUS visitou um cidadão”.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade proposta pelo Docente;
- Faça a leitura circular do Texto de Apoio: Cordel – “O dia em que o SUS visitou um cidadão”;
- Elabore um um cordel, um poema, uma paródia, rap, etc., que descreva sobre o Agente Comunitário de Saúde;
- Apresente em plenária a produção do grupo.



TEXTO DE APOIO

O DIA QUE O SUS VISITOU O CIDADÃO

Esta é uma boa história
Digna de um cordel
Trata de quando o SUS
E um usuário fiel
Resolveram discutir:
Cada um o seu papel

João sempre reclamou
Da fila e do atendimento
Sempre que precisou
Sentia um ressentimento
De nunca ser recebido
Conforme o merecimento

Mas João nunca fez nada
Só sabia reclamar
Não sabia que ele mesmo
Poderia ajudar
Tinha vários elementos
Pra situação mudar

Um dia em profundo sono
O SUS lhe apareceu
Foi logo se apresentando
E explicações lhe deu
Que o SUS não é do governo
Que o SUS também era seu

E ainda disse ao dormente:
Você vai me auxiliar
A ficar mais atraente
A mais pessoas curar
E nas decisões que tomo
Você vai me ajudar

Mas João lhe perguntou
Por que justamente eu
Não sou doutor nem político
Dinheiro só sei do meu
E missão igual a essa

Nunca me apareceu
Mas o SUS lhe disse logo:

Melhor que você não há
Você me conhece bem
Quando precisa esta lá
Consulta ou emergência
Sabe onde o furo está

Tem um jeito muito fácil
De todo mundo ajudar
Através da Ouvidoria
Você vai me procurar
E se ela não existe
Vai pedir para criar

Mas só isso não resolve
Respondeu João na hora
É preciso muito mais
E essa solução demora
É melhor procurar outro
Vou ter que ficar de fora

Não tenha medo João
Foi o que disse o SUS
Não queira fugir agora
Da missão que lhe propus
Se você não ajudar
Solução não se produz

É no grupo de trabalho
Que você tem que entrar
E a sua opinião
Lá você vai mostrar
E quando ver um problema
A solução vai buscar

E os problemas são muitos
Emendou o SUS dizendo
Mas sei que com sua ajuda
Eles vão se resolvendo
Por que não é só você
Tem muita gente querendo

Mas antes de me ajudar
você precisa saber

São vários os seus direitos
Você deve apreender
Se alguém não respeitar
Você vai se defender

Vou lhe mostrar um exemplo:
Quando você se internar
Tem direito de escolher
Quem vai lhe acompanhar
Se parente ou se amigo
Ninguém pode reclamar

E se estiver na fila
Uma outra novidade
No atendimento do SUS
Vale a solidariedade
E quem estiver mais doente
Tem a prioridade

João então respondeu
Eu tô gostando de ver
E o SUS lhe disse: tem mais
Melhor ainda vai ser
Se equipes e usuários
Tentarem se conhecer

Pra findar essa conversa
Agora preste atenção
Todas essas mudanças
E as outras que virão
Tem um nome bem bonito
É a humanização.

Então João acordou
Meio sem acreditar
Mas estava decidido
Não custa nada tentar
Se o SUS pediu ajuda
Todo mundo tem que dar.

REFERÊNCIA

BRASIL, Ministério da Saúde. *O dia em que o SUS visitou o cidadão*. Brasília, 2008. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br> Acesso em: 18 jan. 2012.



ATIVIDADE XXX

**ORIENTAÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DA
DISPERSÃO/PRÁTICA SUPERVISIONADA**

.....

Tempo estimado: 40 minutos

Objetivo

- Compreender as Atividades de Dispersão que serão realizadas em local de trabalho.

Material

- Roteiro para Atividades de Dispersão (pág. 87 à 90).

Desenvolvimento

- Preste atenção nas orientações do Docente em relação as Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada;
- Esclareça suas dúvidas.



ATIVIDADE XXXI

**AVALIAÇÃO E ENCERRAMENTO
DA UNIDADE I**

.....

Tempo estimado: 40 minutos

Objetivos

- Avaliar o processo de ensino aprendizagem e as dificuldades apresentadas pelos alunos;
- Promover o encerramento das Atividades de Concentração da Unidade I.

Material

- Roteiro de Avaliação.

Desenvolvimento

- Preencher o Roteiro de Avaliação;
- Participe do encerramento da primeira etapa dessa Qualificação Profissional.

Roteiro de Avaliação

Nome(opcional): _____

Município: _____

Data: _____

1. O local da concentração está adequado (fácil acesso, sala de aula: iluminação, cadeiras/carteiras, ventilação, ruídos, quadro, etc.)? Justifique.

2. Suas expectativas em relação ao curso estão sendo contempladas? Justifique.

3. As aulas são dinâmicas e de fácil entendimento? Justifique.

4. Há articulação entre as atividades e conteúdos do curso com a sua prática de trabalho? Justifique.

5. O material didático está adequado às suas necessidades de aprendizagem? Justifique.

6. O docente demonstra-se disposto a esclarecer as dúvidas e dificuldades da turma? Justifique.

7. O docente cumpre a carga horária e os horários das atividades de estudo? Justifique.

ATIVIDADES DE DISPERSÃO/PRÁTICA SUPERVISIONADA

ATIVIDADES SUPERVISIONADAS PELO DOCENTE DA DISPERSÃO

No Curso de Qualificação para o Agente Comunitário de Saúde estão previstas várias atividades que deverão ser realizadas no espaço de atuação do ACS, acompanhadas pelo Docente da Dispersão (enfermeiro da ESF).

O Docente da Dispersão/Prática Supervisionada é um mediador do processo de ensino-aprendizagem, assim deverá propiciar momentos de construções coletivas e individuais pautadas na articulação teórica e prática, na troca de experiências e na interação com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde.

É importante que o Docente da Dispersão/Prática Supervisionada saliente aos alunos quanto ao hábito de registrar suas dúvidas, respostas e observações referente as Atividades, uma vez que tais elementos servirão como base do consolidado / relatório final.



ATIVIDADE I
OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO
.....

Objetivo

- Identificar quais serviços de saúde existem em seu município.

Desenvolvimento

- Faça o levantamento e registre (PARA APRESENTAÇÃO NA PRÓXIMA CONCENTRAÇÃO) as informações quanto a prestação de Serviços de Saúde do seu município destacando:
 1. Finalidade;
 2. Atividades que desenvolvem;
 3. Profissionais que atuam;
 4. Ações realizadas pelos profissionais;
 5. Qual a forma de acesso da população a esses serviços (encaminhamento, livre demanda, telefone, etc)?Quais os serviços estão na área de abrangência de sua equipe?
 6. Quais desses serviços são referências para a população da área?
 7. Os serviços de saúde que você identificou garantem: acesso, resolutividade, integralidade e equidade à população, conforme as diretrizes do SUS?



ATIVIDADE II
MINHA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
.....

