

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Curso de Qualificação de
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS
Caderno 1



Belo Horizonte / 2017

Fernando Pimentel

Governador do Estado de Minas Gerais

Antônio Andrade

Vice-Governador do Estado de Minas Gerais

Sávio Souza Cruz

Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais

Edvalth Rodrigues Pereira

Diretor-geral

Thais Lacerda e Silva

Superintendência de Pesquisa

Harrison Miranda

Assessor de Comunicação Social

Organizadoras

Érica Menezes dos Reis

Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita

Juracy Xavier de Oliveira

Tatiane Fernandes Maia

Thais Lacerda e Silva

Assessoras Pedagógicas

Érica Menezes dos Reis

Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita

Juracy Xavier de Oliveira

Revisão de Conteúdo/ESP-MG

Alessandra Rios de Faria

Amanda Nathale Soares

Danielle Costa Silveira

Érica Menezes dos Reis

Rodrigo Martins da Costa Machado

Rose Ferraz do Carmo

Thais Lacerda e Silva

Revisão Textual

Silvia Amâncio - ASCOM/ESP-MG

Diagramação/Layout

Raphael Josef Ottoni Santos - Estagiário - ASCOM/ESP-MG

AUTORES**Amanda Nathale Soares**

Doutoranda em Enfermagem. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Superintendência de Educação e Trabalho em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

Ana Paula Martins Lara

Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Especialista em Políticas e Gestão em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

Danielle Costa Silveira

Graduada em Enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

Rose Ferraz Carmo

Pós doutora em Saúde Coletiva. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

Tatiane Fernandes Maia

Graduada em Educação Física. Técnica em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

Thais Lacerda e Silva

Fisioterapeuta. Pesquisadora na área Saúde, Educação e Trabalho. Doutora em Saúde Pública. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

M663c Minas Gerais. Escola de Saúde Pública.
Curso de qualificação de agentes comunitários de saúde – ACS: caderno 1. /
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. - Belo Horizonte: ESP-MG,
2017.

159 p.

Inclui referências.

ISBN: 978-85-8408-009-0

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Educação em Saúde. I. Título.

NLM WA 18

Sumário

APRESENTAÇÃO	6
ACOLHIMENTO	8
UNIDADE DE APRENDIZAGEM I – CONSTRUINDO ALICERCES: BASES PARA O TRABALHO DO ACS	11
Compartilhando conhecimentos sobre os princípios e diretrizes do SUS	13
Compreendendo a importância da Atenção Primária à Saúde para o SUS e o papel do ACS	32
UNIDADE DE APRENDIZAGEM II - LUGARES E COTIDIANOS. O TERRITÓRIO COMO ESPAÇO DE (CON)VIVÊNCIA, DE CONSTRUÇÃO DE RELAÇÕES E PRÁTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE	55
O Território e o processo saúde-doença	57
Vigilância em Saúde na Atenção Primária	66
UNIDADE DE APRENDIZAGEM III - ACS: TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE	101
Trabalho em Saúde	103
O Agente Comunitário de Saúde e a Educação em Saúde	109
ANEXO	128

Apresentação

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) vem, desde 1946, desenvolvendo ações educacionais e de pesquisa na área de saúde pública, visando à formação de profissionais críticos, capazes de transformar suas práticas cotidianas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

As ações educacionais desenvolvidas pela ESP-MG orientam-se pelos pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS), que se fundamenta na aprendizagem a partir, no e para o trabalho, discutindo os problemas enfrentados na realidade, levando em consideração as experiências e os conhecimentos que os profissionais já possuem, contribuindo, dessa forma, para o alcance de melhorias nos processos de trabalho em saúde.

Com atuação em todo o Estado de Minas Gerais, a ESP-MG trabalha ainda de forma descentralizada, buscando atender às necessidades das regiões de saúde do Estado. Com a missão de produzir e disseminar conhecimentos para a promoção, vigilância, atenção e cuidado em saúde, a instituição contribui para a organização do sistema e para a qualidade dos serviços prestados à população.

O Curso de Qualificação do Agente Comunitário de Saúde representa uma dessas ações educacionais descentralizadas e pretende dar continuidade à qualificação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Estado de Minas Gerais, entendendo que este profissional constitui um importante segmento da força de trabalho no setor saúde e que a abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aponta para a necessidade de uma qualificação permanente desses atores.

A retomada da oferta do curso pela ESP-MG acontece em um momento de intensa e produtiva discussão e reflexão institucional sobre a EPS, o que motivou a equipe de condução do curso a repensar a matriz curricular e o material didático a partir desse referencial. O primeiro movimento nesse sentido foi a realização de oficinas com Agentes Comunitários de Saúde, que representaram espaços de reflexão, discussão e troca de experiências sobre o cotidiano de trabalho do ACS, suas interfaces com a equipe de saúde, a comunidade e os desafios e potencialidades do trabalho em saúde.

Essa ação educativa é, portanto, resultado de intensos movimentos de discussão e elaboração, e busca contribuir para o aprimoramento das ações desenvolvidas pelos ACS, no âmbito dos diferentes territórios do estado de Minas Gerais.

Pressupostos Pedagógicos

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma opção político-pedagógica que orienta os cursos ofertados pela ESP-MG, nos quais os profissionais de saúde são formados com base na reflexão e na análise das situações e dos problemas da realidade em que atuam.

Quando se fala em EPS, estamos falando também de uma concepção crítica da Educação, a partir da qual os alunos são entendidos como sujeitos históricos e atuantes na transformação da sociedade. A concepção crítica da Educação baseia-se no pensamento de Paulo Freire (1987) que entende a educação como libertação do sujeito e o pleno exercício de seus direitos enquanto cidadãos.

Nessa perspectiva, a problematização sustenta a prática dos docentes e convoca-os a promover processos dialógicos, favorecendo o exercício da autonomia dos alunos nos diversos contextos onde se atua. O processo de ensinar e de aprender é desenvolvido por meio da articulação entre conhecimentos teóricos e experiências/vivências do cotidiano das práticas do ACS. Essa é uma abordagem própria do currículo integrado, que tem a articulação entre a teoria e a prática como seu eixo norteador.

A organização do curso compreende dois períodos letivos, denominados concentração e dispersão. Por concentração entende-se o resgate da prática e a reflexão sobre ela e por dispersão entende-se o confronto entre os novos conhecimentos e a prática. A soma desses dois processos possibilita ao aluno ressignificar a sua prática e propor mudanças no contexto onde vive.

O atendimento aos pressupostos da EPS, inscritos no Projeto Político Pedagógico da ESP-MG, requer e envolve encontros com os docentes, com a intenção de produzir debates e construir diversas estratégias didáticas que potencializem a aprendizagem no trabalho, a partir do trabalho e para o trabalho.

Desejamos a todos um excelente curso!

Acolhimento

Olá educandos! É com muita alegria e satisfação que iniciamos, juntos, esse percurso de construção de conhecimento, de novas práticas e compartilhamento de experiências vivenciadas por cada um de vocês, em diversos espaços de cuidado à saúde.

Ao longo do curso, teremos a oportunidade de dialogar, discutir, problematizar e construir conhecimentos e saberes em torno das questões que envolvem o processo saúde-doença e cuidado.

Para iniciarmos esse processo de construção e reconstrução de saberes e práticas, de forma coletiva, é importante conhecermos um pouco mais sobre nossos colegas de curso (e de trabalho) e dialogarmos sobre as expectativas que temos em relação a esta experiência.

Momento 1 - (Re)conhecendo meus colegas e conversando sobre expectativas em relação ao curso

Quem sou? Como me tornei Agente Comunitário de Saúde? Quais são as minhas expectativas em relação a este curso? O que quero alcançar com o desenvolvimento desse percurso formativo?

Nesta primeira atividade, participe da dinâmica proposta pelo docente, que tem os seguintes objetivos:

- Promover a construção de vínculos entre os colegas e com o docente;
- Socializar as expectativas em relação ao curso;
- Fomentar o processo de desenvolvimento da autonomia no processo de construção do conhecimento.

É importante que você, juntamente com o docente e colegas, construam um painel de expectativas e de objetivos que pretendem alcançar ao longo de todo o curso. Ao final de cada Unidade de Aprendizagem, reservem um tempo para visualizarem o painel e discutam de que forma os conteúdos se relacionam com as expectativas identificadas e com os objetivos pretendidos.

Momento 2 - Conhecendo a ESP-MG e o Curso de Qualificação de Agente Comunitário de Saúde

No segundo momento de acolhimento vamos conhecer um pouco mais sobre a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e sobre a proposta do Curso de Qualificação de Agente Comunitário de Saúde.

Algumas questões importantes!

- Você já ouviu falar ou conhece pessoalmente a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)? Que instituição é essa? A que se dedica? Desde quando existe?
- Desde quando a ESP-MG oferta cursos de formação para ACS? Que tipo de cursos a escola já ofertou para o aperfeiçoamento das práticas do ACS?
- E este curso de Qualificação que estamos desenvolvendo? Como está organizado? Quais são as principais intencionalidades ou objetivos de aprendizagem? Como se dá a avaliação da aprendizagem neste curso?

Utilize este momento para discutir com o docente e colegas e esclareça todas as suas dúvidas.

Cada atividade, cada momento deste curso, foi proposto pensando no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e, portanto, esse processo educativo é permeável às contribuições de cada um. Assim, convidamos você a avaliar cada unidade de aprendizagem proposta, pois sua opinião e percepções são muito importantes para que possamos aprimorar essa ação educacional.

Agora que todos se conhecem um pouco mais e também a proposta deste curso, vamos (re)conhecer um pouco mais sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)? Afinal, você, ACS possui papel fundamental no fortalecimento deste sistema de saúde público e universal!

Desejamos a todos, um excelente curso!

Veja o que o docente preparou para você!

Unidade de
Aprendizagem **1**

**Construindo alicerces:
bases para o trabalho do ACS**

Tema 1:

***Compartilhando conhecimentos
sobre os princípios e diretrizes do SUS***

Tema 2:

Atenção Primária à Saúde e o papel do ACS



Fonte: <http://www.negociosdefamilia.com.br/2009/06/>

“Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo, nem ensino.”

Paulo Freire

**Sejam bem-vindas e bem-vindos
à nossa primeira Unidade de Aprendizagem:
Construindo alicerces: bases para o trabalho do ACS**

Objetivos desta Unidade de Aprendizagem:

- Discutir princípios e diretrizes do SUS;
- Compreender o conceito de promoção da saúde e sua importância para a garantia da integralidade do cuidado;
- Discutir sobre as formas de organização das ações e serviços de saúde que compõem o SUS e a centralidade da Atenção Básica/Primária à Saúde;
- Discutir aspectos da organização do trabalho na Atenção Básica/Primária à Saúde, bem como as diretrizes e princípios que devem orientar a prática de trabalho das equipes.

Compartilhando conhecimentos sobre os princípios e as diretrizes do SUS

Vamos começar nosso curso entendendo melhor o significado do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da leitura e discussão do texto 1.

Texto 1 - Compreendendo o SUS

Repetimos tantas vezes a palavra SUS e às vezes não paramos para pensar o que significa. Entender o significado vai nos ajudar a entender sua proposta e sua importância! Vamos conhecer o que significa cada componente da palavra SUS?

Figura 1- Marca Sistema Único de Saúde

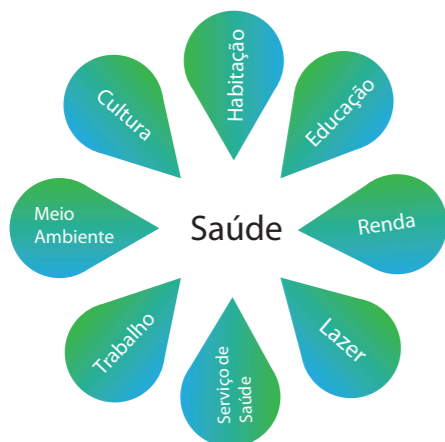


Fonte: Ministério da Saúde

Sistema – significa que o SUS é um conjunto de ações e instituições que, de forma organizada e articulada, contribuem para a produção do cuidado em saúde, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde para toda população.

Único – porque ele 'funciona' da mesma forma em todo território nacional, seguindo os mesmos princípios e diretrizes, sob a responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Vamos conhecer, mais a frente, as diretrizes e os princípios do SUS.

Figura 2 - Conceito ampliado de saúde



Fonte: Elaboração pela Assessoria de Comunicação ESP-MG

Saúde – o conceito de saúde que sustenta esse Sistema Único é ampliado. A saúde não deve ser entendida apenas como a ausência de doença, mas como resultante de um conjunto de fatores e situações: habitação, trabalho e emprego, alimentação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde e à educação.

Você Sabia?



A criação do SUS só foi possível devido a um processo intenso de redemocratização do Brasil, incluindo a Reforma Sanitária Brasileira. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o grande marco da luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social indispensável, como os demais direitos humanos e de cidadania.

A Constituição Federal de 1988, lei que criou o SUS, garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Essa garantia foi muito importante para modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Após sua criação, o SUS foi regulamentado por duas leis:

Lei n.º 8080/90

Conhecida como Lei Orgânica da Saúde, a lei 8080 foi publicada no ano de 1990 e trata da organização e do funcionamento do SUS. A partir dessa lei vamos conhecer os princípios e as diretrizes do SUS!

Lei nº 8.142/90

Trata da participação da população na gestão do SUS e do seu financiamento. A partir dessa lei vamos entender como podemos participar da gestão do SUS!

Saiba Mais:



Você pode conhecer melhor o SUS por meio das leis orgânicas 8080/90 e 8142/90, disponíveis no Caderno de Legislações do Curso.

Vamos conversar primeiro sobre os princípios e as diretrizes do SUS.

Você sabe o que são princípios?

Princípios podem ser compreendidos como um conjunto de propostas fundamentais que sustentam, fundamentam ou embasam determinadas ações, programas, Políticas, etc. Assim, o SUS possui princípios que orientam seu funcionamento e organização. Tais princípios são conhecidos como: a) **princípios doutrinários**: universalidade, integralidade e equidade; e b) **princípios organizativos**: descentralização, hierarquização e participação social.

Vejamos cada um deles!

Universalidade

Garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o acesso às ações e aos serviços de saúde é **direito** de todo e qualquer cidadão brasileiro. Antes da existência do SUS, somente os trabalhadores formais que tinham carteira de trabalho assinada e contribuía para a Previdência Social, tinham acesso aos serviços de saúde.

Integralidade

Garantia de que os serviços que compõem o SUS devem atender às necessidades de saúde da população, por meio de um conjunto de ações de prevenção de doenças, proteção e manutenção da saúde, assistência e reabilitação física e psicossocial.

A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações.

Na prática, para exercer a integralidade é fundamental reconhecer que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ser articuladas, e não oferecidas de forma fragmentada;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar um cuidado integral, em todos os níveis de atenção;
- o ser humano é um ser integral, biopsicossocial e espiritual e deverá ser atendido com essa visão totalizante, buscando compreender as necessidades do usuário, que vão muito além das doenças.

Equidade

A equidade é um princípio que leva em consideração as desigualdades e as diferenças, um princípio que reconhece a pluralidade da condição humana, com a consequente diversidade das suas necessidades. A noção de equidade se articula à noção de justiça social, uma vez que prevê uma maior distribuição de recursos e de poder, bem como o reconhecimento de necessidades diferentes das pessoas e dos grupos populacionais.

Assim, a equidade é o princípio mais difícil de garantir, pois depende do reconhecimento das necessidades de grupos populacionais específicos. E você deve estar se perguntando: como identificamos essas necessidades? Que grupos de pessoas vivem hoje em situação de **vulnerabilidade social**?

Você sabe o que é vulnerabilidade?

A vulnerabilidade considera que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento resulta não somente de aspectos individuais, mas também de aspectos coletivos e contextuais, implicados com maior suscetibilidade ao adoecimento e maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção.

É muito importante termos em mente que as pessoas, não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a algumas doenças ou agravos, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas (AYRES, 2006).

As marcas da desigualdade e das questões de renda e classe social se revelam nas questões culturais, étnicas, de gênero, entre outras. Nesse contexto, temos segmentos populacionais que apresentam trajetórias históricas de discriminação e até mesmo de exclusão. A desigualdade social faz com que determinados grupos vivam em situações de vulnerabilidade, as quais estão intrinsecamente relacionadas ao que chamamos de determinação social da saúde. Na Unidade de Aprendizagem II, vamos conhecer os determinantes sociais da saúde e discutir o processo de determinação social.

O Ministério da Saúde instituiu em 2013 políticas de promoção da equidade que visam garantir o direito à saúde de pessoas e das populações que vivem em situações de vulnerabilidade social, por meio de estratégias de enfrentamento das dificuldades de acesso apresentadas por esses grupos populacionais, determinadas, entre outras coisas, por práticas de opressões, intolerâncias e preconceitos, das quais se destacam o racismo, o machismo e a homofobia.

Diante da diversidade dos povos que vivem no Brasil, com culturas e modos bem diferentes de levar a vida, é necessário que os profissionais de saúde tenham sensibilidade para avaliar cada situação, com um olhar humanizado e livre de preconceitos e pré-julgamentos.

A partir desses conceitos iniciais, vamos discutir as duas situações vivenciadas por profissionais da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde que nos ajudam a refletir sobre os princípios do SUS.

Veja as orientações do docente e participe da atividade!

Atividade 1

Dialogando sobre os princípios do SUS no cotidiano de trabalho das equipes de Atenção Básica/Primária em Saúde

- 1- Leia as duas situações vivenciadas por profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica.
- 2- Como os princípios do SUS se expressam nessas situações? Discuta com seus colegas. Registre os pontos discutidos e apresente em plenária.
- 3- Em seguida, ainda em plenária, relate como você pode contribuir para o atendimento aos princípios do SUS em seu dia a dia de trabalho? Que fatores facilitam e/ou dificultam o atendimento aos princípios do SUS em sua área de trabalho, incluindo a comunidade e a equipe de saúde?

Situação 1:

“Saí do consultório e caminhei pelo corredor lateral até a sala de espera, para chamar a próxima paciente. Já era final de uma exaustiva manhã de atendimento no Setor de Atenção à Saúde do Adulto da unidade básica. Ao longo do percurso fiquei imaginando como estaria o humor da paciente naquele dia – o meu, àquela hora, já estava péssimo. Assim que a chamei, D. Violeta veio, uma vez mais, reclamando da longa espera, do desconforto, do atraso de vida que era esperar tanto tempo. Eu, que usualmente nesse momento, buscava compreender a situação da paciente, acolher sua impaciência e responder tranquilamente, por alguma razão nesse dia meu sentimento foi outro. Por um momento tive vontade de revidar, nesse primeiro contato, o tom rude e agressivo de que sempre era alvo. Quase no mesmo momento, senti-me surpreso e decepcionado com esse impulso, que me pareceu o contrário do que sempre acreditei ser a atitude de um verdadeiro profissional de saúde, seja lá de que profissão ou especialidade for. Diante desse sentimento resolvi mudar completamente o atendimento à D Violeta. Após entrar no consultório, me sentar e esperar que ela também se acomodasse, fechei o prontuário sobre a mesa, que pouco antes estivera consultando, e pensei: ‘Isto não vai ser muito útil. Hoje farei com D. Violeta um contato inteiramente diferente’. Sim, porque me espantava como podíamos ter repetido tantas vezes aquela mesma cena de encontro (encontro?), sem nunca conseguir dar um passo além. Inclusive do ponto de vista terapêutico, pois era sempre a mesma hipertensa descompensada, aquela

que, não importa quais drogas, dietas ou exercícios prescrevesse, surgia diante de mim a intervalos regulares. Sempre a mesma hipertensão, o mesmo risco cardiovascular, sempre o mesmo mau humor, sempre a mesma queixa sobre a falta de sentido daquela longa espera. Para espanto da minha aborrecida paciente não comecei com o tradicional ‘Como passou desde a última consulta?’. Ao invés disso, prontuário fechado, caneta de volta ao bolso, olhei bem em seus olhos e disse: ‘Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta... enfim, do que estiver com vontade de falar’. D Violeta me olhou de um modo como jamais me havia olhado. Foi vencendo aos poucos o espanto e, dentro de pouco tempo, aquela mulher já idosa, de ar cansado— que o característico humor acentuava, iluminou-se e pôs-se a me contar sua história. Falou-me de toda as dificuldades que encontrara na vida, ao lado do seu marido e o grande sonho de construir uma casa, construída com o trabalho árduo dos dois. Depois de muitos anos, a casa ficou finalmente pronta e, então, quando poderiam aproveitar juntos o sonho realizado, seu marido faleceu. A vida de D. Violeta tornara-se vazia, inútil – a casa, o esforço, tudo. Impressionado, perguntei, em tom de sugestão, se ela nunca havia pensado em escrever sua história, ainda que fosse apenas para si mesma. Ela entendeu perfeitamente a sugestão, à qual aderiu pronta e decididamente. Não me recordo mais se ela ainda voltou a reclamar alguma vez de demoras, atrasos, etc. Sei que uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato ‘encontros’, o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. Uma delicada e bem-sucedida relação de cuidado aconteceu. Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali”.

Fonte: Adaptado de AYRES, 2004.

Situação 2:

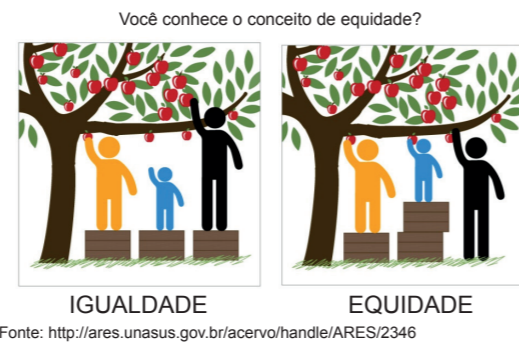
“Em uma visita de rotina para acompanhar a evolução do peso de crianças menores de dois anos, inscritas num programa de distribuição de leite, a ACS se depara em um dos domicílios, com um homem dormindo em uma velha poltrona e uma criança com marcas de fivela de cinto nos braços. Imediatamente, a agente redireciona sua atenção e também sua visita de rotina e, conversando em voz baixa para não acordar o homem, estabelece uma conversa com a mãe das crianças e a orienta em relação às providências que deveriam ser tomadas para proteger a mãe e a criança da violência do marido e pai”.

Fonte: Adaptado de: MATTOS, 2004.

Para refletir e discutir!

Tradicionalmente trabalhamos com o conceito de igualdade, o que significa a garantia de direito de todos à saúde de forma igual. Entretanto, essa ideia oculta um problema: Como garantir o direito de todos à saúde de forma igual, se o indivíduo ou determinados grupos populacionais possuem formas diferentes de viver e adoecer e portanto, necessidades sociais e de saúde diferentes?

Figura 3 : Diferenças entre os conceitos de igualdade e equidade



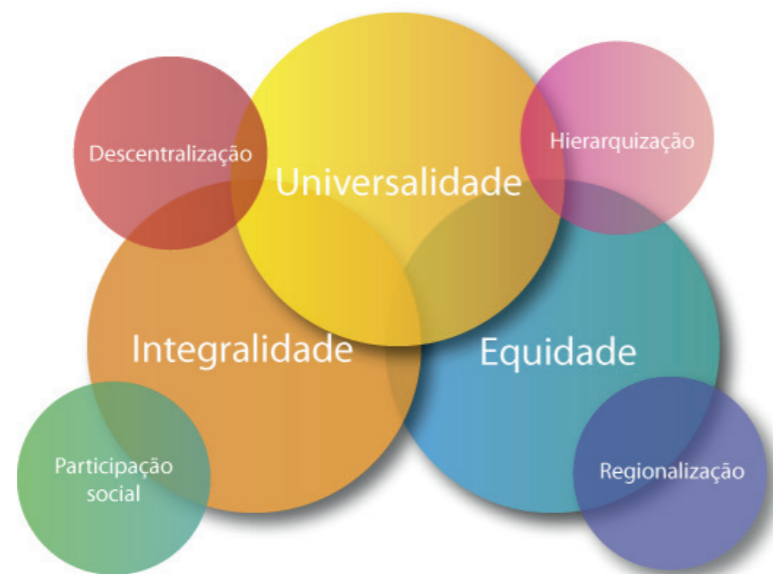
Agora que dialogamos sobre os princípios do SUS, vamos conhecer as suas diretrizes.

Você sabe o que são diretrizes?

São orientações, caminhos a serem seguidos.

No âmbito do SUS, as diretrizes também são denominadas de princípios organizativos. São eles: descentralização, regionalização/hierarquização e participação da comunidade.

Figura 4: Princípios e diretrizes do SUS



Fonte: Elaborado pela Assessoria de Comunicação/ESP-MG

Descentralização

Essa diretriz deve ser entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto à gestão e execução das ações e aos serviços de saúde entre os três níveis de governo:

Federal - representado pelo Ministério da Saúde;

Estadual - representado pelas Secretarias de Estado de Saúde;

Municipal - representado pelas Secretarias Municipais de Saúde.

A descentralização se apoia na ideia de cooperação entre esses três níveis de governo, reconhecendo que a divisão de responsabilidades contribui para que os serviços sejam ofertados com mais qualidade e eficiência. Esta diretriz dá destaque para o papel do município, já que este está mais próximo da população, o que permite ao sistema de saúde identificar as particularidades e as diversidades locais e adaptar as estratégias para a superação dos problemas de saúde de sua população. Além disso, a descentralização se apoia na noção de que oferece maior oportunidade para ampliação da fiscalização e do controle dos serviços prestados por parte da sociedade.

Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

Regionalização/hierarquização

Essa diretriz orienta como os serviços de saúde devem ser organizados para que o sistema seja capaz de oferecer uma atenção integral.

A partir da hierarquização, os serviços de saúde são organizados em níveis de complexidade crescente e a regionalização dispõe esses serviços numa área geográfica delimitada, definindo a população a ser atendida.

A regionalização é importante, pois, possibilita a garantia de acesso da população a ações e serviços que não estão disponíveis a nível local/municipal. Assim, essa diretriz está relacionada também à garantia do princípio da integralidade da atenção. Conforme veremos mais adiante, a integralidade da atenção à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde.

Os serviços organizados de forma hierarquizada e regionalizada permitem um maior conhecimento dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância em saúde, educação em saúde, além de ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Participação Social

Todas essas diretrizes apresentadas são muito importantes para a organização e implementação das ações e serviços do SUS. No entanto, pode-se dizer que a participação social ocupa um lugar de destaque. Uma das atribuições das equipes que compõem

Figura 5: Regionalização no SUS



Fonte: <http://www.redehumanizasus.net/92463-o-desafio-da-regionalizacao-no-sus>

a Atenção Básica é estimular a participação dos usuários na produção do cuidado à sua saúde; no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde e na organização e orientação dos serviços de saúde. Muitas vezes, desenvolvemos no dia a dia de trabalho iniciativas voltadas para a participação do usuário em sua saúde, mas pouco fazemos para o fomento de sua participação em espaços de discussão dos problemas de saúde que afetam a comunidade, por exemplo. Assim, é importante conhecermos as formas de participação social garantidas pela Constituição Federal.

A participação social é a garantia de participação da população no processo de formulação das políticas de saúde e controle da sua execução, em todos os níveis, do federal ao municipal. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece duas formas de participação da comunidade: os **Conselhos de Saúde** e as **Conferências de Saúde**.

Os **Conselhos de Saúde** funcionam permanentemente e devem trabalhar na direção de fiscalizar as políticas de saúde em andamento, ao mesmo tempo em que devem discutir as políticas que serão implementadas, opinar sobre as prioridades e decidir o que for melhor para uma determinada população na sua área de abrangência e atuação. Isso quer dizer que o Conselho tem um caráter deliberativo (de decisão).

Os conselhos devem avaliar a organização e o funcionamento do SUS e, além disso, devem examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do conselho, nas suas respectivas instâncias.

O conselho de saúde é órgão colegiado composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade

Representantes dos gestores

do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde Estadual e da Secretaria Municipal de Saúde;

Representantes dos prestadores de serviço

instituições conveniadas ao SUS ou filantrópicas;

Representantes dos trabalhadores de saúde

sindicatos e conselhos profissionais da área de saúde;

Representantes dos usuários de saúde

associações de moradores, associações de trabalhadores, sindicatos, associações de pessoas com patologias, entidades e movimentos sociais que tem atuação na área da saúde, etc. O usuário é aquele que não está comprometido de forma direta ou indireta com os demais grupos (gestores, prestadores).

Fonte: DINIZ, 2017.

As **Conferências de Saúde** constituem espaços utilizados para avaliar a política de saúde e o funcionamento do SUS em determinada localidade (estado ou município) e propor diretrizes e políticas na área de saúde.

Objetivos das Conferências de Saúde:

- avaliar a situação de saúde na União, no Estado ou no Município;
- formular as diretrizes para as políticas de saúde na localidade;
- subsidiar a elaboração do Plano Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde devem acontecer a cada 4 anos. Já as Conferências estaduais e Municipais podem ser realizadas a cada 2 anos.

A Conferência Municipal de Saúde deve ter sua organização e suas normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (Lei nº 8142/90) e contar com 50% da participação das usuárias e dos usuários, 25% de representantes do governo, e 25% das trabalhadoras e dos trabalhadores de saúde e prestadores de serviços.

É importante que todo o processo de organização e realização das conferências seja o mais transparente possível, possibilitando assim a participação de toda a sociedade.

Importante!

Os Conselhos e as Conferências de Saúde são mecanismos de controle social, entendido como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública. Ou seja, é a sociedade controlando as ações do Estado.

Atividade 2

Discutindo a participação social na UBS em que atua

Discuta com o docente e colegas as seguintes questões:

- 1 - O Conselho Local de Saúde da UBS em que você atua tem conseguido promover discussões sobre os problemas de saúde da comunidade?
- 2 - Se você tivesse que levar problema(s) ou questões que envolvem a promoção da saúde para ser(em) discutido(s) no Conselho Local de Saúde da sua comunidade, qual(ais) você levaria para a discussão? Por quê?
- 3 - Como você, ACS, pode contribuir para fortalecer a atuação da comunidade no enfrentamento de problemas de saúde e no desenvolvimento de ações capazes de atender as necessidades da população?

Como vimos, o SUS está amparado por um conceito ampliado de saúde. Você lembra o que isso quer dizer?

O conceito ampliado de saúde convoca e provoca uma mudança substancial nas práticas de saúde desenvolvidas nos serviços, de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, que atenda às necessidades ampliadas de saúde da população.

Em nosso país, a promoção da saúde tem se apresentado como um eixo importante para essa mudança de modelo de atenção à saúde e de práticas de cuidado à saúde. Mas o que é promoção da saúde? Como você, ACS pode contribuir para desenvolver ações de promoção da saúde?

Atividade 3

Refletindo sobre Promoção da Saúde

Você já parou para pensar em "Promoção da saúde"? Reflita e registre seus conhecimentos sobre as seguintes questões:

1. O que significa Promoção da Saúde?
2. Quais são os meios de se fazer promoção em saúde?
3. Qual a importância da promoção da saúde para a população local?
4. Como você e sua equipe têm desenvolvido ações de promoção da saúde na UBS em que atuam?
5. Quais são os maiores desafios encontrados ao desenvolver estas ações?

Texto 2 - Promoção da saúde

A palavra "promover" tem o significado de dar impulso, originar, gerar.

Promover saúde significa gerar saúde, favorecer seu desenvolvimento. E para gerar saúde é necessário atuar de forma abrangente, melhorando e transformando as condições de vida e trabalho e não apenas atuar em uma determinada doença.

O conceito de **promoção da saúde** é então associado a um conjunto de valores, como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Traz a combinação entre ações do Estado, comunidade, indivíduos, sistema de saúde e parcerias intersetoriais, o que caracteriza a responsabilização múltipla, em relação aos problemas e às soluções.

A **promoção da saúde** visa assegurar a igualdade de oportunidades e permitir que indivíduos e comunidades conheçam e atuem em favor de sua saúde. Assim, as ações de promoção da saúde devem buscar intervir nas situações que determinam as condições de saúde.

Você já deve ter ouvido falar sobre o empoderamento comunitário e sobre o desenvolvimento de ações intersetoriais. Esses dois conceitos são fundamentais para a compreensão da promoção da saúde e principalmente, para orientar as práticas de promoção, desenvolvidas no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família/atenção primária em saúde.

O empoderamento comunitário diz respeito ao desenvolvimento de um protagonismo da comunidade na luta pelos seus direitos; nos processos de tomada de decisões que envolvem a comunidade; no desenvolvimento de estratégias para alcançar melhores condições de

saúde. Quando falamos no empoderamento comunitário, em síntese, estamos falando de diferentes formas e estratégias de organização das comunidades para compreender, resolver problemas sociais e melhorar suas condições de vida e saúde.

Trabalhar de forma intersetorial pressupõe desenvolver ações articuladas de saberes e experiências diversas que busquem a promoção de impactos positivos nas condições de vida dos indivíduos e das comunidades. Os espaços promotores de intersetorialidade devem ser locais de construção de novas linguagens, saberes e conceitos, capazes de provocar profundas e benéficas mudanças na sociedade.

A **intersetorialidade**, como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentação e outros.

Vamos ver um exemplo de ação intersetorial entre o Setor Saúde e Educação?

A Escola como espaço de promoção da alimentação saudável

Considerando a importância da escola como espaço de produção de saúde, autoestima, comportamentos e habilidades para a vida de seus alunos, funcionários e comunidade, ou seja, como sendo o espaço propício à formação de hábitos alimentares saudáveis e à construção da cidadania, o Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação instituíram diretrizes para a promoção da Alimentação Saudável nas escolas de Educação Infantil, Fundamental e nível Médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.

Estas diretrizes apontam para a necessidade de ações intersetoriais fundamentadas a partir da articulação entre as políticas de educação e saúde, envolvendo ainda a participação da sociedade civil.

Com o propósito de favorecer a adesão da comunidade escolar e facilitar a implementação de ações de promoção da alimentação saudável, o Ministério da Saúde elaborou os “Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas escolas” consistindo em um conjunto de estratégias a serem trabalhadas de maneira complementar e permitindo a formulação de ações ou atividades de acordo com a realidade de cada local.

Você Sabia?

O Ministério da Saúde publicou em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o objetivo de promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Em 2014, essa Política foi atualizada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Você sabia que a PNPS apresenta algumas áreas de atuação prioritárias, as quais também devem ser trabalhadas na Atenção Primária? Veja algumas dessas áreas:

- alimentação adequada e saudável;
- práticas corporais e atividades físicas;
- enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados;
- enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- promoção da mobilidade segura;
- promoção da cultura da paz e de direitos humanos, que compreende promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos;
- promoção do desenvolvimento sustentável, que compreende promover, mobilizar e articular ações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários, como cidades, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros, permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde em articulação com os demais temas prioritários.

Atividade 4

Dialogando sobre a promoção da saúde

Leia, registre e discuta com o docente e os colegas sobre o desenvolvimento de ações de promoção da saúde voltadas para as áreas prioritárias definidas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, a partir das seguintes questões:

- 1- Em quais dessas áreas você atua?
- 2- Como essas ações são desenvolvidas?
- 3- O desenvolvimento dessas ações está em sintonia com os princípios e conceitos básicos do campo da promoção da saúde?

Agora que já compreendemos um pouco mais sobre os principais conceitos que embasam o SUS, seus princípios e diretrizes, vamos conversar sobre a organização das ações e dos serviços que compõem esse sistema? Leia o texto 3 e discuta com seus colegas a quarta atividade “Conversando sobre a organização do cuidado em rede”.

Texto 3 - Organização das ações e serviços de saúde do SUS: o desafio das redes de atenção

As ações e serviços de saúde que compõem o SUS devem ser organizadas em Redes de Atenção à Saúde, com o intuito de promover uma atenção à saúde que seja integrada, contínua, de qualidade, responsável e humanizada.

Saiba Mais:

Aprofunde seus conhecimentos sobre a Portaria n 4.279/2010 que estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde.

Mas o que significa Redes de Atenção à Saúde?

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Neste contexto, **Atenção Primária à Saúde (APS)** é fundamental na organização do cuidado em rede de atenção, tendo como funções:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir **projetos terapêuticos singulares**, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS; atuar como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer um desses pontos, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado.