Objetivos

- Refletir sobre como se dá o processo de trabalho na sua Unidade de Saúde.
- Identificar e reconhecer o processo de trabalho em sua Equipe.

Desenvolvimento

- Orientar os alunos que observem o processo de trabalho da sua Equipe de Trabalho, identificando:
 1. A organização do trabalho;
 2. A cooperação entre os membros da Equipe;
 3. A Referência e Contra Referência das ações realizadas (quando ocorre, como e por quem?)
 4. Tipos de tecnologias utilizadas na produção do cuidado pela Equipe.



ATIVIDADE III
OS DIFERENTES PONTOS DE VISTA
.....

Objetivo

- Refletir sobre como o Acolhimento é vivenciado pelos profissionais de Saúde e pela comunidade.

Desenvolvimento

- Conduzir a atividade, levando o aluno a refletir sobre:
- Pensar como se fosse o usuário: o que se espera do acolhimento?
- Pensar como se fosse os familiares do usuário: o que se espera do acolhimento?
- Pensar enquanto profissionais da ESF: o que se espera do acolhimento?
- Pensar como se fosse a comunidade (integrante da associação de bairro ou líder comunitário): o que se espera do acolhimento?
- Quem está mais satisfeito com o acolhimento realizado: O usuário? A família? Os profissionais das ESF? A comunidade?



ATIVIDADE IV

O ACOLHIMENTO QUE QUEREMOS

.....

Objetivo

- Reconhecer a importância do planejamento nas ações do ACS.

Desenvolvimento

- Elabore um planejamento das ações para tornar o Acolhimento satisfatório para todos (ESF e comunidade) de acordo com as matrizes de responsabilidades para o Acolhimento, conforme modelo a seguir:

O que fazer?	Como fazer?	Quem fará?	Quando?



Para refletir:

- Após a Atividade, propiciar uma reflexão com os alunos sobre os seguintes pontos:

1. Quem procura a Unidade de Saúde busca, além de um diagnóstico correto, um tratamento adequado, e também ser visto e ouvido, ou seja, busca ser compreendido na sua condição humana;
2. De uma forma geral, a formação dos profissionais de saúde foi direcionada para focalizar a doença e atuar nos sintomas com procedimentos determinados previamente, como consequência disso, há uma tendência para esquecermos a pessoa, não valorizando seus sentimentos, suas emoções em relação a sua doença;
3. Um dos princípios fundamentais da Estratégia de Saúde da Família é a atenção integral humanizada. O Acolhimento, o receber bem, o dar respostas às necessidades de saúde da população é uma das principais ações para a humanização da atenção.



ATIVIDADE V
O SUS PELA VISÃO DO USUÁRIO
.....

Objetivo

- Conhecer o ponto de vista das pessoas a respeito do SUS.

Desenvolvimento

- Realize uma entrevista informal com as pessoas da sua área de abrangência sobre o Sistema Único de Saúde enfocando:
 - 1-O que você sabe sobre o Sistema Único de Saúde- SUS?
 - 2-Como você obteve a informação sobre o SUS?
 - 3-Você conhece a responsabilidade do município em garantir a saúde da população? E a do Estado?
 - 4-Quando precisa de atendimento de Saúde, onde você vai? Por que?
- Organize junto ao Docente, uma palestra para a comunidade informando sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde e o fluxo de Atendimento na sua Unidade Básica de Saúde.



ATIVIDADE VI
REUNIÃO COM A ESF
.....

Objetivo

- Elaborar um consolidado com as atividades do período de Dispersão para apresentar no próximo momento de Concentração.

Desenvolvimento

- Elabore um consolidado / relatório sobre as Atividades desenvolvidas durante o período de Dispersão;
- Reúna com o Docente e demais ACSs e prepare uma apresentação desse consolidado para os integrantes da Unidade Básica de Saúde, destacando o significado dessa Qualificação para sua prática profissional.

ANEXOS

Caro Aluno / Docente

Com intuito de enriquecer ainda mais o material didático deste Guia e contribuir no processo de ensino-aprendizagem, sugerimos algumas dicas para estudo e Textos para Leitura complementar.

Um texto para ser lido é um texto para ser estudado. Um texto para ser estudado é um texto para ser interpretado. Não podemos interpretar um texto se o lemos sem atenção, sem curiosidade; se desistimos da leitura quando encontramos a primeira dificuldade... Insiste em compreendê-lo. Trabalha sobre ele... Estudar exige disciplina. Estudar não é fácil, porque estudar é criar e recriar; é não repetir o que os outros dizem. (FREIRE,1989).

Anexo I

Ao estudar em grupos procure:

- Levantar questões sobre o tema, a visão de um pode auxiliar e direcionar a atividade;
- Contribuir com o grupo durante as atividades; o estudo em grupo é uma troca de ideias e opiniões que muitos podem se favorecer.

Ao ler Textos procure:

- Grifar as palavras, e procurar o significado, caso não conheça;
- Grifar em cada parágrafo a ideia central: a palavra-chave.

Orientações para pesquisa:

Pesquisa é o conjunto de investigações, operações e trabalhos intelectuais ou práticos que tenham como objetivo a descoberta de novos conhecimentos, a invenção de novas técnicas e a exploração ou a criação de novas realidades.

A pesquisa é utilizada para:

- Gerar e adquirir novos conhecimentos sobre si mesmo ou sobre o mundo em que vive;
- Obter e/ou sistematizar a realidade empírica (conhecimento empírico);
- Responder a questionamentos (explicar e/ou descrever);
- Resolver problemas;
- Atender às necessidades de mercado.

Orientações para entrevista, questionário e formulário

- A Entrevista é constituída de perguntas aberta e/ou fechadas e também na forma de tópicos, feitas oralmente, quer o indivíduo em particular, quer em grupo, e as respostas são registradas geralmente pelo próprio entrevistador. Pode também ser entendida, como a técnica que envolve duas pessoas numa situação “face a face” e em que uma delas formula questões e a outra responde.
- O Questionário é constituído de perguntas abertas ou fechadas, ou simplesmente, os dois tipos de perguntas, entregues por escrito ao informante e, às quais ele responde por escrito.
- O Formulário é o conjunto das questões (perguntas) formuladas.

Essas técnicas mostram-se bastante úteis para a obtenção de informações acerca do que a pessoa “sabe, crê ou espera, sente ou deseja, pretende fazer, faz ou fez, bem como a respeito de suas explicações ou razões para quaisquer das coisas precedentes.

Geralmente preferem-se para o Questionário, perguntas fechadas e, para a Entrevista perguntas abertas ou simplesmente tópicos. Na entrevista, o pesquisador se encontra junto ao informante, podendo fazer no momento oportuno, as adaptações e complementações que forem necessárias, o que não acontece no questionário, onde o respondente se encontra sozinho e sem nenhum esclarecimento.