Um pouco mais sobre os projetos terapêuticos singulares (PTS):

São um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, voltadas para o indivíduo ou coletivo, a partir da discussão coletiva de profissionais com diferentes formações. Assim, o projeto terapêutico envolve uma avaliação compartilhada entre os membros de equipe multiprofissional sobre as condições do usuário e a definição de procedimentos e ações a serem realizados por cada um dos profissionais.

O projeto busca a singularidade – a diferença – como elemento central de articulação. O que é muito importante porque geralmente os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, dentre outros.

A elaboração de PTS tem sido uma prática mais comum nos serviços organizados sob a lógica de Apoio Matricial.

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades dessa população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Atenção!

Neste material optamos pela utilização da expressão Atenção Primária à Saúde, sendo esta adotada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Destaca-se que para o Ministério da Saúde, as expressões Atenção Básica e Atenção Primária são equivalentes.

Essas cinco funções da APS demonstram sua importância na constituição de Redes de Atenção à Saúde. As equipes que trabalham nos serviços de APS devem desempenhar ações de cuidado à saúde e também fazer a articulação entre os demais pontos de atenção, como os serviços ambulatoriais e hospitalares, de modo a garantir a integralidade e a continuidade da atenção à saúde dos usuários. É também papel da APS acompanhar o usuário ao longo de sua vida, mesmo quando este está sendo atendido em outros serviços da rede. Vamos conversar um pouco mais sobre esse cuidado em rede, a partir de sua experiência prática, no cotidiano de trabalho? Veja a atividade que preparamos para você.

Atividade 5**Conversando sobre a organização do cuidado em rede**

Como vimos, a APS possui um papel importante na Rede de Atenção à Saúde do SUS, sendo considerada a coordenadora do cuidado em saúde. A coordenação do cuidado é um grande desafio e implica a capacidade de garantir a continuidade do cuidado no interior da rede de serviços e também o acompanhamento do usuário, mesmo quando ele está sendo atendido por outros serviços. Para isso, compartilhar informações sobre a situação de saúde dos usuários entre profissionais de diferentes serviços é fundamental. O sistema de referência e contra referência é uma forma mais tradicional de compartilhar essas informações.

Pensando na continuidade do cuidado e no papel da APS na coordenação do cuidado na rede, como você avalia o cumprimento destes atributos pela sua UBS? Você acompanha o usuário quando ele está sendo atendido em outros serviços de saúde? Como os profissionais de saúde de sua UBS compartilham informações sobre o usuário com outros profissionais também responsáveis pelo cuidado do usuário?

Registre suas impressões e entregue ao docente.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J.R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** Saúde e Sociedade, v.13, n.3, p.16-29, 2004.
- BRASIL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenação de Recursos Humanos. Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde. **Habilitação Profissional de Técnico Agente Comunitário de Saúde. Módulo I - As práticas da saúde e o SUS construindo alicerces para transformar.** Brasília: 2007.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional para profissionais de saúde-promoção da alimentação saudável nas escolas.** Brasília, 2008.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Gabinete do Ministro. Brasília, 2014.
- _____. TMINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, 30 de março de 2006. Brasília, 2015.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal do Departamento de Atenção Básica. **As Redes de Atenção à Saúde.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 08 de jul. 2017.
- BUSS, P. M. *et al.* **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde.** In: CZERINA, D ; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38.
- DINIZ, B. F. **Participação, Democracia e Controle Social no SUS.** In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Guia curricular Curso de Qualificação para Conselheiras e Conselheiros Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2017. p. 52-55.
- DINIZ, B. F. **Os Conselhos de Saúde e Órgãos de Controle.** In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Guia curricular Curso de Qualificação para Conselheiras e Conselheiros Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2017. p.75-81.
- FREITAS, C.M. **A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde.** In: CZERINA, D; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da Saúde- conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.141-159.
- MATTOS, Ruben Araújo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Revista 1411. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.
- PINTO, B.K; SOARES, D.C; CECAGNO, D; MUNIZ, R.M. **Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção.** REME Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte 16(4):487-493, Out/Dez, 2012.

Atenção Primária à Saúde e o papel do ACS

Figura 6 - Unidade Básica de Saúde



Ilustração: Matheus Mello, ASCOM/ESP-MG

Como vimos no texto anterior, a Atenção Primária à Saúde - APS é fundamental para a garantia da integralidade do cuidado em saúde e deve ser o contato preferencial dos usuários com o SUS e a principal porta de entrada. Além disso, a APS integra a Rede de Atenção à Saúde e deve ser responsável por articular com todos os outros pontos da rede.

Mas, porque a APS é tão importante para cuidar da saúde das pessoas? Que características os serviços da APS possuem que são fundamentais para garantir um cuidado integral?

A **Atenção Primária à Saúde** caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, que englobam:

- promoção e proteção da saúde;
- prevenção de agravos;
- diagnóstico;
- tratamento;
- reabilitação;
- redução de danos; e
- manutenção da saúde.

Todas essas ações devem ser voltadas para o cuidado à saúde e melhoria da qualidade de vida das populações que vivem nos territórios de atuação das equipes de saúde das unidades de Atenção Primária. Por isso, as equipes trabalham com territórios adscritos, o que significa dizer que possuem a responsabilidade sanitária sobre aquele território delimitado.

O trabalho dos profissionais que atuam na APS deve ser orientado por princípios e diretrizes, tais como: **universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade, participação social.**

Alguns desses princípios e diretrizes nós já vimos e são fundamentos básicos do SUS: a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação comunitária ou social. Agora vamos conversar um pouco mais sobre outros princípios que também devem orientar as práticas das equipes e foram definidos pela Política Nacional e Estadual de Atenção Básica/Primária à Saúde.

Atividade 6

Elaborando conceitos sobre os princípios da APS

1 – Em grupo, discuta com seus colegas sobre os princípios da APS, e a partir dos conhecimentos, vivências e reflexões, elabore um conceito para os princípios pelo qual seu grupo ficou responsável.

2 - Registre em papel Kraft para apresentação e discussão em plenária.

3- Após as apresentações, leia o texto 4, e, em seguida, volte aos conceitos elaborados na questão 1 para debater com o docente e colegas as seguintes questões:

- Você conhecia os princípios orientadores das práticas de trabalho da APS?
- Em que medida a compreensão da turma se aproximou ou distanciou das definições apresentadas no texto?
- Entre todos os princípios discutidos, quais você considera mais difíceis de serem colocados em prática pelas equipes de saúde da qual faz parte? Por que?

Texto 4: Princípios orientadores das práticas na APS

Acessibilidade

Este princípio refere-se à facilidade e à conveniência de as pessoas utilizarem os serviços de saúde quando precisam. Envolve questões financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, que facilitam ou dificultam a utilização das ações e serviços de saúde oferecidos pela APS.

Você deve estar pensando em diversas situações que podem dificultar o acesso do usuário às ações e serviços de saúde. Podemos citar alguns exemplos, tais como: necessidade de realizar grandes deslocamentos do local de moradia até a unidade de saúde; demanda por atendimento domiciliar em caso de usuários acamados ou com dificuldades de locomoção e a equipe não dispõe de tempo na agenda para realizar as visitas necessárias ao acompanhamento e atendimento das necessidades desse usuário; falta de oferta de serviços capazes de atender às reais necessidades de saúde da população; não atendimento de pessoas que trabalham no território de atuação das equipes.

Muitas vezes, as equipes são orientadas a atender os usuários que vivem nos territórios, excluindo os trabalhadores daquela área. Essa orientação pode ser compreendida como uma barreira de acesso do usuário trabalhador à unidade básica de saúde.

Os serviços de saúde da APS devem atender às demandas e necessidades de saúde das pessoas e ainda assegurar o acesso a outros níveis de atenção.

Vínculo

O vínculo está relacionado à construção de relações de confiança e respeito que se estabelece entre o profissional de saúde e o usuário/família, possibilitando o processo de corresponsabilização pela saúde e cuidado. A escuta e o acolhimento dos usuários pelos profissionais de saúde possuem um potencial terapêutico e facilitam a continuidade do cuidado. Para o estabelecimento do vínculo é importante que os profissionais reconheçam a realidade de cada pessoa e sua família, levando em conta o contexto de vida, as dificuldades e as potencialidades que devem ser considerados na elaboração de estratégias de cuidado.

Continuidade do cuidado

Este princípio está relacionado ao acompanhamento do usuário ao longo do tempo e de modo permanente. O cuidado continuado requer e possibilita às equipes de saúde conhecer o histórico familiar e social dos usuários, suas queixas e questões de saúde. Em caso de encaminhamento para especialistas ou realização de procedimentos em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, a

equipe da APS deve realizar essa articulação com o nível de complexidade requerido para resolver os problemas de saúde do usuário. Essa característica também é chamada de longitudinalidade.

Responsabilização

Refere-se à responsabilidade das equipes da APS pelo cuidado à saúde do conjunto de pessoas que vivem em seu território. Os profissionais de saúde devem conhecer os condicionantes de saúde, bem como identificar risco e vulnerabilidade de grupos, famílias e pessoas, desenvolvendo projetos singulares de intervenção. Além do estabelecimento de fluxos, mecanismos de transferência e encaminhamento responsável dos usuários que necessitem de outros recursos assistenciais, de forma a garantir o acesso, em tempo oportuno, ao tipo de tecnologia necessária.

Humanização

A humanização é essencial para o cuidado em saúde, e busca o desenvolvimento de novas relações entre trabalhadores da saúde, usuários, gestores e comunidade para um cuidado integral e de qualidade. Assim, a humanização supõe troca de saberes, diálogo entre os profissionais e novos modos de trabalhar em equipe. Não se trata apenas de um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas sim, a produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas capazes de promover mudanças nos diversos encontros. Significa investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.

Coordenação do cuidado

Para que a atenção integral à saúde seja garantida, os serviços de atenção primária devem assumir a responsabilidade pela coordenação das diversas ações necessárias para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir a continuidade do cuidado.

A coordenação do cuidado pela APS implica ainda, o encaminhamento responsável e o acompanhamento do usuário quando este necessita de serviços especializados ou atendimentos em outros níveis de atenção (secundário, terciário), com a oferta de tecnologias compatíveis a cada nível de atenção. Refere-se a continuidade e a integração no cuidado do usuário, independentemente do nível de atenção onde o cuidado foi ofertado. É importante destacar que para existir a coordenação deve ocorrer a transferência de informações sobre os problemas de saúde dos usuários, bem como a atenção recebida em outros serviços de saúde da rede de atenção, de modo a assegurar a continuidade do cuidado.

Atenção centrada na pessoa e na família

A atenção centrada na pessoa e na família significa estar atento às singularidades e necessidades de saúde do indivíduo, e contribuir para a ampliação da sua autonomia para que

possam participar efetivamente da tomada de decisão sobre a atenção à saúde em todos os níveis. Para tanto, considera-se as escolhas das pessoas e das famílias, incorporando os seus conhecimentos, valores, crenças e características culturais nos planos de cuidados. A atenção centrada na família considera o indivíduo e a família como um sistema, incluindo a família em três dimensões: como foco para a melhor compreensão da situação de saúde, como parte dos recursos que os indivíduos dispõem para a manutenção e/ou recuperação da saúde e como unidade de cuidado para cada indivíduo-membro.

Trabalho em equipe

O trabalho em equipe é inerente ao trabalho da APS. É considerado de grande importância, na medida em que valoriza os diversos saberes e campos de atuação, com enfoque interdisciplinar e oferta de cuidado compartilhado entre os diferentes membros da equipe multiprofissional, visando o cuidado integral e resolutivo, com articulação técnica e clínica.

Resolutividade

Refere-se a solução da grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de reduzir danos e sofrimentos e oferecer resposta às necessidades e problemas identificados, encaminhando para outro nível de atenção somente as condições que ultrapassem a competência técnica e as possibilidades tecnológicas disponíveis na Atenção Primária à Saúde, evitando retornos e deslocamentos desnecessários dos indivíduos.

Segurança assistencial e qualidade do cuidado

Referem-se à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado de saúde. A segurança assistencial é uma das dimensões da qualidade do cuidado, à qual está diretamente envolvida com o cumprimento das necessidades e expectativas dos usuários dos serviços de saúde, considerando a efetividade, a continuidade e o acesso aos serviços de saúde.

Como podemos observar, a concepção da Atenção Primária à Saúde desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS e ainda incorporou novos princípios, os quais buscam um cuidado humanizado, integral e que responda às necessidades de saúde da população. Esse cuidado deve ser oferecido o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham.

Outra característica importante da Atenção Primária à Saúde é seu desenvolvimento por meio do trabalho em equipe. Equipes de saúde são responsáveis por uma determinada população de territórios previamente definidos. Como você já conhece, existem várias formas de organizar o trabalho em equipe na APS, sendo a mais comum, a estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Outras equipes muito importantes para o cuidado em saúde da população e que vem sendo ampliadas cada vez mais são: as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); as equipes de Consultório na Rua; entre outras.

Atividade 7

Vivenciando o trabalho em equipe no contexto de trabalho do ACS – 1ª parte

1 – A partir das situações descritas a seguir, desenvolva com seus colegas uma pequena dramatização abordando as situações e propondo um desfecho, que pode ser positivo ou negativo.

2 – Contexto e Situações para encenação:

A realidade das situações de vida, saúde e de adoecimento dos indivíduos e coletivos apresenta-se, muitas vezes, de forma complexa e multidimensional, exigindo a atuação integrada entre diferentes profissionais. Muitas das demandas dos indivíduos e famílias requerem um trabalho em equipe, seja entre profissionais que atuam na própria APS, seja entre os profissionais da APS e outros setores ou serviços.

Situação 1 – Aumento do número de casos de IST's na população

Na reunião de equipe vermelha, discutiu-se sobre o aumento significativo de Infecção Sexualmente Transmissíveis – IST's -, especialmente de sífilis entre a população atendida.

Situação 2 - Leptospirose

Na reunião da equipe verde, discutiu-se sobre o grande número de casos diagnosticados com Leptospirose entre os moradores da Vila Riacho. As últimas chuvas inundaram um terreno baldio que é utilizado pelos moradores como lixão. Essa água suja escorre pela principal rua da vila e tem atraído um grande número de ratos e outros animais.

Situação 3 – Saúde Mental

O ACS Bruno trouxe a situação de Alex para discutir com a equipe da qual faz parte. Ele relatou que a mãe de Alex, que tem 20 anos, disse que ele tem apresentado um comportamento diferente: ele está com dificuldades de sair de casa, andar de ônibus e não quer nem passar perto da igreja que sempre gostou de frequentar – ele disse que sente falta de ar e até desmaiou porque tinha muita gente.

Situação 4 - Visita ao recém-nascido

A ACS Joana e a enfermeira Ana foram até a casa de Mariana para realizar a visita ao seu bebê que havia nascido a 3 dias. Elas fizeram o cadastro do bebê e realizaram algumas orientações. Entretanto, observaram que o bebê estava com a pele um pouco amarelada.

Situação 5 – Cuidado à pessoa idosa

O médico João da equipe amarela relatou durante uma reunião de equipe que, na última consulta, o Sr. Joaquim estava abatido, magro e com marcas roxas nos braços. Perguntado sobre o que havia acontecido, ele disse que a filha do interior estava morando na casa dele e ficou calado.

Texto 6 - A Estratégia Saúde da Família

Uma das primeiras estratégias de organização da atenção à saúde com ênfase na APS foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde, em 1991.

Inicialmente, o PACS foi implementado para contribuir na redução da mortalidade infantil e materna, por meio do aumento de cobertura das ações de saúde para áreas mais pobres, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. As práticas de saúde deixaram de ser centradas apenas na intervenção médica e passaram a contar com a participação da comunidade.

Ao percorrer as casas para cadastrar as famílias e identificar os seus principais problemas de saúde, o trabalho dos primeiros ACS 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 ocorrência de diarreia acontecia por conta da água do poço que estava contaminada; em outra, era por causa 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, por meio das visitas domiciliares, fatores de risco e situações de vulnerabilidade eram identificados e discutidos com os outros profissionais.

O PACS foi instituído como uma estratégia de transição para outra mais abrangente, o Programa Saúde da Família (PSF), concebido em 1994, e posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Hoje, o PACS é denominado de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e configura-se como uma possibilidade para a reorganização inicial da APS com vistas à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização desse nível de complexidade. Para compor a EACS é necessário a existência de um enfermeiro para no mínimo 04 (quatro) e até 12 (doze) ACS e cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais por todos os profissionais.

A ESF é considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. A partir do acompanhamento de um número definido de famílias,



Figura 6 - Equipe de Saúde da Família
Fonte: http://189.28.128.100/dabi/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf

localizadas em uma área geográfica delimitada, são desenvolvidas ações de prevenção de doenças e agravos mais frequentes e de promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Assim, para responder às necessidades de saúde diversificadas e complexas da população, a ESF preconiza que a atenção à saúde seja desenvolvida por meio de um trabalho cooperativo e compartilhado nas UBS, através de equipes multiprofissionais (equipe de Saúde da Família – eSF) compostas por no mínimo:

- Agentes comunitários de saúde (ACS);
- Médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; e
- Auxiliar ou técnico de enfermagem.

Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal:

- Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família;
- Auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Orienta-se que quanto maior o grau de vulnerabilidade das famílias do território, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

A carga horária é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde cadastrados na Estratégia Saúde da Família, exceto o profissional médico que poderá atuar em, no máximo duas (02) equipes, pois poderá ser contratado por 20 ou, até, 30 horas semanais.

Importante!

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (PNAB, 2012).

E na sua equipe? Como é a composição?

De que forma uma equipe composta por profissionais de diferentes formações contribuem para o cuidado em saúde?

As eSF devem estabelecer vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar a atuação e a resolubilidade da atenção.

Além disso, as eSF têm como estratégia de trabalho:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta;
- prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário.

A Política de Atenção Básica proposta pelo Ministério da Saúde define como atribuições comuns a todos os profissionais que trabalham na APS/AB:

Quadro 1: Atribuições comuns a todos os profissionais, segundo a PNAB

- I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III - Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;

X - Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;

XIII - Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe;

XV - Participar das atividades de educação permanente;

XVI - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Fonte: BRASIL, 2011.

Além das atribuições comuns que devem ser desenvolvidas pelas equipes, a Política define as atribuições específicas de cada um dos profissionais.

Você já leu as atribuições definidas para o ACS, na Política? Veja o quadro 2 !

Quadro 2: Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde

I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VI - 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;

VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, enfrentamento da dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Fonte: BRASIL, 2011.

Importante!

A Política Nacional de Atenção Básica está em processo de revisão. As discussões apontam mudanças em relação à ampliação de outras formas de organização de equipes na APS e também na atuação dos agentes comunitários de saúde e de endemias. Assim, a Portaria prevê novas atribuições para os ACS. Fique atento e procure participar dessas discussões em sua região!

Atividade 7

Vivenciando o trabalho em equipe no contexto de trabalho do ACS – 2ª parte

Agora que você já conhece as atribuições do ACS na Política Nacional de Atenção Básica, discuta com seus colegas:

1- Você e seu grupo conseguem identificar as atribuições do ACS e dos outros profissionais nas situações vivenciadas no teatro?

2- Ao ler as atribuições específicas do ACS apresentadas no quadro 1, verifique quais dessas atribuições você reconhece em seu dia a dia de trabalho. Há alguma atribuição apontada que você não realiza? Por que? Você consegue identificar atribuições que desenvolve, mas não estão descritas no quadro 1? Discuta com o docente e colegas.

Saiba Mais:

Aprofunde seus conhecimentos sobre a Resolução nº 5270, de 13 de abril de 2016, que dispõe sobre Política Estadual de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais, PEAPS/MG.

Em 2008, para apoiar a atuação das equipes de Saúde da Família e ampliar a resolubilidade das ações, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Os NASFs podem ser compostos por: Médico Acupunturista; Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

No entanto, a composição de cada uma das equipes do NASF é definida pelos gestores municipais e também pelas equipes de Saúde da Família, devendo considerar as necessidades do território e das equipes de saúde que serão apoiadas.

A atuação do NASF é orientada pelo apoio matricial. Isso significa que a estratégia de organização do trabalho em saúde acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família envolvidas na atenção às situações/problemas comuns do território com equipes ou profissionais de outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes da atenção básica/primária em saúde.

Saiba Mais:

Para conhecer mais sobre o NASF, acesse o material "Cadernos de Atenção Básica nº 39 Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Produzido pelo Ministério da Saúde e disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>

Com o crescimento da população em situação de rua, em especial nos meios urbanos, foram instituídas as equipes de Consultório na Rua (eCR).

As equipes de Consultório na Rua integram a atenção primária e devem ser compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, educador físico e profissional com formação em arte.

Na ausência da eCR, a atenção à população em situação de rua deverá ser prestada pela equipe de Atenção Primária à Saúde do território onde essas pessoas estão concentradas e/ou onde estas pessoas se encontram.

Saiba Mais:

Para conhecer mais sobre as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, leia a Portaria nº 122/2011, disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>.

Atividade 8

Dialogando sobre a importância da APS no cuidado à saúde da população

A partir das informações contidas nos textos e dos conhecimentos produzidos ao longo das discussões com o docente e colegas, responda as questões e compartilhe com a turma.

Como você avalia os serviços ofertados pela sua UBS em relação aos princípios da APS? Pense em pontos positivos e negativos, mas também em propostas para melhoria do que você considera negativo.

Como se dá a articulação entre o trabalho de sua eSF e os demais serviços, como o NASF e as equipes de Consultório de Rua? Como os usuários são encaminhados e acompanhados pela sua equipe?

Em que os serviços da APS se diferenciam dos serviços e ações ofertados pelos hospitais ou pronto atendimento?

Unidade de Aprendizagem 2

**Lugares e cotidianos
O território como espaço de
(convivência, de construção de relações
e práticas sociais e de saúde)**

Tema 1:

O Território e o processo saúde-doença

Tema 2:

Vigilância em Saúde na Atenção Primária



Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar.
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz), 2004.

“Olhar o território e buscar entendê-lo é mais do que dominar um conjunto de técnicas; é assumir uma forma de raciocínio, adotar uma lógica diferente para a compreensão do processo saúde-doença”.

Sejam bem-vindas e bem-vindos à Unidade de Aprendizagem II: Lugares e cotidianos: O território como espaço de (con)vivência, de construção de relações e práticas sociais e de saúde

Os objetivos da Unidade de Aprendizagem são:

- Discutir o conceito ampliado de território;
- Discutir e compreender a relação entre território e saúde;
- Compreender o conceito de determinantes sociais em saúde;
- Compreender e discutir o conceito de vigilância em saúde;
- Compreender a relação entre território e vigilância em saúde.

O Território e o processo saúde-doença

Neste tema, conversaremos um pouco mais sobre duas questões essenciais no processo de trabalho do ACS: o território e o processo saúde-doença.

O SUS utiliza uma variedade de nomes e divisões territoriais para organizar suas ações e o funcionamento dos seus serviços: o município, o distrito sanitário, a microárea, a área de abrangência das unidades de saúde, entre outras. Mas, o conceito de território inclui muito mais do que apenas a delimitação de áreas e o recorte político operacional do sistema de saúde.

O conceito de território originou-se na geografia, com o objetivo de estudar e compreender as formas de viver no planeta, a partir dos modos de vidas das pessoas e das relações que estabelecem entre si.

Partindo dessa ideia, conseguimos perceber que o território é complexo, pois é formado por múltiplas características que fazem com que as pessoas consigam estabelecer sua vida no local, tais como as ruas, casas, rios, montanhas, árvores, praias, planícies, edifícios, comércios, fábricas, estradas, cultivos, hidrelétricas, cidades e outros.

O território possui diferentes dimensões, ou formas de uso, e cada um, seja uma pessoa ou uma instituição, possui interesses próprios no território: morar, comercializar, produzir coisas, prestar serviços de educação, saúde, etc. As diversas formas de viver e produzir apresentam objetivos diferentes em relação ao uso do território e essa análise é importante para compreendermos as relações de poder que se estabelecem no território.

Poder é conceito chave para entender território.

Significa a possibilidade de exercer influência ou domínio sobre outras pessoas. A população, as empresas, o poder público, os grupos sociais, as organizações sociais, culturais e religiosas... todas elas possuem poder de ação e o exercem de acordo com seus planos e projetos e com suas capacidades de fazer com que eles aconteçam e se materializem nos territórios.

Conhecer o território nos permite entender de que maneira as características históricas, ambientais, sociais e as relações de poder existentes localmente se articulam e contribuem para que as pessoas adoçam ou tenham saúde (processo saúde-doença) e para identificar formas de organizar ações e serviços no enfrentamento dos problemas de saúde e às necessidades da população.

Figura 1: Territórios com condições precárias de saneamento básico.



Fonte: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz), 2004.

Para a saúde, o território é considerado como “lugar” onde se verifica a interação entre a população e os serviços no nível local. Isso possibilita aos profissionais de saúde que atuam em seus limites compreender como as pessoas adoecem, contribuindo para implementação de práticas de cuidado e de atenção à saúde efetivas junto aos diferentes grupos populacionais.

Assim, o território de que falamos é, ao mesmo tempo:

- suporte da organização das práticas de saúde;
- suporte da organização dos serviços de saúde;
- suporte da vida da população;
- a conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem estar;
- o território da responsabilidade e da atuação compartilhada entre população, profissionais e gestores.

Para conhecer e compreender o território, constituído por todos esses componentes, é importante considerar os determinantes sociais em saúde, pois eles contribuem para a análise e a compreensão da dinâmica de vida, considerando os fatores sociais, econômicos e culturais que a caracterizam, bem como os processos de saúde e doença produzidos a partir da interação desses fatores.

Atividade 1

Refletindo sobre o território e o processo saúde-doença

Pense um pouco sobre o território onde você atua e tente registrar quais especificidades/características que contribuem para o processo saúde-doença da população. Compartilhe suas reflexões com o docente e colegas.

Texto 1 - Determinantes Sociais em Saúde

Durante muito tempo, acreditava-se que o processo saúde-doença dos indivíduos estava relacionado, ou ao perfeito funcionamento e harmonia do corpo humano (indivíduo saudável), ou a uma falha em algum órgão ou sistema específico (indivíduo doente). Essa noção consolidou o modelo biomédico da saúde, focado no indivíduo e, mais ainda, na separação do indivíduo em partes, valorizando uma visão especializada, fragmentada no lugar da consideração do indivíduo como um ser completo e complexo.

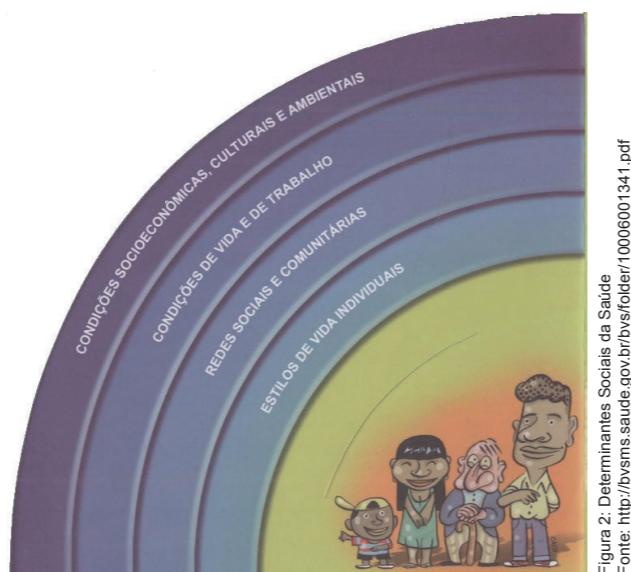


Figura 2: Determinantes Sociais da Saúde
Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>

Essa ideia do modelo biomédico ainda persiste nos dias de hoje, mesmo com toda a discussão envolvendo a determinação social das doenças, que propõe uma abordagem mais ampla, entendendo que o estado de saúde e bem-estar das pessoas é influenciado por vários e diferentes fatores (históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos) que configuram o modo de vida das pessoas (BATISTELLA, 2007).

Dessa forma, Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são fatores e características socialmente produzidos, capazes de influenciar na condição de vida, saúde e bem-estar de um indivíduo ou de um grupo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Em 2006, com o objetivo de identificar e descrever melhor os determinantes sociais, foi criada a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL, 2017).

Você Sabia?



A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde possui uma composição diversificada (pesquisadores, profissionais, artistas, entre outros), ressaltando a saúde como um bem público e que, por isso, necessita do envolvimento e da participação de toda a sociedade na definição das ações e das políticas públicas capazes de influenciar as condições de saúde da população.

De acordo com a Comissão, muitos são os fatores e as características que podem ser definidos como determinantes sociais de saúde, englobando desde questões ampliadas, abrangendo uma quantidade maior de indivíduos (país, estado, cidade), até aquelas mais restritas a determinados grupos (moradores de uma mesma rua ou microárea) (BRASIL, 2017).

A figura abaixo traz o modelo conceitual sobre os DSS:

Figura 3 - Modelo Conceitual de DSS.



Fonte: BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007.

O modelo apresenta os DSS distribuídos em camadas.

Vamos conhecer cada uma delas?

A camada mais externa – **condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais** – está relacionada a DSS bastante amplas e que, por isso, influenciam na vida de grande parte da população. Como exemplo, podemos pensar em questões políticas e econômicas enfrentadas por diferentes países, bastante divulgadas pela mídia (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A camada logo abaixo – **condições de vida e de trabalho** – diz respeito a questões que possuem estreita relação com o espaço de vida de diferentes grupos. Para exemplificar, basta lembrar como é diferente o acesso à água tratada e à rede de esgoto nas diferentes áreas de uma cidade ou bairro ou, ainda, como o tipo de moradia e o padrão de construção variam de uma área mais pobre para outra onde os moradores possuem maior poder aquisitivo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Assim, saneamento básico, habitação, alimentação, segurança, educação, saúde, assistência social, lazer, trabalho, transporte, entre outros, são considerados determinantes que compõem essa camada (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A próxima camada apresenta as **redes sociais e comunitárias**. Ela engloba os laços de afetividade e de integração entre as pessoas, o que é muito importante para fortalecer o sentimento de pertencimento e de vínculo a um determinado grupo. Redes sociais fortes contribuem para a mobilização e o enfrentamento de problemas coletivos existentes em um território específico (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A camada mais interna – **estilo de vida dos indivíduos** – é a camada que pode ser compreendida no limiar entre fatores individuais e determinantes sociais. Apesar de considerado, frequentemente, como uma escolha individual, o **estilo de vida** também pode ser fortemente influenciado por questões sociais, como:

- Poder aquisitivo e padrão de renda;
- Acesso à educação, alimentos saudáveis e espaços de lazer;
- Padrões culturais;
- Mídia: tipo de informação acessada, propagandas veiculadas, valorização excessiva de assuntos ligados à moda e celebridades;
- Pressão do grupo ao qual o indivíduo pertence, entre outros (BRASIL, 2017; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Outra questão importante que podemos pensar sobre estilo de vida é que **não há padrões a serem seguidos**. Ainda que questões sociais produzam influências nos modos de ser de cada pessoa e acabem estimulando formas parecidas de pensar e de agir, é importante que em nosso cotidiano de trabalho consideremos os desejos que cada um possui, seus modos particulares de compreender sua saúde e de viver sua vida.

Por fim, é importante considerar que os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais, como idade, sexo e fatores genéticos. Todas essas características exercem influência nas condições de saúde de uma pessoa e, diferentemente do DSS, não podem ser modificadas. Como exemplo, homens negros, acima dos 50 anos, têm maior risco para infarto agudo do miocárdio.

Agora que compreendemos um pouco mais sobre os Determinantes Sociais em Saúde, vamos pensar sobre a articulação entre esses determinantes e o território? Como forma de provocar essa reflexão, vejamos os resultados de uma pesquisa realizada em vilas e aglomerados de Belo Horizonte, regiões carentes da cidade.

A análise de registros sobre a situação desses territórios demonstrou que:

- Na área da saúde

A população enfrentava problemas devido às instalações precárias dos serviços de saúde locais. Havia dificuldades de acesso ao cuidado e quantidade insuficiente de profissionais na assistência à população.

- Segurança

O tráfico de drogas foi apontado como o principal problema que influenciava na segurança dos moradores. A violência enfrentada pelos moradores, causada principalmente pelo tráfico, impedia, até mesmo, que jovens e adolescentes frequentassem a escola. Havia, ainda, a violência gerada pelo preconceito e discriminação contra os moradores, devido a sua condição socioeconômica.

- Saneamento básico

A rede de esgoto oficial nas vilas e no aglomerado era insuficiente e precária, gerando entupimento e vazamentos constantes nas ruas. Em alguns trechos, o esgoto corria a céu aberto, provocando contaminação e adoecimento dos moradores. Em relação à coleta de lixo, o serviço público era irregular e não atendia todas as casas. Com isso, havia despejo de lixo em lotes vagos, causando degradação do ambiente e surgimento de animais causadores de doenças, como por exemplo, ratos.

- Habitação

O padrão de construção das casas, feitas de adobe, lona, latas ou madeira, comprometia a segurança e o bem estar dos moradores. Outra questão era a ausência de ventilação e iluminação solar nas moradias, onde o excesso de umidade contribuía para quadros de doenças respiratórias, principalmente entre crianças.

A pesquisa identificou ainda outros problemas: falta de espaços para lazer e prática de esportes pelos moradores e dificuldade de acesso à educação, principalmente para crianças menores de cinco anos e adultos. A renda das famílias que viviam nas áreas também era um fator que dificultava ações de melhoria na condição de vida e, conseqüentemente, de saúde (SILVEIRA, 2015).

Os resultados dessa pesquisa exemplificam um pouco o cenário de desigualdades que encontramos no país, em que grupos mais vulneráveis social e economicamente, residem, muitas vezes em áreas de risco, possuem piores condições de vida e maiores chances de acometimento por doenças influenciadas por questões como: deficiências alimentares, problemas respiratórios, contaminação hídrica (da água), contato com ratos e animais peçonhentos, violência, risco de desabamento de moradia, entre outros problemas.

Você Sabia?

A vulnerabilidade considera que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento resulta não somente de aspectos individuais, mas também de aspectos coletivos e contextuais, implicados com maior suscetibilidade ao adoecimento e maior ou menos disponibilidade de recursos de proteção.

É muito importante termos em mente que as pessoas, não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a algumas doenças ou agravos, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas (AYRES, 2006).

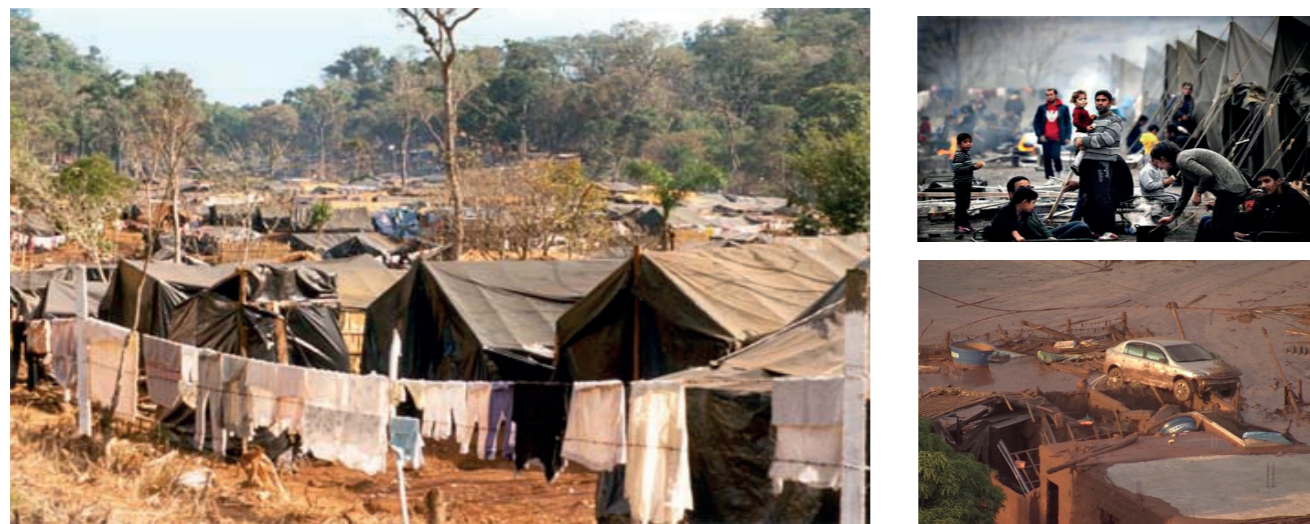
Importante!