Antes de começar a redigir o formulário tanto para o Questionário como para a Entrevista, é necessário estabelecer um plano, para que as perguntas sejam apresentadas de modo ordenado e numa sequência lógica:

Elaboração do questionário:

A elaboração de um Questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos específicos em itens bem redigidos, vejamos algumas considerações:

- As questões devem ser preferencialmente fechadas;
- Devem ser incluídas apenas as perguntas relacionadas ao problema proposto;
- Devem ser evitadas perguntas que penetrem na intimidade das pessoas;
- As perguntas devem ser formuladas de maneira clara, concreta, precisa e possibilitar uma única interpretação;
- O número de perguntas deve ser limitado;
- O Questionário deve ser iniciado com as perguntas mais simples e finalizado com as mais complexas;
- Cuidados especiais devem ser tomados em relação à apresentação gráfica do questionário, tendo em vista facilitar seu preenchimento;

- O Questionário deve conter instruções acerca do correto preenchimento das questões, preferencialmente com caracteres gráficos diferenciados.
- Levar em consideração o sistema de referência do entrevistado, bem como o seu nível de informação;

Elaboração da entrevista:

Na escolha e formulação de perguntas para entrevista, convém que se considerem alguns aspectos, tais como:

- As questões devem ser diretas (p. ex.: “O que você acha do uso da maconha?”) ou indiretas (p. ex.: “Seus amigos são favoráveis ao uso da maconha?”);
- As perguntas levam em consideração o sistema de referência do entrevistado, bem como o seu nível de informação?
- Os aspectos a que se referem as perguntas são realmente importantes?
- As perguntas não podem provocar resistências, antagonismos ou ressentimentos ao entrevistado;
- As palavras empregadas devem apresentar significação clara e precisa;
- A Entrevista deve ser iniciado com as perguntas mais simples e finalizado com as mais complexas;

REFERÊNCIAS

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MINAYO, M. C. Metodologias de Pesquisa em Saúde: fundamentos essenciais. Curitiba: As Autoras, 1999.

Anexo II

Alguns termos e definições importantes:

A

Acidente: Qualquer evento não intencional, incluindo erros de operação e falhas de equipamentos ou eventos não controláveis que podem afetar ou pôr em risco a saúde de indivíduos ou da população.

Agente etiológico: Entidade biológica, física ou química capaz de causar doenças.

Anticorpo: Globulina encontrada em fluidos de tecidos e no soro, produzida como resposta à presença de substâncias estranhas (antígenos), que protege o organismo contra infecções. Os anticorpos podem se combinar, neutralizar ou destruir os antígenos.

Antígeno: Porção ou produto de um agente biológico que pode estimular a formação de anticorpos específicos.

Antirretroviral: Medicamento que inibe determinados vírus.

Antissepsia: Conjunto de medidas empregadas para impedir a proliferação microbiana.

Assepsia: Conjunto de medidas utilizadas para impedir a penetração de microrganismos (contaminação) em local ainda não contaminado.

Autorização de Internação Hospitalar (AIH): Formulário usado pelo SIH (Sistema de Informação Hospitalar) que permite o diagnóstico da produção de serviços de saúde.

Agente: Um fator cuja presença é essencial para a ocorrência da doenças (microrganismos, substâncias químicas).

Amostra: Subgrupo selecionado de uma população. Pode ser selecionado de forma aleatória ou não.

Arbovírus: Vírus transmitido por artrópodes que se alimentam de sangue (carrapatos, mosquitos).

Área de abrangência: Área geográfica de onde provem as pessoas que se consultam em um determinado serviço de saúde.

B

Bactéria: Microrganismo unicelular que não possui núcleo individual.

Bacteriófago: Vírus que pode infectar e destruir bactérias.

C

Cadastro: Assentamento de dados de serviços, instalações, pessoas, equipamentos, produtos e outros relevantes para o controle sanitário.

Cadeia de transmissão epidemiológica: caracterização dos mecanismos de transmissão de um agente infeccioso, que envolvem os suscetíveis, os agentes patogênicos e os reservatórios.

Caso: Pessoa ou animal infectado ou doente que apresenta características clínicas, laboratoriais e/ou epidemiológicas específicas.

Censo: A contagem de uma população inteira. Normalmente inclui o registro de informações sobre residência, idade, sexo, grupo étnico, estado civil, história obstétrica e relação com o chefe da família.

Centro de Saúde: Unidade destinada a prestar assistência à saúde de uma população determinada, contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e/ou especialistas. Sua complexidade e dimensões físicas variam em função das características da população a ser atendida, dos problemas de saúde a serem resolvidos e de acordo com o seu tamanho e capacidade resolutive.

Cobertura: Uma medida, normalmente expressa como um percentual, das pessoas ou domicílios que receberam um determinado serviço, em relação àquelas que o necessitam (exemplo: percentual de domicílios com abastecimento adequado de água).

Coefficiente de mortalidade: Relação entre a frequência absoluta de mortes e o número de expostos ao risco de morrer. Pode ser geral, quando inclui todos os óbitos e toda a população da área em estudo, e pode ser específico por idade, sexo, ocupação, causa de morte.

Coefficiente de mortalidade materna: Medida de risco de uma mulher morrer por causas associadas à gravidez. Morte materna é o óbito de uma mulher enquanto grávida ou durante os primeiros 42 dias após o término da gestação, independente da duração da gravidez, por qualquer causa, excluindo causas acidentais ou incidentais.

Contagioso: Transmitido por contato ou por proximidade.

Contato: Exposição a uma fonte de infecção. A transmissão devida ao contato direto pode ocorrer quando a pele ou membranas mucosas se tocam como no contato físico e relação sexual.

Contra-referência: Ato formal de um encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência.

Controle: Os programas de controle de doenças têm por objetivo diminuir a incidência de novos casos ou reduzir através de tratamento a proporção de casos graves a um nível aceitável, de modo que a doença deixe de ser considerada uma ameaça importante à saúde pública.

D

Demanda por cuidados de saúde: Vontade e/ou capacidade de procurar e utilizar serviços de saúde.

Demografia: O estudo de populações, com referência a fatores como tamanho, estrutura de idade, densidade, fecundidade, mortalidade, crescimento e variáveis sociais e econômicas.

Desenvolvimento sustentável: Estilo de desenvolvimento que não seja excludente socialmente nem danoso ao meio ambiente, garantindo que as necessidades das atuais gerações sejam atendidas, sem comprometer o atendimento das gerações futuras.

Desinfecção: Destruição de agentes infecciosos que se encontram fora do corpo, utilizando agentes químicos ou físicos.

Doença notificável: Uma doença que, de acordo com as exigências legais, deve ser notificada à autoridade de saúde pública responsável.

E

Endemia: Presença contínua de uma doença ou de um agente infeccioso de uma determinada região. Também pode expressar a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica.

Epidemia: A ocorrência em uma comunidade ou região de um número de casos de uma doença ou outro evento semelhante que exceda claramente o número normal esperado. A quantidade de casos que indica ou não a existência de uma epidemia variar conforme o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, sua experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade, o local e a época do ano em que ocorre.