O local de moradia das pessoas no território nem sempre é resultado de escolha própria. Em uma mesma cidade, podemos diversas situações de desigualdade, de forma que os melhores lugares para se viver, do ponto de vista ambiental e de estrutura de saneamento, serviços e segurança, muitas vezes, residem pessoas com maior poder aquisitivo. Os grupos de menor renda, normalmente, vivem em territórios mais vulneráveis, com piores condições de estrutura e de acesso a serviços. Esse processo é denominado de segregação espacial.

Assim, quando relacionamos território e DSS, conseguimos perceber que as características do ambiente podem favorecer a saúde ou o surgimento de doenças, dependendo das vantagens, dos riscos ou dos problemas nele existentes (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Muitos grupos vivem constantemente em conflito e resistem para a garantia de seus territórios, como por exemplo: as pessoas atingidas por barragens, sem terra, sem teto, indígenas e quilombolas. Além de habitarem, muitas vezes, locais com precárias condições de vida, vulnerabilidade social e riscos à saúde, esses grupos são submetidos a processos de perda ou expulsão do território, seja pelo interesse do mercado imobiliário e, principalmente, pela falta de políticas públicas voltadas para legalização da área e implantação de estrutura, serviços públicos e de ações de desenvolvimento social.

Figura 4: Imagens de territórios com situações precárias de moradia e territórios atingidos por desastres.



Fonte: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz), 2004

Atividade 2**Compreendendo o conceito de DSS e o processo saúde doença**

Na atividade anterior, pedimos para você identificar no seu território de atuação, especificidades/características que influenciam o processo saúde-doença da população.

- 1- A abordagem dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) esteve presente nas suas reflexões?
- 2- Registre as questões que você identificou utilizando o modelo conceitual de DSS apresentado no texto 1 e figura 3.
- 3- Pensando nas ações que você e sua equipe de saúde desenvolvem para promover o cuidado em saúde da população, discuta com os colegas: em que camadas dos DSS as ações desenvolvidas intervêm?
- 4- Considerando seu papel na interlocução e mediação entre a equipe de saúde e a comunidade, como você pode contribuir para o fortalecimento das redes sociais e comunitárias do seu território?

REFERÊNCIAS

BATISTELLA, Carlos. **Saúde, doença, cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica.** In: FONSECA, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BUSS, PM; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 30 out. 2015.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado:** possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24>>. Acesso em: 30 out. 2015.

Conhecendo o território e a situação de saúde da população

Como sabemos, as equipes de saúde da Atenção Básica/Primária em Saúde são responsáveis por desenvolver ações de cuidado à saúde da população que vive em um território delimitado. Para tanto, uma das ações essenciais é o **reconhecimento do território**, com o intuito de conhecer as condições de vida e situação de saúde das pessoas que ali vivem e identificar as características do território que influenciam nessas condições.

Possivelmente, muitos de vocês conseguem relatar diversas situações vividas em seu cotidiano de trabalho como ACS em que configurações e características do território foram determinantes do processo saúde-doença. Uma dessas situações foi relatada pela ACS Luzia:

“Em minha microárea possui uma grande empresa que fabrica fibra de vidro e funciona em três turnos. Durante o dia, quem passa próximo da empresa sente o forte cheiro de cola. As pessoas que vivem na região sempre reclamam desse cheiro. Eu também quando passava pela rua para fazer as visitas domiciliares percebia que o cheiro era muito forte. Nas casas mais próximas que eu visitava, tinha gente que usava até máscara, dentro de suas próprias casas, pois não aguentavam o mau cheiro. Uma das coisas que me chamou a atenção foi o grande número de crianças com problemas respiratórios que moravam nas casas localizadas perto desta fábrica”.

Fonte: Guia do ACS – O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas. Nescon/UFMG, 2012

O caso ilustra a importância de se conhecer o território, identificando fatores e situações que influenciam a saúde das pessoas, como, por exemplo: esgoto a céu aberto, acúmulo de lixo, atividades produtivas desenvolvidas no território, entre outras. E você, **conhece bem seu território de atuação? Saberá dizer quais são os principais problemas de saúde da população que nela vive? E como as pessoas adoecem?** Converse com seus colegas sobre essas questões, a partir da atividade proposta abaixo.

Atividade 3

Reconhecendo o território em que atuo

- 1- Quais são os principais problemas de saúde da população que vive em sua micro área de atuação? Que elementos ou características do território influenciam a saúde e qualidade de vida das pessoas que vivem nesse espaço?
- 2- Em seu cotidiano de trabalho, que ações ou abordagens te possibilitam conhecer o território e a situação de saúde da população que ali vive?

Esse processo de reconhecimento do território e da situação de saúde das pessoas é também denominado “diagnóstico situacional”.

O diagnóstico situacional deve ser realizado pela equipe de saúde a partir das diferentes abordagens, ferramentas e encontros com o usuário/população. Algumas ferramentas utilizadas pelos ACS são fundamentais nesse processo: o mapeamento do território e o cadastramento das famílias. Os textos 2 e 3, a seguir, abordam o mapa inteligente e as fichas utilizadas para cadastramento das famílias.

Texto 2: Mapeamento do Território - o mapa inteligente

Figura 5: Imagem de representação de território



Fonte: <https://lazerbaixarenda.wordpress.com/author/dicasbaixarenda/>

O **mapeamento do território** é uma das primeiras e principais atividades desenvolvidas pela ESF e tem o objetivo de conhecer o perfil demográfico, epidemiológico, socioambiental, produtivo e assistencial, bem como as necessidades e as demandas de saúde das famílias e dos indivíduos residentes no território (BRASIL, 2000).

Entre os profissionais da equipe de saúde, você, ACS é o mais envolvido no mapeamento do território, a partir da elaboração do **mapa inteligente** de sua microárea. O mapa inteligente auxilia na organização do seu processo de trabalho, a partir de uma visão geral de sua microárea, possibilitando planejar melhor o roteiro das visitas e o acompanhamento de famílias e grupos com demandas e necessidades de saúde específicas (BRASIL, 2000).

Para a equipe de saúde como um todo, o mapa inteligente, juntamente com o cadastramento das famílias, constituem instrumentos de diagnóstico e planejamento das ações de saúde no território (LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2010).


Ao elaborar o mapa, você deve representar, no papel, o que existe no território: ruas, casas, serviços públicos (saúde, educação, segurança, assistência social, etc), comércios, igrejas, espaços de lazer e de convivência. As características naturais do território, como áreas de preservação, rios, córregos também são elementos que devem compor o mapa inteligente (BRASIL, 2000).

No mapa inteligente, é importante que você identifique, ainda, as famílias cadastradas sob sua responsabilidade, destacando grupos específicos que precisam ser reconhecidos e priorizados pela equipe da ESF (BRASIL, 2000).

O território possui a característica de ser dinâmico. Isso quer dizer que as características do local e da população modificam-se a todo momento, influenciadas por diversos fatores: clima, economia, processos de urbanização, movimentos de migração (entrada) e emigração (saída) de pessoas, entre vários outros fatores. A população também se modifica rapidamente: nascimentos, mortes, envelhecimento, mudanças no comportamento e estilo de vida, novas doenças surgem, etc. Por essa razão, o mapa inteligente necessita ser permanentemente atualizado, já que deve reproduzir um retrato fiel da área (BRASIL, 2000; LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, nos Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2000, p. 39), o mapa inteligente deve ser: “um retrato momentâneo da área de abrangência que deve servir para estudos sobre a realidade local, para o direcionamento das atividades da equipe, para a apresentação de mudanças positivas ou negativas decorrentes das ações e outros fins”.

Ao elaborar o mapa inteligente é preciso estar atento a uma representação mais próxima possível do território, deixando clara a delimitação das áreas e as estruturas que se deseja representar. Para isso, a utilização de símbolos e legendas pode ajudar na identificação e na interpretação por toda equipe da ESF. A identificação no desenho dos pontos cardeais (Norte, Sul, Leste, Oeste) também facilita a compreensão da posição do desenho e, conseqüentemente, do território de atuação do ACS (BRASIL, 2000).



Para Refletir...

No mapa inteligente que você conhece são utilizados símbolos e legendas que facilitem a compreensão?

Separamos na página seguinte algumas imagens que podem lhe ajudar na elaboração dos símbolos, das legendas e da localização dos pontos cardeais no mapa inteligente. A proposta é que você se inspire e crie alguns recursos que ajudem no melhor detalhamento do seu mapa.

Utilizando símbolos e legendas

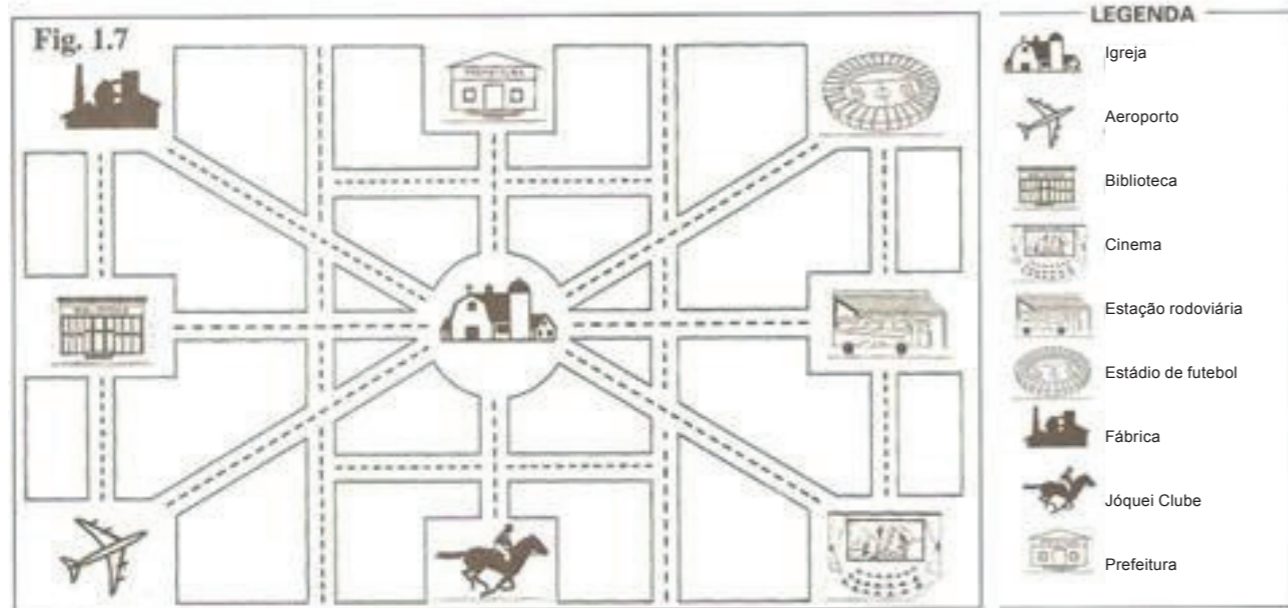


Figura 6: Exemplos de símbolos para legenda de mapas inteligentes
 Fonte: <http://geografalando.blogspot.com.br/2011/06/td-revisao-prova.html>

Identificando os pontos cardeais

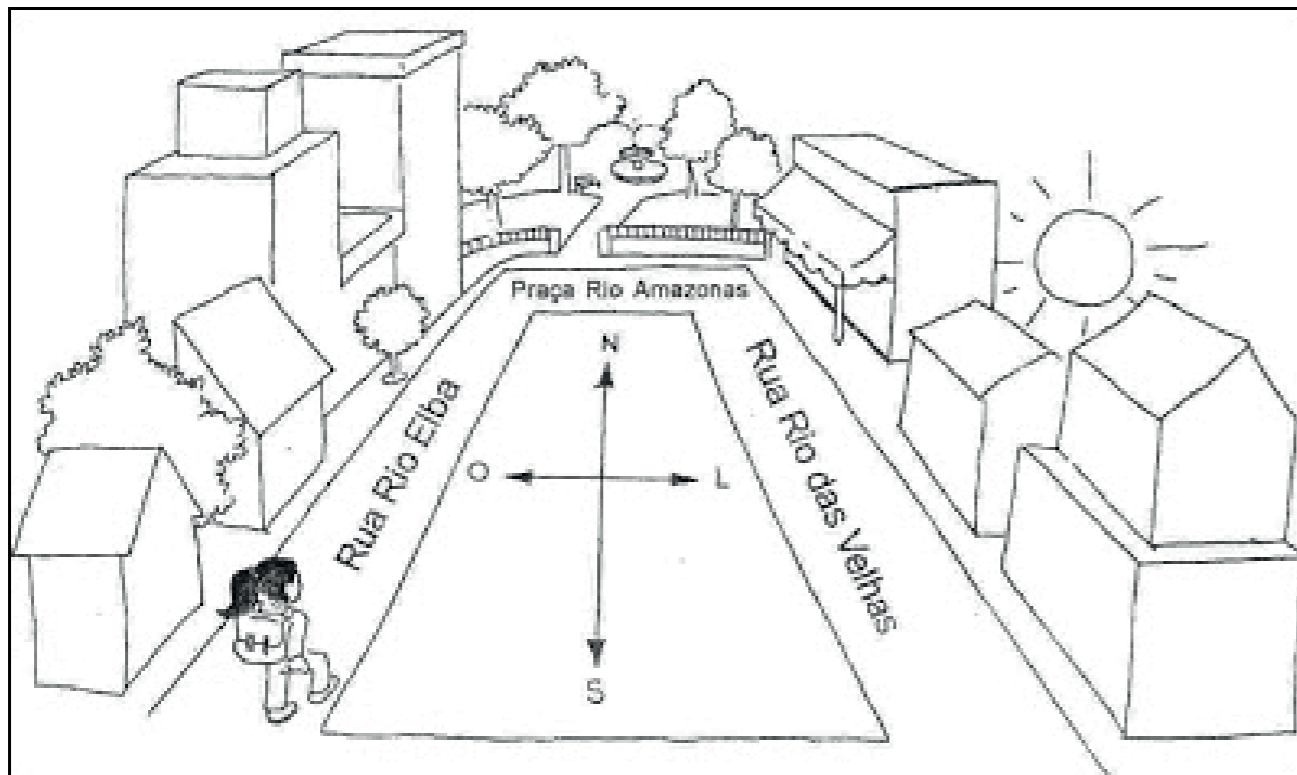


Figura 7: Demonstração dos pontos cardeais no mapa inteligente
 Fonte: <http://paraisodosprofessores.blogspot.com.br/2013/02/imagens-para-montar-atividades-com.html>

Atividade 4

Conversando sobre o uso do mapa inteligente no dia a dia do ACS

Discuta com o docente e colegas sobre a utilização do mapa inteligente no seu processo de trabalho.

1- Como você tem atualizado o mapa inteligente de seu território? Você considera que ele tem contemplado a dinâmica do território?

2- O mapa inteligente tem auxiliado nas ações da equipe da qual você faz parte? De que modo?

Texto 3: O Cadastramento das famílias que vivem na área de atuação do Agente Comunitário de Saúde

Figura 8 - Visita Domiciliar



Fonte: http://smsdc-cmsheitorbeltrao.blogspot.com.br/p/blog-page_24.html

“Ao realizar o cadastramento e identificar os principais problemas de saúde, seu trabalho contribui para que os serviços possam oferecer uma atenção mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade”
 (BRASIL, 2009, p.41)

O cadastramento das famílias e dos domicílios, juntamente com a elaboração do mapa inteligente, é uma das atividades iniciais do trabalho do ACS. A partir de agora, vamos discutir melhor sobre essa importante atividade para a organização do trabalho das equipes de saúde.

O cadastramento das famílias e domicílios é realizado por meio do preenchimento de fichas específicas que vão alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), chamado de e-SUS AB.

As fichas “Cadastro Individual” e “Cadastro Domiciliar e Territorial” constituem estratégia importante de registro de informações sobre as pessoas que vivem nos territórios onde você atua e também sobre as condições de vida e moradia. Tais informações contribuem para:

- elaborar um diagnóstico local de saúde das famílias, considerando características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- identificar famílias e indivíduos que possuem problemas de saúde ou estão expostos a algum tipo de risco ou situação de vulnerabilidade e que, portanto, exigem um cuidado mais próximo, um acompanhamento mais frequente.

Você Sabia?

Anteriormente, o cadastramento das famílias era feito por meio da ficha A. Agora, com a implantação do e-SUS, existe uma ficha específica para o cadastro de cada integrante da família e uma ficha específica para cadastro do domicílio. Isso significa que, no momento da visita domiciliar, você deve conversar com cada pessoa que integra cada uma das famílias, identificando suas necessidades, angústias e problemas de saúde.

Atividade 5

Dialogando sobre o cadastramento das famílias no meu território

Reflita um pouco sobre a atividade de cadastramento das famílias. Discuta com o docente e colegas as questões abaixo:

- 1- Você tem dificuldades para realizar o cadastramento das famílias? Como essa tarefa é feita por você?
- 2- Como você e sua equipe utilizam as informações obtidas no cadastramento?


Para facilitar nossa compreensão sobre essa atividade, vamos apresentar as duas fichas utilizadas no cadastramento.

• **O Cadastro Individual**

O cadastro individual deve ser realizado com cada membro da família e abrange informações referentes à **identificação do usuário/cidadão**; às **condições demográficas, sociais** e às **condições de saúde-doença**.

Você Sabia?

Ao preencher a ficha é importante observar os campos que estão assinalados com asterisco (*), pois eles são de preenchimento obrigatório.

		CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO					
CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA		
NOME COMPLETO:*					
NOME SOCIAL:			DATA DE NASCIMENTO:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:**	Nº NIS (PIS/PASEP)		
NOME COMPLETO DA MÃE:* <input type="checkbox"/> Desconhecido					
NOME COMPLETO DO PAI:* <input type="checkbox"/> Desconhecido					
NACIONALIDADE:* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:**	DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /		
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**			MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**		
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		TELEFONE CELULAR: ()	E-MAIL:		

Como podemos observar, no primeiro bloco da ficha de Cadastro Individual, devem ser registrados dados de identificação do usuário: nome completo, data de nascimento, sexo, raça/cor; número de identificação social (NIS); nome da mãe e do pai; e informações sobre a nacionalidade. A raça/cor informada deve ser aquela declarada pelo indivíduo. Essas informações são de preenchimento obrigatório. No caso de indígenas, a etnia também é de preenchimento obrigatório.