Epidemiologia: O estudo da distribuição e dos determinantes da saúde e da doença em populações e sua aplicação para a prevenção e o controle das doenças e problemas de saúde.

Eradicação: O extermínio de um agente infeccioso, interrompendo assim a transmissão da infecção.

Esporádica: Uma doença ou evento que ocorre irregularmente. É um termo normalmente usado para certas doenças transmissíveis.

Ética profissional: Conduta profissional segundo os preceitos da moral, padrões técnicos e científicos.

Exercício ilegal: Exercício de alguma atividade regulada por lei por indivíduo sem habilitação legal, isto é, sem diploma legal e registro no respectivo Conselho Regional.

Expectativa de vida: O número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver se os níveis correntes de mortalidade forem mantidos. A expectativa de vida ao nascer é o número médio de anos que um recém-nascido pode esperar viver, calculado a partir das condições de mortalidade existentes no momento do seu nascimento.

F

Falso negativo: Um resultado obtido através de um teste de triagem, em que uma pessoa que na verdade é positiva (portadora da doença), é classificada como negativa (não tendo a doença).

Fiscalização: Verificação, pela autoridade sanitária, da conformidade com requisitos estabelecidos em normas legais e regulamentares e a adoção de medidas cabíveis para impor o cumprimento desses requisitos.

G

H

História natural da doença: Descrição das características das funções de infecção, distribuição da doença segundo os atributos das pessoas, tempo e espaço, distribuição e características ecológicas do (s) reservatório (s) do agente, mecanismos de transmissão e efeitos da doença sobre o homem.

Hospedeiro: Uma pessoa ou animal que esteja infectado.

Humanização: É entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função do seu caráter complementar aos aspectos técnicos.

I

Imunidade: Resistência geralmente associada à presença de anticorpos que inibem microrganismos específicos ou suas toxinas responsáveis por doenças infecciosas particulares.

Incidência: Número de casos novos de uma doença ocorridos em uma determinada população durante um período específico de tempo.

Infecção: Penetração, alojamento e, em geral, multiplicação de um agente no organismo de um hospedeiro, produzindo-lhe danos, com ou sem aparecimento de sintomas clinicamente reconhecíveis.

Infectividade: Capacidade do agente etiológico se alojar e multiplicar-se no corpo do hospedeiro.

Inflamação: Resposta normal do tecido à agressão celular por material estranho. Caracteriza-se pela dilatação dos vasos capilares e mobilização de defesas celulares (leucócitos e fagócitos).

Inquérito domiciliar: A coleta de informações em uma amostra representativa de domicílios, por entrevistadores treinados. Normalmente se trata de um estudo transversal para coletar informações sobre cada um dos membros do domicílio e sobre características compartilhadas por todos, como, por exemplo, o abastecimento de água.

Inspecção sanitária: Atividade desenvolvida com o objetivo de avaliar os abastecimentos, serviços de saúde, produtos, condições ambientais e de trabalho, na área de abrangência da Vigilância Sanitária, que implica expressar julgamento de valor sobre a situação observada, se dentro dos padrões técnicos minimamente estabelecidos na legislação sanitária, e a conseqüente aplicação de medidas, de orientações ou punitivas, quando for o caso.

J

Janela imunológica: Intervalo entre o início da infecção e a possibilidade de detecção de anticorpos através de técnicas laboratoriais.

M

Morbididade: Comportamento de uma doença ou um dano à saúde em uma população exposta. É calculada pelos coeficientes de incidência e prevalência.

Monitorização: Observar e medir continuamente o desempenho de um serviço ou programa para verificar se está progredindo de acordo com os planos e objetivos propostos.

P

Pandemia: Uma epidemia acontecendo em uma extensa área geográfica.

Patogenicidade: Capacidade de um agente biológico causar doença em um hospedeiro suscetível.

Patógeno: Agente biológico capaz de causar doenças.

Período de incubação: Intervalo entre a exposição efetiva do hospedeiro suscetível a um agente biológico e o início dos sintomas clínicos da doença nesse hospedeiro.

População de risco: Conjunto de pessoas consideradas com maior probabilidade de contrair determinada doença, além das que mantêm um contato direto, em comparação aos padrões dessa doença na mesma população ou da população geral.

Portador: Pessoa ou animal (doente ou sadio) que abriga o agente patogênico de uma doença e age como propagador da mesma.

Prevalência: Número de casos clínicos ou portadores existentes em um determinado momento, em uma comunidade, que dá uma ideia estática da ocorrência do fenômeno. Pode ser expressa em números absolutos ou em coeficientes.

Prevenção: Medidas que visam promover e manter a saúde, através de intervenções como a melhoria do estado nutricional, imunizações, abastecimento adequado de água potável e destino adequado de dejetos; medidas destinadas a detectar precocemente doenças e infecções; medidas de redução da sintomatologia da doença e da subsequente incapacidade.

Q

Quimioprofilaxia: A administração de medicamentos para prevenir a ocorrência de infecção ou para prevenir a progressão da infecção até a doença.

R

Referência: Ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado serviço de saúde para outro de maior complexidade (sempre feita após constatação de insuficiência de capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos).

Reservatório de infecção: O habitat natural de um agente infeccioso, que pode ser uma pessoa, um animal, um artrópode, uma planta, um solo, etc., onde o agente normalmente vive e se multiplica, sendo passível de transmissão para outros seres vivos.

Risco: A probabilidade de que um evento venha a ocorrer, por exemplo, de que um indivíduo adoça ou morra dentro de um determinado período de tempo ou em uma faixa etária. O termo comumente é usado com relação a eventos desfavoráveis.

S

Saneantes domissanitários: Substância ou preparações destinadas à higienização, desinfecção ou desinfestação domiciliar, ambientes coletivos e/ou públicos, lugares de uso comum e no tratamento da água. Compreende:

- a. inseticidas – destinados ao combate, à prevenção e ao controle dos insetos em habitações, recintos e lugares de uso público;
- b. raticidas;
- c. desinfetantes;
- d. detergentes.

Serviço de saúde: Estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde da população em regime de internação ou não, incluindo atenção realizada em consultórios e domicílios.

Sistema de informação de saúde: É um sistema composto de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações que coleta, valida, transforma, armazena, recupera e apresenta dados, gerando informação para usos diversos.

Socioambiental: Articulação entre as dimensões social e ambiental, apontando para a impossibilidade de separação na abordagem de ambas: não há social sem ambiental e nem ambiental sem social, ambos se completam e interagem mutuamente.

Sub-registro: Falha em identificar em contar todos os casos ou eventos, levando a um numerador que é inferior ao verdadeiro, resultando em subestimativas de frequência.

Surto: Epidemia de proporções reduzidas que atinge uma pequena comunidade humana.

Suscetível: Qualquer pessoa ou animal que supostamente não possui resistência suficiente contra um determinado agente patogênico, que o proteja da enfermidade caso venha a entrar em contato com o agente.