As informações sobre o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do usuário e do responsável familiar não são de preenchimento obrigatório. Alguns ACS têm relatado dificuldades no preenchimento desses campos, pois, muitas vezes, o usuário não tem o cartão ou não sabe informar o número.

Sempre que possível, o número do CNS do responsável familiar deve ser preenchido, pois possibilita a identificação do indivíduo a um núcleo familiar. Considera-se responsável familiar a pessoa reconhecida naturalmente pelos moradores do domicílio, mesmo que ela não possua vínculo consanguíneo ou legal (BRASIL, 2016).

É interessante lembrar que a falta do CNS não constitui impedimento para a realização das ações de cuidado à saúde. No entanto, é importante que cada pessoa faça o seu cartão e o mantenha junto aos outros documentos, pois a posse do cartão facilita para o agendamento de consultas especializadas, exames, entre outros procedimentos. Você deve orientar o indivíduo sobre a necessidade de realizar o cadastramento e como ele deve proceder, seguindo as orientações de cada município.

O segundo bloco do Cadastro refere-se às **informações sociodemográficas**.

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS		
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente		OCUPAÇÃO _____
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobrai etc.) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro		
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?		
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(ES)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO <input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito: ** / / Número da D.O.: [] [] [] [] [] [] [] [] - []		

Conforme pode ser observado, nesta parte da ficha, você deve registrar informações sobre a ocupação e a situação no mercado de trabalho do usuário; o grau de escolaridade; as relações de parentesco dele com o responsável familiar; se ele é beneficiário de plano de saúde privado; se é portador de alguma deficiência; se frequenta cuidador popular/tradicional (parteira, benzedeira, raizeiros, etc); se participa de atividades de algum grupo comunitário; se é membro de algum povo ou comunidade tradicional.

Todas essas informações, são importantes pois essas características influenciam nas condições de saúde das pessoas. Por exemplo, a inserção precária do trabalhador no mercado de trabalho, ou seja, a falta de um vínculo formal de trabalho (carteira assinada), reflete em menor acesso aos direitos trabalhistas básicos, como seguro desemprego, auxílio doença, décimo terceiro salário, além de estar relacionado muitas vezes a ambientes de trabalho mais precários. Como já discutimos no tema sobre os determinantes sociais, as condições de trabalho influenciam o processo saúde-doença. Dependendo das condições em que o trabalho é feito, ele pode causar adoecimento, sofrimento e até a morte do trabalhador. Assim, é importante conhecermos os modos de vida e trabalho das pessoas, identificar fatores e situações de risco para a saúde a que estão expostos e desenvolver ações para diminuir ou eliminar estes riscos.

É importante que você, ACS, esteja atento para situações de desemprego, de afastamento do trabalho e até mesmo da ausência de trabalho formal. É muito comum que o desemprego, ou o trabalho precário, favoreça o sofrimento ou o adoecimento.

Você já deve ter observado que, em muitos casos, a situação de desemprego vem acompanhada do envolvimento com álcool e/ou outras drogas, do aumento do estresse e de sofrimento.

A ocupação e a situação no mercado de trabalho são dois campos presentes na ficha de cadastro individual e que são importantes para se pensar a saúde do trabalhador. Considera-se ocupação **o tipo de trabalho que a pessoa exerce, independente da profissão de origem ou de remuneração**, mesmo que no momento do cadastramento o indivíduo esteja de férias, licença ou afastado temporariamente por qualquer motivo.

Importante!

Se o entrevistado referir mais de uma ocupação, você deve registrar aquela que o usuário dedica maior número de horas na semana.

Assim, o processo saúde-doença é dinâmico e determinado pelas condições em que as pessoas vivem e trabalham, o que significa dizer que o desemprego, a falta de acesso à moradia e à alimentação saudável, a dificuldade de acesso à educação, ao lazer e aos serviços de saúde e até mesmo as crenças e outras questões culturais interferem na qualidade de vida e de saúde das pessoas. As formas de discriminação, como no caso das homofobias, também devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença, decorrente do preconceito e do estigma (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde, atento à discriminação pela orientação sexual e identidade de gênero e reconhecendo sua relação com a produção da saúde e dos modos de cuidado, incluiu na ficha de Cadastro Individual campos específicos para registro da orientação sexual e da identidade de gênero. Durante a realização do preenchimento da ficha de cadastramento, você deve perguntar ao usuário se ele deseja fornecer essas informações.

A orientação sexual indica a atração e/ou relação emocional, afetiva ou sexual por outra(s) pessoa(s), podendo ser:

Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

Heterossexual	Pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com pessoas do sexo oposto.
Homossexual (gay/lésbica)	Pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com pessoas do mesmo sexo.
Bissexual	Pessoa que sente atração e/ou se relaciona emocional, afetiva ou sexualmente com pessoas de ambos os sexos.

Para pessoas que não se identificam com nenhuma das três definições mencionadas acima, deve ser assinalado o campo “outro”.

Já a identidade de gênero está relacionada ao modo como a pessoa se reconhece e/ou se apresenta, podendo ou não corresponder ao seu corpo biológico (BRASIL, 2016). Ou seja, temos um sexo ao nascer, mas “ser homem” ou “ser mulher” envolve uma construção social. Assim, embora homens e mulheres possuam corpos diferentes, suas atitudes, comportamentos, gostos e profissões são construídos cultural e socialmente, estando, portanto, em constante mudança.

Você certamente já vivenciou situações relacionadas à questão de gênero e ouviu ideias e expectativas sobre o que é ser homem ou ser mulher: “Lugar de mulher é dentro de casa”; “Homem deve ganhar mais do que mulher”; “Menino brinca de carrinho e menina de boneca”; “Homem não chora”; “Mulher é sexo frágil”... Nesse sentido, podemos entender que “Gênero representa um conjunto de expectativas sociais que ditam o que é visto como apropriado e esperado no comportamento e nas escolhas de vida de homens e mulheres” (HERRMANN et al., 2016, pg. 23).

Mas e as pessoas que se identificam como travestis?

Travestis são as pessoas que vivenciam papéis de gênero feminino, mas não se reconhecem como homens ou como mulheres, mas como membros de um terceiro gênero ou de um não gênero. Mas, independentemente de como se reconhecem, travestis preferem ser tratadas no feminino. Sexo é uma questão biológica! Gênero é social.

Significa dizer que gênero vai além do sexo: o que importa, na definição do que é ser homem ou mulher, não são os cromossomos ou a conformação genital, mas a autopercepção e a forma como a pessoa se expressa socialmente.

Figura 9 - ACS



Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

Informações sobre a situação de saúde das pessoas

Outra parte importante da ficha de cadastro individual é a identificação das condições e das situações de saúde das pessoas, conforme pode ser observado na figura abaixo.

Essas informações contribuem para que o ACS, junto à equipe de saúde, identifiquem as famílias que necessitam ser acompanhadas com maior frequência. Além disso, o momento de realização do cadastro também deve ser visto como uma oportunidade para orientar quanto aos cuidados necessários e conversar com as pessoas sobre o que a unidade básica de saúde pode oferecer para cada problema/condição referida; orientar sobre o fluxo para marcação de consultas, realização de exames, participação em grupos, entre outras atividades.

ANIMAIS NO DOMICÍLIO? Sim Não

QUAL(ES)? Gato Cachorro Pássaro Outros Quantos: _____

FAMÍLIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	_____	_____	/ /	④⑤①②③④⑤+	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	/ /	④⑤①②③④⑤+	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	/ /	④⑤①②③④⑤+	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	/ /	④⑤①②③④⑤+	____	____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

_____ Assinatura

Como podemos verificar, o cadastro das famílias e dos domicílios onde as pessoas vivem possibilita o conhecimento sobre a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, o acesso ao saneamento básico, as condições de moradia, as condições de trabalho e emprego, as situações de vulnerabilidade ou risco para a saúde e as condições/doenças referidas.

É fundamental que as informações sobre as condições de vida e de saúde dos indivíduos e da comunidade sejam discutidas entre todos os profissionais que compõem a equipe. Esse cadastramento não deve constituir uma atividade burocrática, mas ser mais uma das possibilidades de a equipe conhecer e apreender as necessidades de saúde das pessoas que vivem naquele território.

É importante que você e sua equipe de saúde conheçam/saibam identificar:

- O perfil demográfico da população que vive em sua área de atuação. São pessoas mais idosas? Ou predominantemente adultos jovens? Ou crianças e adolescentes?
- As situações de vulnerabilidade ou de riscos para a saúde das pessoas que vivem nessas áreas, como por exemplo: as diversas formas de violência; o desemprego; as condições de moradia; as dificuldades de acesso à água potável; a falta de saneamento básico, entre outras.
- As doenças ou as condições mais comuns referidas pelos usuários. E também aquelas que podem ser consideradas mais graves ou de maior risco para a saúde das pessoas.
- Os aspectos mais significativos sobre as condições de moradia dessas famílias.

- A existência de redes sociais formadas por amigos, vizinhos, associações de moradores ou outras formas de grupos que desenvolvem relações de solidariedade e apoio social.
- A existência de conflitos culturais, ambientais, étnicos ou de uso e ocupação da terra.

Ao realizar o cadastramento de cada um dos membros da família e o cadastro dos domicílios você irá conhecer um pouco mais sobre como as pessoas vivem e poderá contribuir para que a equipe de saúde ofereça ações de cuidado que atendam às necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade.

O cadastramento dos indivíduos e dos domicílios é uma atividade complementar ao mapeamento do território e contribui para conhecer a situação de vida e de saúde da população sob responsabilidade das equipes.

Atividade 6

Vivenciando o cadastramento das famílias

Vamos experimentar com o colega a realização desses Cadastros? Imagine que você, em um dia de trabalho, precise realizar o cadastramento da família de seu (sua) colega de sala.

- Entreviste seu (sua) colega e preencha as fichas de Cadastro Individual e Cadastro Domiciliar e Territorial.
- Depois troquem de papéis: quem realizou o cadastramento, será o entrevistado.
- Identifique as dificuldades e as dúvidas que vocês tiveram para realizar a atividade e discuta com o docente e a turma.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Caderno 1: a implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, 2000. 44p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 2013. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema com coleta de dados simplificada – CDS** (versão 2.1). 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em: 15 jun. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Equipe de Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB**. Disponível em: <<http://sisab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- JUNGES, JR; BARBIANI, R. **Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária**: uma leitura bioética. Rev. bioét., v. 21, n. 2, p. 207-2017, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a03v21n2.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.
- HERRMANN, A. et al. **Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. 67p.
- LACERDA, Josimari Telino; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali; MACHADO, Neila Maria Viçosa. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. **Processo de trabalho e planejamento na Estratégia Saúde da Família**. Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6298/mod_resource/content/1/Impresso_17-05/Modulo_4_Uni1.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2017.
- MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Qualificação Profissional: Agente Comunitário de Saúde**. Unidade 3: A ação do agente comunitário de saúde no diagnóstico e planejamento das ações de saúde. Guia do docente. 2012. 120 p. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/09/ACS-Unidade-3-Guia-do-Docente.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2017.
- OLIVEIRA, CM; CASANOVA, AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p.929-936, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029>. Acesso em: 19 mai. 2017.
- PESSOA, VM et al. **Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013000800009&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 out. 2015.
- SILVEIRA, DC. **A Implantação do Programa Vila Viva em áreas de Belo Horizonte: uma análise documental**. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2015. 78 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10746>>. Acesso: em 12 jun. 2017.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Guia do ACS – O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas**. Belo Horizonte, 2012. 72p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3724.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Our cities, our health, our future**. Acting on social determinants for health equity in urban settings. 2008. 199 p.

ATIVIDADE DE DISPERSÃO

(Re) conhecendo o território de atuação por meio do mapa inteligente

Figura 10 - Exemplo de mapa



Fonte: https://www.cintegrado.com.br/curitiba/noticias.php?action=ler&id_noticia=1324

Como vimos, o mapa inteligente é uma ferramenta de trabalho importante que nos possibilita compreender melhor o território, as diferenças existentes entre as áreas e microáreas, e as características ou elementos que podem influenciar o processo saúde-doença das pessoas e da comunidade.

Assim, preparamos como atividade de dispersão (campo) a construção ou atualização do mapa inteligente de sua micro área de atuação. É importante que essa construção seja feita juntamente com outros ACS que atuam na UBS e estejam fazendo o curso de Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde.

Orientações para realização da atividade:

1º - Caminhe pelo território onde você atua, observando atentamente suas características. Mesmo que você já tenha realizado o mapeamento do território, é importante reconhecê-lo novamente, pois, como sabemos agora, os territórios são dinâmicos:

- Novos moradores chegam, pessoas se mudam para outros locais;
- Surgem novas construções e as antigas construções são desfeitas ou passam a servir para outros fins (legais ou ilegais);

- A paisagem natural se altera: transformação de áreas verdes e de curso d'água (rios, córregos, represas), surgimento de moradias e ocupações em áreas até então não habitadas.

2º - Levante ou reveja o maior número de informações sobre o território. Reflita sobre as questões abaixo:

- Como esse território foi ocupado? Quando e por quem?
- Como ele era? Como está hoje?
- Quem são as pessoas que vivem no local? Como elas vivem?
- Existem locais mais pobres ou perigosos (tipo de perigo)?
- Quais são os tipos de trabalho comuns no local (fábricas, comércios, empresas, agricultura)?
- Quais os principais problemas que os moradores enfrentam? Como os moradores se organizam para resolvê-los?
- E o setor saúde? Como está presente no território? Como contribui no processo saúde-doença da população? Quais os principais problemas esse setor possui hoje?

Obs.: Para responder muitas dessas perguntas pode ser necessário conversar com moradores locais, recorrer a registros públicos, entrevistar algumas pessoas específicas, como gestores, donos de comércio, etc., a depender do tipo de informação que se deseja conseguir.

De posse dessas informações, vamos pensar agora na etapa do desenho.

3º - Ao elaborar o mapa, você deve representar, no papel, todas as características e construções existentes no local: ruas; casas (inclusive as não cadastradas); serviços públicos (saúde, educação, segurança, assistência social, etc), comércios, igrejas, espaços de lazer e de convivência. As características naturais do território, como áreas de preservação, rios, córregos também são elementos que devem compor o mapa inteligente.

Dica: Para facilitar a realização do mapa, você pode começar desenhando a base das ruas, estradas e rios. Posteriormente, em cima desta base, devem ser localizados os demais componentes do território. Dessa forma, o desenho ficará mais organizado, facilitando a identificação de riscos e problemas que possam estar influenciando nas condições de vida, saúde e bem estar dos moradores locais.

4º - Finalizada a etapa anterior, chegamos no momento de representar as pessoas que vivem nesse território: as famílias cadastradas. A representação das famílias no desenho tem o objetivo de destacar grupos específicos do território: gestantes; crianças menores de 1 ano; crianças menores de 2 anos; portadores de hipertensão; portadores de diabetes; idosos; beneficiários do bolsa-família; acamados; etc. A ideia é de que essa representação possibilite que toda a equipe tenha uma noção básica da população sob sua responsabilidade, facilitando o planejamento das ações para grupos que precisam ser priorizados.

Atenção! Nesse momento do desenho é importante estar atento para o excesso de informações no mapa, pois, dependendo de como o desenho está sendo realizado, a compreensão de todas as características representadas pode ser difícil. Portanto, é preciso cuidado e atenção para os pontos do mapa onde há mais de um símbolo desenhado, de maneira que todos eles fiquem claros para a equipe.

5º - Chegamos na etapa de apresentação e discussão em equipe dos aspectos do mapa inteligente elaborado/atualizado. Esse momento será realizado na próxima semana de concentração do curso. Um importante ponto para discutir aqui é: que elementos ou situações observadas no território podem estar influenciando a saúde das pessoas que ali vivem? Qual o papel do setor saúde diante da situação apresentada?

Para concluir, é importante ter em mente que o mapa inteligente é um modelo simplificado do território e deve retratar fielmente a realidade local. O desenho deve garantir que mesmo quem nunca foi ao local consiga compreender suas características.

Compartilhando as experiências da atividade de dispersão

Neste segundo encontro, vamos iniciar as atividades compartilhando as experiências de (re)conhecimento do território em que você e sua equipe atuam e de construção do mapa inteligente.

Em uma grande roda, inicialmente, vamos conversar um pouco sobre o desenvolvimento da atividade. Após as discussões sobre o conceito abrangente de território e sua relação com o processo saúde-doença dos indivíduos e comunidade, relate:

- **Como foi realizar o reconhecimento do território em que você atua?**
- **Você conseguiu reconhecer características desse território que você não havia identificado anteriormente?**
- **A atividade de mapeamento do território e elaboração do mapa inteligente foi feita somente por você, ou teve participação de outros profissionais da equipe de saúde?**

Após a apresentação dos mapas construídos, discuta com os colegas e docente as principais diferenças entre os territórios das Unidades Básicas de Saúde.

Vigilância em Saúde na Atenção Primária

Texto 4 – Vigilância em Saúde

Como vimos, o processo de reconhecimento do território nos permite aproximar de um diagnóstico da situação de saúde das pessoas e dos problemas existentes no território. Esta é uma das bases do trabalho da vigilância em saúde.

A vigilância em saúde é um processo contínuo de coleta, sistematização, análise e disseminação de dados e informações sobre a situação de saúde. Este processo é importante para que os serviços de saúde possam desenvolver ações de proteção da saúde, prevenção de riscos, doenças e agravos e também, de promoção da saúde.

Para dar conta de problemas relacionados à saúde diversos e complexos, a vigilância em saúde atua por meio da: vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância da saúde do trabalhador, vigilância sanitária e vigilância da situação de saúde.

A vigilância em saúde, a partir de suas cinco áreas, tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2008, 2009).

No quadro abaixo é possível observar as especificidades dos diferentes campos das vigilâncias.

Campos da Vigilância em Saúde	Atuação
Vigilância epidemiológica	Ações voltadas para conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
Vigilância ambiental	Visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interfiram na saúde humana; recomendando e adotando medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente: vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambiente de trabalho.
Vigilância da saúde do trabalhador	Conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.
Vigilância sanitária	Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange 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; e o controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde.
Vigilância da situação de saúde	Desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/território, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente. A análise da situação de saúde permite a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população.