T

Taxa de incidência: Uma medida do grau em que novos casos ou eventos ocorrem em uma determinada comunidade.

Taxa de prevalência: O número total de casos, eventos ou problemas em um determinado ponto no tempo dividido pela população total sob risco (de ser um caso ou apresentar o problema) no mesmo ponto do tempo.

Toxinas: Proteínas e substâncias proteicas conjugadas, letais para certos organismos. São produzidas por algumas plantas, animais e bactérias. O alto peso molecular e a antigenicidade das toxinas as diferenciam de alguns venenos químicos e alcaloides de origem vegetal.

Transmissão: Transferência de um agente etiológico animado de uma fonte primária de infecção para um novo hospedeiro.

U

Urgência: Que é necessário ser feito com rapidez.

V

Validade: O grau em que uma medida realmente mede ou detecta o que se propõe a medir.

Variável: Qualquer característica ou atributo que possa ser medido.

Veículo: Ser animado ou inanimado que transporta um agente etiológico.

Viés: Qualquer influência durante a coleta ou a interpretação dos dados que leve a um erro sistemático em uma determinada direção, por exemplo, erros resultantes de balanças que dão um peso inferior ao peso real da criança.

Virulência: O grau de patogenicidade, ou a incapacidade de produzir doença, de um agente infeccioso.

Z

Zoonose: Infecção ou doença infecciosa transmissível, sob condições naturais, de animais vertebrados para seres humanos e vice-versa.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Guia do Curso Técnico em Saúde Bucal: Módulo I – O contexto do trabalho em saúde no SUS*. Belo horizonte, 2009. p. 61-67.

Anexo III

Algumas siglas importantes:

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
Aids - Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS – Centro de Assistência Psicossocial
CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho
Cenepi - Centro Nacional de Epidemiologia
CES – Conselho Estadual de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNCDO – Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos
CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
Conass - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DISCIPLINARIEDADE - Abordagem que agrega o conhecimento especializado de uma disciplina ou ramo da ciência. Refere-se, portanto, a um conjunto específico de conhecimentos, com características e métodos próprios, sem relações aparentes com outras áreas de saber.
DST – Doença Sexualmente Transmissível
DT – Dupla bacteriana adulta (difteria e tétano)
DT – Dupla bacteriana infantil (difteria e tétano)
EC - Emenda Constitucional
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia da Saúde da Família
ESNP – Escola Nacional de Saúde Pública
ESP/MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FAE – Fração Assistencial Especializada
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal
Hib – Vacina contra Haemophilus influenzae tipo B
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC – Índice de Massa Corporal
INCA – Instituto Nacional do Câncer
INSS – Instituto Nacional da Seguridade Social
INTERDISCIPLINARIEDADE - Abordagem que busca a interação e a cooperação entre duas ou mais disciplinas, através de um fator de união entre saberes distintos.
LC - Lei Complementar
LDNC – Lista de Doenças de Notificação Compulsória
LTA - Leishmaniose Tegumentar Americana
LV - Leishmaniose Visceral
MEC - Ministério da Educação
MF - Ministério da Fazenda
MPS - Ministério da Previdência Social
MS - Ministério da Saúde
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

MULTIDISCIPLINARIEDADE - Abordagem que reúne duas ou mais disciplinas na busca de uma melhor compreensão dos fatos ou fenômenos. Esta aproximação entre as diferentes áreas, entretanto, mantém, em essência, a natureza própria da especificidade de cada uma delas. Isto significa que um assunto pode ser trabalhado em várias disciplinas, mas cada uma delas seguindo seus próprios métodos. Não há uma tentativa de síntese entre as diferentes áreas do conhecimento.

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOB/RH – SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

NR – Norma Regulamentadora

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PABA – Piso de Atenção Básica Ampliado

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM – Assistência Integral à Saúde da Mulher

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNI – Programa Nacional de Humanização

POP – Procedimento Operacional Padrão

PPI – Programação Pactuada Integrada

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

PSF – Programa de Saúde da Família

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RNIS – Rede Nacional de Informações em Saúde

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCR – Vacina Tríplice Viral (sarampo, rubéola, caxumba)

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde

SI-PNI - Sistema de Informações do PNI

SISCOLO – Sistema de informações de Combate ao Câncer do Colo do Útero

SISFAF – Sistema de Transferência Fundo a Fundo

SISHIPERDIA – Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

SISMAMA – Sistema de Informação do câncer de Mama

SISMAL - Sistema de Informações sobre Malária

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária

TFAM – Teto Financeiro da Assistência do Município

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

TRANSDISCIPLINARIEDADE - Busca a construção de um único conceito, capaz de refletir as diversidades da realidade, através da cooperação, coordenação e sinergia entre as disciplinas, mas fundamentalmente com o objetivo de transcendê-las (ir além). Significa o reconhecimento da interdependência de todos os aspectos da realidade. Seu objetivo é a tentativa de compreensão da realidade como um todo e não de fragmento dela, como se propõe cada disciplina. Busca, enfim, a unidade do conhecimento.

UBS – Unidade Básica de Saúde

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário de Siglas*. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br> Acesso em: 09 maio 2012.

Anexo IV

Algumas leis, portarias e deliberações importantes:

CONSTITUIÇÃO FEDERAL
Título VIII
Capítulo II
Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade.
- IV. Parágrafo Único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recurso do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I. controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II. executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III. ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV. participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V. incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI. fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;
- VII. participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII. colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

REFERÊNCIA

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Título VIII. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. Brasília, DF: Senado, 1988.

**Lei nº 8.080
de 19 de Setembro de 1990.**

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

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

**TÍTULO I
Das Disposições Gerais**

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

**TÍTULO II
Do Sistema Único de Saúde
Disposição Preliminar**

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde-SUS, em caráter complementar.

**CAPÍTULO I
Dos Objetivos e Atribuições**

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS :

- I. a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II. a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;
- III. a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

- I. a execução de ações:
 - a. de vigilância sanitária;
 - b. de vigilância epidemiológica;
 - c. de saúde do trabalhador; e
 - d. de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
- V. a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- VI. a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- VII. a vigilância nutricional e orientação alimentar;
- VIII. a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- IX. a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- X. o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XI. a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;
- XII. participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- XIII. o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XIV. a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I. o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;
- II. o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I. assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II. participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III. participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da
- IV. normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
- V. avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- VI. informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VII. participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VIII. revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais;
- IX. a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI. divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII. utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. participação da comunidade;
- IX. descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a. ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b. regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

- III. integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- IV. conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- V. capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- VI. organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde-SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente;
- III. no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Art. 10º - Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância..

§ 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11º (VETADO)

Art. 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 13º - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I. alimentação e nutrição;
- II. saneamento e meio ambiente;
- III. Vigilância Sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV. recursos humanos;
- V. ciência e tecnologia; e
- VI. saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde-SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV **Da Competência e das Atribuições**

SEÇÃO I **das Atribuições Comuns**

Art. 15º A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I. definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II. administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III. acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV. organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- V. elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI. elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII. participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII. elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX. participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X. elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde-SUS, de conformidade com o plano de saúde;
- XI. elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII. realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII. para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV. implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV. propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e o meio ambiente;
- XVI. elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII. promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII. promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX. realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX. definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária; XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

SEÇÃO II Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

- I. formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II. participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a. de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b. de saneamento básico; e
 - c. relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III. definir e coordenar os sistemas:
 - a. de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b. de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c. de vigilância epidemiológica; e
 - d. de vigilância sanitária.
- IV. participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou deles decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V. participar da definição de normas, critérios e padrões para controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI. coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII. estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII. estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX. promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X. formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI. identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII. controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII. prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.
- XIV. elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde-SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV. promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI. normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII. acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências Estaduais e Municipais;
- XVIII. elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX. estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. - À direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

- I. promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde;
- II. acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde- SUS.
- III. prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV. coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

- a. de vigilância epidemiológica;
- b. de vigilância sanitária;
- c. de alimentação e nutrição; e
- d. de saúde do trabalhador;

- V. participar, junto com órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI. participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII. participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII. em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX. identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X. coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI. estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII. formular normas estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII. colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV. acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

- I. planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II. participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde-SUS, em articulação com sua direção estadual;
- III. participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV. executar serviços:

- a. de vigilância epidemiológica;
- b. de vigilância sanitária;
- c. de alimentação e nutrição;
- d. de saneamento básico;
- e. de saúde do trabalhador;

- V. dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI. colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII. formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII. gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX. colaborar com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X. observado o disposto no artigo 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI. controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII. normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu
- XIII. âmbito de atuação.

Art.19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

CAPÍTULO I Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas e de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde-SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a Seguridade Social.

CAPÍTULO II **Da Participação Complementar**

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecida pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração, aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (VETADO)

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde-SUS.

TÍTULO IV **Dos Recursos Humanos**

Art. 27. A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

- I. organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;
- II. (VETADO)
- III. (VETADO)
- IV. valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde-SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (VETADO)

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão ser o regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V Do Financiamento

CAPÍTULO I Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde-SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em propostas elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

- I. (VETADO)
- II. serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
- III. ajuda, contribuições, doações e donativos;
- IV. alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- V. taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS;
- VI. rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao sistema Único de Saúde-SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento, que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde-SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação-SFH.

§ 4º (VETADO)

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde-SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita próprias das instituições executoras.

§ 6º (VETADO)

CAPÍTULO II Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º - O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde-FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, do orçamento da Seguridade social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I. perfil demográfico da região;
- II. perfil epidemiológico da população a ser coberta;

- III. características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV. desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V. níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI. previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII. ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º VETADO)

§ 4º VETADO)

§ 5º VETADO)

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (VETADO)

§ 1º (VETADO)

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º (VETADO)

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde-SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os acessórios, equipamentos e outros bens imóveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, ou eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (VETADO)

§ 8º O acesso aos serviços de informática e base de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (VETADO)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (VETADO)

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. e seus parágrafos (VETADOS)

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, dos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde-SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde-SUS estabelecerá mecanismos de incentivo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das Universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde-SUS organizará, no prazo de 2(dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (VETADO)

Art. 49. (VETADO)

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para a implantação dos sistemas unificados e descentralizados de saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 51. (VETADO)

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (VETADO)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954; a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

REFERÊNCIA

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set 1990. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em 25 jan 2012.

Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.

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

Art. 1º - O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I. a Conferência de Saúde, e
- II. o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º - O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º - As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho.

Art. 2º - Os recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS serão alocados como:

- I. despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II. investimentos previstos em Lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III. investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV. cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º - Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta Lei, serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º - Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º - Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º - Os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do artigo 2º desta Lei.

Art. 4º - Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I. Fundo de Saúde;
- II. Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III. plano de saúde;
- IV. relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V. contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI. Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de (dois) anos para a sua implantação.

Parágrafo único - O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º - É o Ministério da Saúde, mediante Portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para a aplicação desta Lei.

Art. 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º - Revogam-se as disposições em contrário.

REFERÊNCIA

BRASIL. Lei nº 8.142, de 23 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 dez 1990. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em 25 jan 2012.

Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo inciso II, do artigo 87, da Constituição Federal de 1988.

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando o artigo 14 da lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da criação e funções das comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino;

Considerando que para a formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde é necessário observar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de Nível Técnico estabelecidas pelo Ministério da Educação conforme Parecer nº. 16/1999, Resolução nº. 04/1999 e Decreto nº. 5.154/2004.

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 330, de 04 de novembro de 2003, que resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH – SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 335, de 27 de novembro de 2003 que aprova a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente;

Considerando a Portaria nº. 2.474, de 12 de novembro de 2004 que institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde;

Considerando a Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde;

Considerando a Portaria nº. 598/GM de 23 de março de 2006 que estabelece que os processos administrativos relativos à Gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite – CIB;

Considerando a Portaria nº. 699/GM de 30 de março de 2006 que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria nº. 204/GM de 29 de janeiro de 2007 que define que o financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na lei orgânica do SUS;

Considerando a Portaria nº. 372/GM de 16 de fevereiro de 2007 que altera a portaria 699/GM, de 30/03/2006;

Considerando a Portaria nº. 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando as deliberações da 3ª. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;

Considerando, as decisões da Reunião da CIT do dia 21 de junho de 2007, resolve:

Art. 1º. Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Parágrafo único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 2º. A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

§ 1º. Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.

§ 2º. As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH – SUS.

Art. 3º. Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a portaria 399/GM, de 22/02/2006, são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).

Parágrafo Único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes.

Art. 4º. São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

- I. Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;
- II. Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;
- III. Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;
- IV. Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;
- V. Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região;
- VI. Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

Art. 5º. As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme as especificidades de cada região, por:

- I. Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;
- II. Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;
- III. Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos;
- IV. Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Parágrafo Único: A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo II desta portaria.

Art. 6º. São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço:

- I. Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;
- II. Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;

- III. Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;
- IV. Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas;
- V. Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

Art. 7º. A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde.

Parágrafo Único. Nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional – CGR, deverá ficar sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

Art. 8º. As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde.

Art. 9º. A Comissão Intergestores Bipartite - CIB deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, formada por:

- I. Representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no estado;
- II. Gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço;
- III. Um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme artigo 5º desta portaria.

Art. 10. São atribuições dessa Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite:

- I. Assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na
- II. elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- III. Estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando a integração das propostas;
- IV. Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constante do Plano Estadual de Saúde.

Art. 11. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

- I. Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- II. Definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado;
- III. Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos
- IV. financeiros no âmbito estadual;
- V. Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;
- VI. Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e
- VII. Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão transferidos aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada.

Art. 12. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

- I. Definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde;
- II. Aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal;
- III. Acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal.