Atividade 7

Os enfoques das vigilâncias em saúde

Identificamos quatro reportagens televisivas que exemplificam a atuação das diferentes vigilâncias em saúde. Vamos assisti-las e discutir com os colegas e docente sobre os enfoques de cada uma delas?

- *Vigilância Sanitária interdita fábrica que utilizava amianto como matéria-prima* (Video sobre atuação conjunta da Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador) - disponível em: <<http://tvbrasil.ebc.com.br/reporter-rio/2017/08/vigilancia-sanitaria-interdita-fabrica-que-utilizava-amianto-como-materia-prima>>.
- *RJ: Técnicos da Vigilância Sanitária vistoriaram mercados de peixe* - (Video sobre vigilância sanitária) – disponível em: <<http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/rj-tecnicos-da-vigilancia-sanitaria-vistoriaram-mercados-de-peixe>>.
- *Vigilância Epidemiológica participa de mutirão de combate ao Aedes Aegypti* -(Video sobre vigilância epidemiológica) – disponível em: <<http://tvbrasil.ebc.com.br/reportermaranhao/episodio/vigilancia-epidemiologica-participa-de-mutirao-de-combate-ao-aedes-aegypti>>
- *MPF recomenda a cinco cidades que adotem providências imediatas para garantir qualidade da água* - (Video sobre vigilância ambiental) – disponível em:<<http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterrio/episodio/mpf-recomenda-a-cinco-cidades-que-adotem-providencias-imediatas-para-garantir>>.

Em seu cotidiano de trabalho, vocês desenvolvem alguma ação conjunta com a equipe ou setor da vigilância em saúde? Em que situações foram necessárias essa articulação/integração?

Muitas vezes, e principalmente nos municípios pequenos, as atividades da vigilância epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e sanitária são agregadas em um único setor e desenvolvidas por uma única equipe.

Destaca-se que a vigilância abrange conhecimentos e metodologias que auxiliam as equipes nos:

- Conhecimento da situação de vida e saúde das pessoas;
- Identificação de problemas e agravos relacionados à saúde;

- Estabelecimento de prioridades de atuação;
- Utilização dos recursos em busca de resultados mais efetivos.

Assim, as práticas de vigilância em saúde devem estar inseridas em todos os níveis de atenção, com destaque especial para a atenção básica e devem ser orientadas de acordo com a realidade e as necessidades dos indivíduos e do território, por meio de estratégias, programas e políticas públicas que garantam a participação social na análise, planejamento e avaliação de suas ações (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009). A vigilância em saúde está apoiada em três questões fundamentais: **o território, os problemas nele existentes e as práticas de saúde desenvolvidas.**

Como podemos perceber, o território ocupa um lugar de destaque na vigilância em saúde, por meio da promoção da saúde e produção de equidade, permitindo o reconhecimento e análise das condições de vida e sua influência nos processos de saúde e doença das pessoas (BRASIL, 2008).

É importante lembrar que as práticas de vigilância incluem a noção de promoção da saúde, abordada na Unidade 1, sendo entendida como forma de mediação entre sujeitos e meio social, cooperação, corresponsabilização e efetiva participação social e que incorpora estratégias participativas e territorializadas de vigilância (BRASIL, 2009).

Atividade 8

Discutindo sobre a atuação integrada entre as vigilâncias

O atendimento ao princípio da integralidade da atenção à saúde, no âmbito do SUS, pressupõe, entre outras questões, a integração entre a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador. Esse trabalho integrado é essencial para intervir sobre a realidade de saúde da população brasileira, marcada por:

- aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população;
- intenso processo de urbanização, com mudanças nos padrões de moradia, trabalho, alimentação e mobilidade das pessoas;
- diversos tipos de doenças e problemas de saúde acometendo, simultaneamente, a população: doenças crônicas, doenças transmissíveis, acidentes por causas externas e violência;
- exposição a diferentes tipos de risco e situações de vulnerabilidade social, de acordo com seu contexto de vida e de trabalho.

Essa discussão é muito importante, pois o conceito de Vigilância em Saúde inclui não só a vigilância de doenças, mas também, a prevenção e o controle de outros fatores de risco à saúde das pessoas e ao meio ambiente.

Pensando nisso, leia o texto abaixo e discuta com o docente e colegas sobre o papel das diferentes áreas da vigilância em saúde para uma abordagem integral da situação apresentada.

Nota da Abrasco sobre a tragédia da mineração em MG: SAMARCO-VALE-BHP

“A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), através de sua Direção e seus Grupos Temáticos (GTs) de Saúde e Ambiente e de Saúde do Trabalhador, se solidariza com todas as comunidades e trabalhadores atingidos, assim como todas as entidades e movimentos sociais e sindicais que, nesse momento, se mobilizam para compreender e enfrentar os terríveis efeitos da tragédia decorrente do rompimento da barragem de rejeitos de minérios da empresa Samarco, controlada pela Vale e a australiana BHP.

É preciso dar dignidade às mortes e destruições ocorridas por meio da memória coletiva dos que lutam por justiça: familiares, comunidades, movimentos e entidades parceiras e solidárias. Além dos mais de 20 mortos e desaparecidos, são inúmeras as comunidades, territórios, atividades econômicas e cursos d'água atingidos, devastados e contaminados, indo desde Bento Ribeiro, distrito de Mariana, em Minas Gerais, até centenas de quilômetros de distância no Espírito Santo. Foram mais de 200 municípios atingidos ao longo do Rio Doce, com a morte de várias espécies de peixes e outros animais, incluindo espécies típicas da bacia do Rio Doce que podem ser extintas. A devastação afetou agricultores familiares, pescadores artesanais, quilombolas e até mesmo o povo indígena Krenak, cuja cultura e a subsistência dependem do Rio Doce.

Os efeitos da tragédia se prolongarão por décadas, e não há como reverter as perdas de vidas humanas e dos ecossistemas destruídos. A maior ou menor gravidade do que virá, assim como a repetição de novos desastres, dependerá de como a sociedade brasileira compreenderá e se mobilizará para transformar os processos que determinaram sua ocorrência.

A tragédia atual é uma repetição agravada de várias outras que vêm acontecendo nos últimos anos. Portanto, uma tragédia anunciada e que se relaciona diretamente com

fundamentos centrais da saúde coletiva e do movimento pela reforma sanitária no Brasil: a determinação social da saúde, o enfrentamento das desigualdades sociais, espaciais e ambientais, e a luta por democracia.

O Brasil é o segundo maior exportador de minério de ferro, e a Vale é a maior empresa mundial neste ramo, além de grande financiadora de partidos e políticos que, eleitos, atuam como legisladores e gestores. O crescimento da megamineração se viabilizou no país com inúmeros problemas e falhas. Como revelam diversos artigos e notas produzidos recentemente após o desastre, problemas ocorreram em diversas fases e setores, desde a gestão, licenciamento, fiscalização, monitoramento, até a vigilância e o sistema de emergência. Empresas, com tecnologias e formas de gestão inseguras e perigosas, se espraiam na busca pelo lucro rápido da megaprodução, fato agravado por conjunturas de quedas nos preços do volátil mercado de commodities. Essa é uma das armadilhas de nosso modelo de desenvolvimento atual.

Neste momento é preciso que o setor saúde e suas instituições façam parte do enorme esforço de analisar os efeitos da tragédia, monitorando a contaminação, a qualidade da água e seus efeitos na saúde no curto, médio e longo prazo das populações atingidas e expostas. Mais importante ainda: é fundamental que a saúde coletiva se some às mobilizações sociais e processos que resgatem a dignidade de trabalhadores, comunidades e gerações futuras em defesa dos direitos constitucionais ao meio ambiente equilibrado, à saúde e à participação. É absolutamente estratégico avançar em mudanças estruturais do modelo de sociedade e desenvolvimento, da gestão ambiental, da vigilância e promoção da saúde.

Aprenderemos com a tragédia de Mariana se medidas exemplares de transformação forem criadas. Por exemplo, responsabilizar econômica e criminalmente empresas e gestores omissos; fortalecer instituições dos setores ambiental, da saúde e do trabalho atualmente vulnerabilizadas em seus papéis de cuidar dos direitos fundamentais ao meio ambiente equilibrado, ao trabalho digno e à saúde; construir planos de reparação e recuperação democráticos e eficientes, com a participação do Ministério Público, da Defensoria Pública e das comunidades atingidas.

A Abrasco está mobilizada no acompanhamento permanente das comunidades e trabalhadores atingidos através de vários de seus GTs, e participará ativamente dos desdobramentos desse episódio.

Por fim, é preciso questionar a ideia de progresso e crescimento econômico a qualquer custo. A megamineração do mercado global de *commodities* faz parte desse modelo de desenvolvimento. Outros países soberanamente, como a Costa Rica, já abriram mão dessa forma de exploração humana e da natureza.

A Abrasco se propõe a continuar atuando no fortalecimento de alianças, diálogos e convergências que valorizem uma ciência engajada e de qualidade junto com as vozes dos territórios e populações atingidas, dos movimentos sociais, sindicais e por justiça ambiental. Além das denúncias, precisamos avançar nos anúncios de que outros futuros são possíveis e já estão sendo construídos no presente, através de inúmeras lutas e experiências. Elas revelam, em diferentes níveis – cotidiano, local e global – as sementes de novas práticas sociais, institucionais, acadêmicas e econômicas mais sustentáveis, solidárias, justas e saudáveis. Rio de Janeiro, 25 de novembro de 2015.”

Texto da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) sobre o rompimento da Barragem Fundão em Bento Ribeiro (Mariana – MG) em novembro de 2015.

Disponível na íntegra em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-da-abrasco-sobre-a-tragedia-da-mineracao-em-mg-samarco-vale-bhp/14904/>. Acesso em 13 set. 2017.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2. ed. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde.** 80p. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_vigilancia_saude.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.378, de 09 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

OLIVEIRA, CM; CASANOVA, AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p.929-936, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029>. Acesso em: 19 mai. 2017.

UNIDADE EM PAUSA: ANALISANDO CAMINHOS E POSSIBILIDADES

Chegamos ao final de nossa 2ª Unidade de Aprendizagem! Foram muitos aprendizados que tivemos, não é mesmo?

Vamos lembrar um pouco sobre o que estudamos?

Sua opinião é muito importante para avaliarmos nosso percurso formativo e também contribuir para o aprimoramento contínuo do material didático. Registre sua avaliação e entregue ao docente.

1. Qual (ais) conteúdo(s) você considerou mais relevante nesta Unidade de Aprendizagem? Justifique sua resposta.

2. Você considera que algum conteúdo poderia ser melhor explorado nesta Unidade de Aprendizagem? Justifique sua resposta.

3. A forma com que os conteúdos foram trabalhados possibilitou que você refletisse sobre a sua prática cotidiana de trabalho?

**Unidade de
Aprendizagem 3**

ACS: Trabalho, Educação e Saúde

Tema 1:
Trabalho em saúde

Tema 2:
O Agente Comunitário de Saúde e a Educação em Saúde



Fonte: https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTMxTTHJEY0TByhkG6bRm_FWq82zqyTxWqDhIS4EDMsubErQ1agyg

CENSO INDUSTRIAL

<i>Que fabricas tu? Fabrico chapéu feito de indaiá.</i>	<i>Que fabricas tu? Fabrico selim, fabrico silhão só de sola d'anta.</i>	<i>Eu faço garapa. Que fabricas tu? Fabrico restilo.</i>	<i>Eu fabrico lenha furtada no pasto. Que fabricas tu? Gaiola de arame.</i>	<i>Que fabricas tu? Fabrico defunto na dobra do morro.</i>
<i>Que fabricas tu? Queijo, requeijão.</i>	<i>Que fabricas tu? Eu faço cabresto, barbicacho e loro.</i>	<i>Sou da rapadura. Que fabricas tu? Fabrico purgante.</i>	<i>Que fabricas tu? Fabrico mundéu. Que fabricas tu? Bola envenenada de matar cachorro.</i>	<i>Que fabricas tu? Caixão de defunto. Que fabricas tu? Fabrico defunto na dobra do morro.</i>
<i>Que fabricas tu? Faço pão-de-queijo. Que fabricas tu? Bolo de feijão.</i>	<i>Que fabricas tu? Toco uma olaria. Que fabricas tu? Santinho de barro.</i>	<i>Eu torro café. Que fabricas tu? Ferradura e cravo.</i>	<i>Que fabricas tu? Faço pau-de-fogo Que fabricas tu? Facão e punhal de sangrar capado.</i>	<i>Que fabricas tu? Não fabrico. Assisto às fabricações.</i>
<i>Que fabricas tu? Geléia da branca e também da preta.</i>	<i>Que fabricas tu? Fabrico melado.</i>	<i>Que fabricas tu? Panela de barro.</i>		
<i>Que fabricas tu? Curtidor de couro.</i>	<i>Que fabricas tu?</i>	<i>Que fabricas tu?</i>		

**Carlos Drummond
de Andrade**

Sejam bem-vindas e bem-vindos à Unidade de Aprendizagem III: ACS: Trabalho, Educação e Saúde

Objetivos da Unidade de Aprendizagem III:

- Compreender as características e as tecnologias do trabalho em saúde;
- Discutir a atribuição do ACS como educador;
- Conhecer os principais modelos de educação em saúde e as suas características;
- Refletir sobre a educação em saúde realizada na Atenção Primária à Saúde;
- Entender os conceitos de Educação Popular em Saúde e de Educação Permanente em Saúde.

Trabalho em saúde

Vimos na Unidade I que a Atenção Primária à Saúde abrange um conjunto de ações desenvolvidas pelas equipes para oferecer um cuidado integral aos usuários e à comunidade. Para ofertarmos um cuidado integral, além de conhecermos aspectos relacionados à APS, precisamos também compreender algumas especificidades do trabalho em saúde. Afinal de contas, trabalhar na área da saúde exige conhecimentos, habilidades e tecnologias próprias à produção do cuidado.

A proposta deste tema é abordar as especificidades do trabalho em saúde, discutindo as tecnologias que o envolvem e que podem ser pensadas e utilizadas para produzirmos um cuidado mais atento ao usuário/família/comunidade.

Vamos começar pensando o que envolve o trabalho em saúde?

Texto 1 - O trabalho em saúde e suas tecnologias

O trabalho em saúde constitui um mundo complexo, diverso, criativo e dinâmico, que é construído cotidianamente a partir do encontro entre trabalhadores de saúde, usuários, famílias e comunidade. Esses encontros são permeados por muitos aspectos, como, por exemplo, diferentes saberes e compreensões sobre saúde e doença, experiências de vida singulares, experiências anteriores de cuidado que foram acolhedoras ou não.

Realizado por meio de encontros, o trabalho em saúde é uma atividade que tem sempre uma finalidade que justifica a sua realização. A finalidade de um trabalho está ligada ao atendimento à necessidade de uma pessoa. Como sugere Cecílio (2001), as necessidades que orientam o trabalho em saúde podem ser organizadas em quatro grandes grupos. São eles:

- 1) boas condições de vida;
- 2) acesso e consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida;
- 3) criação de vínculos (a)efetivos entre usuário e profissional/equipe;
- 4) graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida.

Esses grupos de necessidades demonstram que os problemas de saúde são sempre complexos, porque envolvem inúmeras dimensões da vida, desde as que acometem o corpo até as de ordem social e subjetiva. O trabalho em saúde, por sua vez, deve responder a essa complexidade e dar sentido à intervenção nos diversos campos da saúde. Abre-se aqui um leque de possibilidades de uso das tecnologias de trabalho para a produção do cuidado.

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 que sentidos 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 esse raciocínio não está completo. Para iniciar a discussão sobre as tecnologias de trabalho em saúde, vamos ao dicionário identificar 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 um 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, mas estão presentes também no conhecimento do trabalhador, que é utilizado para operar as 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. Logo, na indústria, quem produz não interage com o consumidor do seu produto.

Chamamos a sua atenção para o fato de que, no parágrafo acima, 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, aos materiais, ao processo produtivo, à operação da máquina, etc.

No caso da saúde, diferente da indústria, o trabalhador que faz a assistência (ACS, enfermeiro, médico, dentista, psicólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem, 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, os procedimentos 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” no mesmo momento em que o curativo está sendo realizado.

Isso determina uma característica fundamental do trabalho em saúde: seu caráter relacional, ou seja, que acontece mediante a relação entre um trabalhador e um usuário, seja ele individual ou coletivo (família/comunidade). Por exemplo, a consulta só se realiza quando o profissional de saúde está diante do usuário e o mesmo acontece com os demais atos produtores de procedimentos, tais como o curativo, a vacina, os diversos tipos de exames, as intervenções cirúrgicas, as reuniões de grupos, as 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 outra fundamental: a tecnologia das relações.

O que vem a ser a tecnologia das relações?

A tecnologia das relações refere-se à necessidade de um conhecimento aplicado para as relações em saúde. Ou seja, para estabelecer relações de cuidado à saúde, é necessário um conhecimento que seja aplicado para essa finalidade, porque não são relações como outra qualquer; são relações que têm como finalidade a saúde.

O 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 nos instrumentos de trabalho, chamadas de tecnologias materiais, e as tecnologias do conhecimento técnico, denominadas de “tecnologias não materiais”. Essa diferenciação compreende o conhecimento como tecnologia e coloca em destaque os sujeitos sociais que possuem conhecimento, ou seja, os trabalhadores/produtores de saúde e, por excelência, aqueles que têm a capacidade de ofertar uma assistência de qualidade.

Sem descartar a importância das máquinas e dos instrumentos que contribuem para o trabalho em saúde, é interessante pensarmos que o trabalho humano é fundamental e insubstituível. Para você notar o quanto isso é importante para a produção da saúde, procure se lembrar de alguma situação em que houve incorporação de novas tecnologias assistenciais no trabalho em saúde... Recorde-se: isso levou à redução de postos de trabalho, como geralmente acontece na área industrial? Geralmente não, exceto poucas situações na área de laboratórios. De resto, mantêm-se os postos de trabalho, porque é o trabalhador de saúde, em relação com o usuário, quem de fato realiza o cuidado.

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

Como muitas vezes observamos no cotidiano do trabalho em saúde, há situações em que o trabalhador valoriza mais o instrumento que tem às mãos do que a atitude acolhedora que pode ter com o 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 em formulários, protocolos, procedimentos.