Art. 13. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações constantes desta portaria.

Parágrafo Único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do anexo III.

Art. 14. Anualmente a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite.

Art. 15. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão.

Art. 16. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde e dos órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde.

Art. 17. O financiamento do componente federal para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde, e comporá o Limite Financeiro Global do Estado, Distrito Federal e Município para execução dessas ações.

§ 1º. Os critérios para alocação dos recursos financeiros federais encontram-se no anexo I desta portaria.

§ 2º. O valor dos recursos financeiros federais referentes à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito estadual e do Distrito Federal, constantes do Limite Financeiro dos Estados e do Distrito Federal, será publicado para viabilizar a pactuação nas CIBs sobre o fluxo do financiamento dentro do estado.

§ 3º. A definição deste repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB, encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite - CIT para homologação.

Art. 18. Os recursos financeiros de que trata esta portaria, relativos ao Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, aos respectivos Fundos de Saúde.

§ 1º. Eventuais alterações no valor do recurso Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, devem ser aprovadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e encaminhada ao Ministério da Saúde para publicação.

§ 2º. As transferências Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios poderão ser alteradas conforme as situações previstas na portaria 699/GM, de 30/03/2006.

Art. 19. O financiamento do componente federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, consignados no orçamento do ano de 2007, prescindirá das assinaturas dos Termos de Compromisso do Pacto pela Saúde.

§ 1º. Para viabilizar o repasse fundo a fundo dos recursos financeiros de 2007, as CIBs deverão enviar o resultado do processo de pactuação sobre a distribuição e alocação dos recursos financeiros da educação Permanente em Saúde para a homologação na CIT.

§ 2º. A partir do ano de 2008 os recursos financeiros seguirão a dinâmica estabelecida no regulamento do Pacto pela Saúde e serão repassados apenas aos estados, Distrito Federal e municípios que tiverem assinado seus Termos de Compromisso de Gestão.

Art. 20. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para:

- I. A organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação (técnica/graduação/especialização);
- II. Elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde;
- III. A orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente;
- IV. A qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e
- V. A instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área.

Art. 21. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por:

- I. Planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço;
- II. Estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curriculares

e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde,
III. Articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade de sanitária.

Art. 22. Reativar a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a atribuição de formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde. Esta Comissão será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações.

Art. 23. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Ministro de Estado de Saúde.

REFERÊNCIA

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 ago 2007. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em 25 jan 2012.

Deliberação CESMG Nº 2, de 1 de fevereiro de 2010.

Define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais e institui as 76 (setenta e seis) Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente, as 13 (treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço Macrorregional - CIES Macrorregionais e 1 (uma) Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço Estadual - CIES Estadual.

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, no uso de suas atribuições, conforme previsto nas leis federais 8.080 de 20 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990 e decreto-lei nº 43.613, de 25 de setembro de 2003, pelo governo de Minas Gerais, em reunião ordinária realizada em 19 de outubro de 2009, após análise e discussão do tema acima descrito resolveu:

Considerando;

- a relevância da participação do Estado e dos Municípios no processo de formação e qualificação de profissionais de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais - SUS/MG;
- a necessidade de se estabelecer uma política de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS/MG, que contemple a gestão, a rede de serviços, a formação e o controle social;
- a necessidade da superação dos limites da formação, das práticas tradicionais de ensino e ações educacionais fragmentadas;
- que todos os ambientes em que se presta atenção à saúde são cenários relevantes de ensino, aprendizagem e de reflexão crítica sobre o processo de trabalho;
- a Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto;
- a Portaria Interministerial nº 3019 de 26 de novembro de 2007 que dispõe sobre o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde para os cursos de graduação na área de saúde;
- a experiência acumulada pelo Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente e dos treze Pólos Macrorregionais de Formação e Educação Permanente de Minas Gerais, criados respectivamente pela Deliberação CIB-SUS/MG 039 de 01/10/2003 e pela Deliberação CIB-SUS/MG 045 de 01/12/2003;
- a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 095 de 17 de maio de 2004, que cria, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - CIB/SUS-MG, as Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais e Microrregionais e dá outras providências;
- a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS apresentados na - NOB RHSUS;
- o Plano Diretor de Regionalização do SUS/MG; e
- o Plano Estadual de Saúde, que estabelece as diretrizes e estratégias para a Política de Formação e Educação Permanente no SUSMG;

Art. 1º Ficam definidas as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais e instituídas as 76 (setenta e seis) Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente em Saúde, as 13

(treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço - CIES Macrorregionais e 1 (uma) Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço - CIES Estadual.

Art. 2º A condução da Política Nacional de Educação Permanente do SUS em Minas Gerais será por meio:

- I. da Comissão Técnica Microrregional de Educação Permanente em Saúde;
- II. da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço - CIES Macrorregional e do Secretariado-Executivo da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço - CIES Macrorregional; e
- III. da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço - CIES Estadual e do Secretariado-Executivo da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço - CIES Estadual.

Art.3º São Atribuições da Comissão Técnica Microrregional de Educação Permanente em Saúde:

- I. Assessorar a CIB Microrregional nos assuntos referentes à Educação Permanente;
- II. Elaborar proposta do Plano de Ação Microrregional de Educação Permanente em Saúde - PAMEPS, que deverá ser parte integrante do Plano Microrregional de Saúde e coerente com a Portaria GM/MS 3.332 de 28 de dezembro de 2006;
- III. Priorizar ações que estejam em consonância com as políticas pactuadas na CIB-SUS/MG e que favoreçam o alcance dos diversos objetivos pactuados para os níveis municipais e microrregional;
- IV. Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão;
- V. Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão Municipais no que se refere às responsabilidades de educação na saúde;
- VI. Acompanhar os Planos de Ação Microrregional e Macrorregional de Educação Permanente em Saúde - PAMEPS e PAREPS; e
- VII. Encaminhar a proposta do PAMEPS para pactuação pela CIB Microrregional.

Art. 4º A Composição da Comissão Técnica Microrregional de Educação Permanente deve ser a seguinte:

- I. 2 representantes da gestão estadual;
- II. 2 representantes da gestão municipal.

Parágrafo Único. Os representantes da gestão estadual serão definidos pela Gerência Regional de Saúde - GRS da jurisdição e os representantes da gestão municipal pelo COSEMS.

Art. 5º As Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH-SUS.

Art. 6º As CIES Macrorregionais têm como abrangência geográfica as macrorregiões assistenciais em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Parágrafo Único. As 13 CIES Macrorregionais serão disciplinadas por Regimento Interno Único, proposto pela CIES Estadual e publicado via resolução da SESMG.

Art. 7º A CIES Macrorregional é composta por representantes das seguintes instituições, pertencentes à área de abrangência da respectiva macrorregião:

- I. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG - no mínimo 2 e no máximo o mesmo número de Microrregiões;
- II. Colegiados Microrregionais dos Conselhos Municipais de Saúde da área de abrangência da Macrorregião - no mínimo 2 e no máximo o mesmo número de Microrregiões;
- III. Secretarias Municipais de Saúde - no mínimo 2 e no máximo o mesmo número de Microrregiões;
- IV. Representação das Instituições formadoras de nível técnico e nível superior na área de saúde que executam atividades educacionais na macrorregião - 2 representantes de instituição formadora de nível técnico e 2 representantes de instituição formadora de nível superior por macrorregião;
- V. Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais - SEE/MG - 2 representantes por Macrorregião.

§1º A qualificação da instituição de ensino de que trata o inciso IV independe de sua localização geográfica de sua sede.

§2º Para indicação dos representantes previstos no inciso IV, as instituições deverão se reunir e, posteriormente, formalizar sua escolha ao Secretariado-Executivo da CIES Macrorregional.

Art. 8º Compete às CIES Macrorregionais:

- I. articular com as Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente em Saúde de sua área de abrangência;
- II. Apoiar e cooperar tecnicamente para a construção dos Planos de Ação Microrregionais de Educação Permanente em Saúde - PAMEPS da sua área de abrangência;
- III. analisar e consolidar os Planos de Ação Microrregionais de Educação Permanente em Saúde - PAMEPS em um único Plano de Ação Macrorregional de Educação Permanente em Saúde - PAREPS;
- IV. articular com as Instituições de Ensino buscando identificar possíveis executoras para as ações educacionais a partir dos Planos propostos, propondo, de maneira coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da educação permanente em saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;
- V. Encaminhar a proposta de PAREPS para pactuação pela CIB Macro;
- VI. Monitorar, avaliar e acompanhar as ações educacionais executadas, encaminhando relatórios para a CIES Estadual;
- VII. Responder pelas atribuições da Comissão de Gestão e Acompanhamento Local, referida pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde;
- VIII. Promover o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, trabalhando dentro das diretrizes do Plano Estadual de Saúde;

Art. 9º A Referência Regional de Educação Permanente das Gerências Regionais de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde - GRS/SES/MG desempenharão o papel de Secretariado-Executivo da CIES Macrorregional.

Art. 10 A CIES Estadual do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais é estrutura consultiva e propositiva, de natureza permanente.

Art. 11 Todas as proposições da CIES Estadual serão publicadas em resolução da SES/MG.

Art. 12 Compete à CIES Estadual.

- I. propor as diretrizes para a Política de Educação Permanente e da Gestão do Trabalho para o SUS/MG, contemplando a atenção à saúde, a rede de serviços, a gestão, a formação educacional e o fortalecimento do controle social;
- II. estimular e compartilhar iniciativas inovadoras de formação e qualificação da gestão do trabalho;
- III. fomentar a cooperação entre as instituições participantes visando garantir a eficiência e a eficácia das ações, potencializando a descentralização;
- IV. estimular a interação entre gestores de saúde, gestores da educação, instituições formadoras e instâncias de controle social, facilitando a integração ensino/serviço;
- V. incentivar o processo de revisão curricular na educação profissional e no ensino superior visando a adequação às necessidades do SUS;
- VI. analisar e emitir parecer sobre os PAREPS apresentados pelas CIBs Macrorregionais, considerando as necessidades regionais e as Políticas do SUS;
- VII. consolidar os PAREPS em um Plano de Ação Estadual de Educação Permanente;
- VIII. avaliar, estimular o desenvolvimento e acompanhar os resultados das ações das CIES, propondo alterações quando necessário;
- IX. garantir que o tema Controle Social perpassa os cursos a serem desenvolvidos no âmbito do Estado de Minas Gerais;
- X. responder pela Comissão Estadual de Acompanhamento do Pró-Saúde ou por comissões relativas à formação e educação em saúde, que tenham vinculação à aprovação da CIBSUS/MG e CES;
- XI. contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS/MG e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constantes do Plano Estadual de Saúde.

Art. 13 A CIES Estadual é formada por representantes:

- I. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG - 2 representantes;
- II. do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais - 2 representantes;
- III. do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais - COSEMS/MG - 2 representantes;
- IV. da Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais - 2 representantes;
- V. das Instituições formadoras na área de saúde, sendo 1 representante de instituição formadora de nível técnico e 1 representante de instituição formadora de nível superior.
- VI. das CIES Macrorregionais - 1 representante de cada CIES Macrorregional; e
- VII. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP/MG - 1 representante.

Art.14 A CIES Estadual poderá convidar especialistas técnicos para participar de suas atividades e assessorá-la quando necessário.

Art. 15 A elaboração, discussão e pactuação dos assuntos referentes a esta Deliberação deverá seguir o seguinte processo:

- I. Elaboração da proposta de PAMEPS pela Comissão Técnica Microrregional de Educação Permanente em Saúde, tendo a colaboração técnica das CIES Macrorregionais;
- II. Pactuação do PAMEPS na CIB Microrregional;
- III. Consolidação dos PAMEPS pela CIES Macrorregional e elaboração de proposta de PAREPS;
- IV. Encaminhamento do PAREPS à CIB Macrorregional para pactuação;
- V. Encaminhamentos dos PAREPS pactuados pelas CIBs Macro à CIB-SUS/MG para encaminhamento à CIES Estadual;
- VI. Elaboração da proposta do Plano de Ação Estadual de Educação Permanente a partir dos PAREPS pela CIES Estadual;
- VII. Encaminhamento da proposta do Plano de Ação Estadual de Educação Permanente para publicação via resolução da SES-MG; e
- VIII. Encaminhamento do Plano de Ação Estadual de Educação Permanente para a CIT/MS pela CIB-SUS/MG.

Art. 16 A Gerência de Ações Educacionais em Saúde da Superintendência de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde - GAES/SGPES/SES-MG desempenhará o papel de Secretariado-Executivo da CIES Estadual.

Art. 17 Fica aprovada a utilização e remanejamento dos recursos financeiros referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no Estado de Minas Gerais, bem como o disposto na Deliberação CIB-SUS/MG Nº 586, de 21 de outubro de 2009, Deliberação CIB-SUS/MG Nº 612, de 09 de dezembro de 2009 e Deliberação CIB-SUS/MG Nº 614, de 09 de dezembro de 2009.

Art. 18 Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 19 Revogam-se as disposições em contrário.

Belo Horizonte, 01 de Fevereiro de 2010.
Geraldo Heleno Lopes
Vice - Presidente do CESMG
Homologo a Deliberação CESMG 002/2010, conforme acima
Antônio Jorge de Souza Marques
Secretario de Estado da Saúde e Gestor do SUS/MG

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS. *Deliberação CESMG Nº 2, de 1 de fevereiro de 2010*. Define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais e institui as 76 (setenta e seis) Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente, as 13 (treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço Macrorregional - CIES Macrorregionais e 1 (uma) Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço Estadual - CIES Estadual. Minas Gerais, 1 fev 2010. Disponível em: www.ws.mpmg.gov.br. Acesso em 25 jan 2012.