Imaginemos que há sempre várias formas de se relacionar com o usuário durante o trabalho em saúde. Por exemplo, pense em um trabalhador fazendo uma entrevista com um usuário durante o acolhimento ou uma consulta. Ele pode fazê-la de diferentes formas. Vamos pensar em duas possibilidades:

1) O profissional pega um roteiro/questionário, mal cumprimenta o usuário e começa a fazer as perguntas, olhando e anotando as respostas no questionário à sua frente. Restringe-se às perguntas, age de modo formal, distante e frio.

2) O profissional pode ter um roteiro/questionário que lhe sirva de guia, mas abre espaço para a fala e a escuta do usuário sobre aspectos não presentes no roteiro, além de receber o usuário de um modo que o deixa mais à vontade. A sua fala não se restringe às perguntas e há troca de olhares, interação e discussão sobre os problemas percebidos.

No primeiro caso, podemos dizer que o processo de trabalho da entrevista foi dominado pelo instrumento, representado aí pelo roteiro/questionário. Houve uma substituição dos atos de fala e escuta pela linguagem fria do roteiro. Isso reduz, de algum modo, o caráter relacional do trabalho. Já no segundo caso, o aspecto relacional é valorizado, ou seja, há o domínio da tecnologia relacional no processo de trabalho, servindo o roteiro/questionário apenas como auxílio. Nesse caso, a relação entre trabalhador e usuário torna-se mais dinâmica e há valorização dos gestos mútuos de cuidado e produção da saúde.

Podemos dizer que a tecnologia relacional está vinculada ao trabalho vivo em ato. Ao ler a expressão “trabalho vivo em ato”, seria natural que você se dividisse entre dois sentimentos: o da beleza do “trabalho vivo” e a curiosidade em relação ao seu significado. Estaria se perguntando: e há *trabalho morto*? A resposta é sim, há trabalho morto.

Trabalho vivo é a expressão que dá significado ao trabalho em ato, ou seja, ao trabalho que se dá no exato momento da sua atividade produtiva (MERHY; 1997, 2002; FRANCO, 2003). Trabalho morto refere-se às máquinas e aos instrumentos e é assim denominado porque sobre as máquinas e os instrumentos existentes já se aplicou determinado trabalho anterior, ou seja, eles já trazem uma carga de trabalho prévio, 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, interagir e inserir o usuário no processo de produção da sua própria saúde, fazendo-o protagonista em seu processo saúde-doença. Já quando há mais ênfase no trabalho morto, o processo de trabalho é pré-programado, porque fica sob o comando dos instrumentos, limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado pela programação da máquina, do protocolo, do formulário etc. Aqui há pouca interação entre trabalhador e usuário, com um processo mais frio e duro de produção de procedimentos em saúde.

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 predomina e determina, no caso da saúde, o perfil do cuidado. Voltando ao nosso exemplo, em que um trabalhador de saúde vai fazer uma entrevista, podemos dizer que o roteiro/questionário é trabalho morto e os atos de fala, escuta e olhares são trabalho vivo em ato. Quando o roteiro comanda o processo de trabalho (1º caso), podemos dizer que é um processo de trabalho em que predomina o trabalho morto. Quando há o inverso (2º caso), predomina o trabalho vivo, lugar próprio das tecnologia relacional.

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 mais cuidadoras ou não.

A relação entre o trabalho morto e o trabalho vivo no processo de trabalho pode ser chamada de composição técnica do trabalho (FRANCO, 2003). Ela serve para analisar o processo de trabalho, como já foi dito aqui, por meio da observação de como se dá o trabalho, a atitude do profissional, o seu comprometimento com o problema de saúde do usuário. É uma percepção do modo de produção do cuidado. Quanto maior a predominância do trabalho vivo, maior é o nível de cuidado que se tem com o usuário.

Atividade 1

Refletindo sobre o trabalho em saúde

Em pequenos grupos, discuta as seguintes questões para, em um segundo momento, compartilhar com docente e colegas:

1. Como é o seu trabalho? Que atividades você realiza em seu cotidiano de trabalho? Como você se sente ao realizá-las? Onde você percebe que seu trabalho contribui mais para a melhoria das condições de saúde da comunidade?
2. Seu trabalho, da forma como está organizado, te possibilita recriar novos modos de cuidado à saúde e de interação com a comunidade?

É importante pensarmos que, em parte, depende do próprio trabalhador o volume de trabalho morto ou de trabalho vivo relacionado ao seu processo de trabalho. Isso nos mostra que você, assim como os outros trabalhadores, possui razoável autonomia sobre o seu processo de trabalho; ou seja, você é importante na condução do modo como vai acontecer o cuidado no seu dia a dia como ACS. O cuidado pode acontecer pautado em relações mais humanizadas e em atitudes acolhedoras ou também pode ser mais caracterizado por uma relação distante e pela ênfase em instrumentos. Isso depende do modo de relação que se cria entre trabalhador de saúde e usuário no espaço da micropolítica.

Mas o que é micropolítica?

É o plano no qual acontecem as relações, no qual se desenvolvem as subjetividades. E o que entendemos por subjetividade? É um modo próprio e específico de ser e de atuar no mundo e nas relações com outras pessoas. A subjetividade é dinâmica, muda de acordo com as experiências de cada um, é afetada pelos valores e pela cultura. Nunca está acabada. Portanto, o plano da micropolítica não é um plano único e homogêneo. É um plano diverso, criado e experimentado por pessoas com diferentes projetos de vida.

No seu trabalho como ACS, você experimenta relações com muitas pessoas diferentes, cada qual com interesses e experiências diversos. Nas relações, você vai se produzindo e vai experimentando o seu modo de ser e de se relacionar. O trabalho, portanto, produz novas formas de entender e agir no mundo e de se relacionar com outras pessoas.

Sobre a subjetividade, a personagem de Guimarães Rosa, Riobaldo Tatarana, nos conta a sua percepção 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” expressam que cada um possui algo que o diferencia dos demais e que as mudanças acontecem continuamente. Isso nos faz pensar que o caráter inacabado da subjetividade torna também inacabadas as relações, exigindo que estejamos atentos cotidianamente ao outro e aos seus modos de atuar no mundo e de cuidar da sua saúde.

É importante pensarmos que, nas relações que experimentamos em nosso trabalho, não é apenas o profissional que expressa sua subjetividade. O usuário também traz sua singularidade, composta por sua história de vida, relações, conhecimentos, cultura e outros elementos que estão relacionados com seu modo de ser e de se relacionar. Como o cuidado em saúde acontece a partir do encontro entre trabalhador e usuário, podemos pensar que ambos afetam um ao outro e vão se produzindo na relação.

No trabalho do ACS e dos outros profissionais que atuam na APS, um dos momentos que pode ser muito interessante para experimentarmos uma relação de cuidado com o outro é na educação em saúde. Durante as ações educativas, individuais ou coletivas, há a possibilidade de nos encontrarmos com o outro, de nos deixarmos afetar pela sua história de vida e de nos comprometermos com as questões que envolvem as suas condições de saúde. Há na educação em saúde a possibilidade de produzirmos e fortalecermos as tecnologias leves, ampliando os caminhos do cuidado à saúde.

Vamos discutir as relações entre o trabalho do ACS e a educação em saúde? Abordaremos isso no próximo tema!

O Agente Comunitário de Saúde e a Educação em Saúde

Figura 1: Atividade de Educação Popular desenvolvida no curso EdPopSUS



Fonte: Assessoria de Comunicação/ESP-MG

A proposta deste tema é discutir questões relacionadas à educação em saúde na sua prática como ACS. A educação em saúde é uma estratégia de promoção da saúde. **Lembra-se das bases da promoção da saúde abordadas na Unidade I?** É importante lembrarmos que a promoção da saúde está relacionada a um conceito ampliado de saúde e, por isso, envolve diferentes aspectos da vida das pessoas. É a amplitude de elementos que constituem uma vida que norteará nossas conversas sobre a educação em saúde realizada em seu cotidiano de trabalho como ACS.

Para falarmos da educação em saúde, vamos começar discutindo a ideia do ACS como um educador. **O que isso significa? Você percebe a educação no seu trabalho?**

Texto 2 : O ACS como educador

O ACS, como um trabalhador que produz relações, a todo tempo, com a equipe de saúde e com a comunidade, tem a educação como a base de seu trabalho. Pensar a educação como base do trabalho do ACS é compreender o ACS como um trabalhador-educador. Isso significa que as relações que você vivencia no cotidiano de trabalho podem ser um encontro com o outro que constrói conhecimentos. **Quem é esse “outro” no seu trabalho como ACS?** Esse “outro” pode ser usuários, grupos da comunidade, outros trabalhadores de saúde, gestores, entre outras pessoas com as quais você compartilha o seu dia a dia de trabalho e trabalhadores de outras áreas, como educação.

Embora a educação seja a base do trabalho do ACS, o caráter educativo não é exclusivo do seu trabalho. É importante que a educação esteja presente no trabalho de todos os trabalhadores

de saúde da equipe. **Mas o que difere o seu trabalho como ACS do trabalho dos demais trabalhadores de saúde no sentido educativo?**

O ACS é o trabalhador da equipe de saúde que está mais próximo da comunidade, que conhece melhor as diferentes realidades que existem no território e que melhor compreende as dinâmicas que as famílias e as pessoas da localidade vivenciam. Ao mesmo tempo em que você, ACS, faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo em que seu exercício é para comunidade, é também da comunidade; ao mesmo tempo em que você aprende saberes científicos, também conhece a cultura local de saúde. **E que possibilidades isso traz para o seu trabalho educativo?**

As características relacionadas ao seu trabalho como ACS permitem que você tenha acesso a questões do cotidiano da comunidade de modo diferente dos demais trabalhadores, o que faz toda diferença em um trabalho educativo. Vivenciar relações mais próximas com o outro, compreendendo suas realidades e suas dinâmicas de vida, possibilita a criação de outra qualidade nas relações com as pessoas do território, melhorando o trabalho educativo. **Mas é importante refletir: como você está desenvolvendo o seu trabalho educativo, seja em uma visita domiciliar ou em outro momento com a comunidade?**

Muitas vezes, percebemos que as ações educativas são realizadas com ênfase em adoecimentos e com base em relações verticais, sem abrir muito espaço para conversas sobre outros assuntos que fazem parte da vida. **O que isso significa?** Realizar ações educativas com ênfase em adoecimentos significa que, durante as relações com o outro, fala-se mais sobre a doença que a pessoa tem, em como tratá-la, em como controlá-la, do que sobre outras coisas importantes na vida das pessoas. **Vamos refletir: se você vai à casa de uma pessoa que tem diabetes, durante uma visita domiciliar, o que mais você fala com ela? Você dá ênfase em algo sobre a doença ou busca conversar sobre outras coisas que a pessoa demonstra ser mais importante?**

Um exemplo muito frequente no que se refere à realização de ações educativas com ênfase em adoecimentos são os grupos operativos. **Você já vivenciou experiências em grupos operativos? Como foi a sua experiência?** Observamos que, muitas vezes, os grupos operativos são desenvolvidos com pessoas diabéticas ou com pacientes hipertensos, colocando como critério de participação, já de antemão, a doença. Há uma ênfase no adoecimento como referência para as pessoas se juntarem e conversarem. Assim, a doença torna-se central na ação educativa e, muitas vezes, faz deixarmos de lado todos os outros aspectos que envolvem a vida das pessoas com diabetes ou hipertensão. O critério do adoecimento também faz deixarmos de lado outras pessoas que não possuem a doença e, ainda, faz limitarmos as relações entre as diferentes pessoas, que poderiam se reunir em um grupo e conversar sem nenhum critério previamente colocado.

Além disso, observamos, várias vezes, que a ênfase em adoecimentos durante uma ação educativa é realizada por meio de uma relação vertical, o que significa um modo de relacionar

de cima para baixo: alguém que supostamente sabe ensinando para alguém que supostamente não sabe. Uma relação vertical não leva em consideração que todas as pessoas possuem saberes e que juntas podem construir conhecimentos. Há uma preocupação somente em transmitir informações, sem propor o diálogo como uma estratégia para a ação educativa.

Podemos dizer que a ênfase em adoecimentos e a relação vertical são características de um **modelo tradicional de educação em saúde**, que tem a intenção de ampliar as informações das pessoas e das comunidades sobre as doenças, com recomendação de comportamentos que são considerados certos ou errados. **Vamos pensar em situações em que nos baseamos no modelo tradicional e recomendamos comportamentos que consideramos certos?**

Quando dizemos para alguma pessoa hipertensa, por exemplo, que é necessário ela fazer atividade física, o que estamos considerando? Muitas vezes, somente a importância da atividade física para o controle da hipertensão arterial. Mas o que muitas vezes nos esquecemos de considerar é a realidade diária daquela pessoa. Uma pessoa que trabalha o dia todo e ainda gasta um tempo longo de deslocamento entre casa/trabalho possui tempo disponível e desejo para se dedicar à atividade física? Muitas vezes, essa pessoa ainda tem o terceiro turno de trabalho, com afazeres domésticos ou o cuidado com o pai, a mãe ou os filhos. Portanto, antes de recomendarmos um comportamento com base somente no adoecimento, é importante entendermos a realidade da pessoa e propor que pensem juntos em possibilidades para melhorar a sua saúde.

Outro exemplo em que podemos pensar refere-se às recomendações para prevenção da dengue e da zika. Os materiais educativos disponíveis e também as nossas ações junto à comunidade focam na eliminação de criadouros dentro dos domicílios, mas, muitas vezes, os focos estão em lotes vagos próximos das casas das pessoas, no lixo que não é recolhido pela prefeitura, etc. Reconhecer essa situação é importante, porque a educação em saúde pode constituir menos uma estratégia para ampliar informações e recomendar comportamentos e mais um meio para estimular as pessoas e a comunidade a reivindicarem com a prefeitura a limpeza dos lotes, a coleta regular do lixo urbano, etc. Outro exemplo semelhante é a recomendação básica que realizamos para que as pessoas eliminem a água parada das suas casas. Entretanto, em regiões do estado, como no norte de Minas, o abastecimento de água não é contínuo e, por isso, as pessoas precisam utilizar a prática de armazenamento de água em reservatórios domiciliares. Nesse sentido, é importante o ACS considerar os muitos elementos que fazem parte da vida das pessoas para realizar o seu trabalho educativo junto à comunidade.

Hoje há muitas críticas sobre as ações educativas em saúde baseadas no modelo tradicional em saúde, porque, como vimos nos exemplos acima, elas desconsideram os saberes e as realidades das pessoas. Ao desconsiderarem o que as pessoas sabem e vivem, as ações educativas assim desenvolvidas acabam impondo ao outro o que se deve ou não fazer, sem permitir que cada um se expresse e escolha o que mais deseja para a sua vida.

Se falar sobre doenças e ensinar ao outro o que se deve fazer, muitas vezes, não é a melhor estratégia, como podem ser desenvolvidas as ações educativas no dia a dia do seu trabalho como ACS?

Primeiramente, é importante pensarmos que, algumas vezes, falar sobre doenças e orientar o outro sobre modos melhores de se viver é necessário. Mas não pode ser só isso. É preciso ir além e permitir que cada pessoa se expresse, se abra e se permita ser o que se é. Para isso, é importante compreendermos cada ação educativa como uma oportunidade de encontrar com o outro. Compreender uma ação educativa como um encontro nos convida a estarmos atento ao que se passa com o outro e também ao que se passa em nós. **Como construir conhecimentos em uma ação educativa compreendida como encontro?**

Compreender a educação como um encontro com o outro exige que se tire a ênfase em adocimentos e que se construa outro modo de relação, menos vertical e mais horizontal, ou seja, entendendo o outro como uma pessoa que também tem saberes a serem compartilhados. É um modo de desenvolver a educação que se baseia no diálogo com os usuários e com a comunidade, considerando os muitos elementos que fazem parte da vida. O diálogo, segundo Paulo Freire, favorece a problematização da realidade e um posicionamento mais ativo das pessoas, contribuindo para a transformação da sociedade. Problematizar a realidade é levantar e analisar os problemas que são vivenciados no território, pensando, conjuntamente, em soluções.

Nesse sentido, realizar ações educativas em saúde não significa transferir conhecimentos, como vimos no modelo tradicional de educação em saúde, mas criar as possibilidades para a sua construção por meio do diálogo. A proposta é construirmos juntos os saberes e promovermos a capacidade de cada um refletir e tomar decisões relacionadas à sua saúde e à sua vida. Essa é a base do **modelo dialógico de educação em saúde**. Podemos dizer que esse modelo busca despertar nas pessoas um pensamento mais reflexivo sobre sua vida e exige que cada trabalhador de saúde, principalmente o ACS, considere os saberes populares que as pessoas trazem, considerando, também, os valores de vida, solidariedade, democracia e cidadania.

O modelo dialógico de educação em saúde relaciona-se com o conceito de **Educação Popular em Saúde**. **Você já ouviu falar da Educação Popular em Saúde?** A Educação Popular em Saúde pode ser entendida como um modo de reconhecer e enfrentar os problemas de saúde, considerando o diálogo com as classes populares, o respeito às culturas existentes no território e o reconhecimento dos diferentes saberes das pessoas. É uma estratégia importante para o trabalho do ACS, porque busca superar a ideia de que os saberes da população são insuficientes e inferiores aos saberes dos profissionais de saúde. É preciso reconhecer os saberes da comunidade apenas como saberes diferentes, porque cada pessoa possui um saber prévio, construído em sua história de vida, em sua prática social e cultural.

Nesse sentido, a Educação Popular em Saúde, muito inspirada nas ideias de Paulo Freire, é um processo que busca construir uma prática de saúde em que dimensões da doença e da vida passam a ser enfrentadas, por meio da superação da distância existente entre o saber médico e o processo de saúde e doença vivenciado pelas pessoas da comunidade. A problematização das experiências que são desafio para a transformação da realidade local é fonte para a organização da prática educativa e, portanto, é um ponto de partida para vivenciarmos o encontro com as pessoas e com a comunidade.

Saiba Mais:

Quer saber mais sobre educação popular em saúde? A ESP-MG realizou uma ação de educação popular em saúde junto ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Para saber mais, acesse na internet o artigo "Diálogos entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental: a experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST na ESP-MG".

Quer conhecer mais sobre a história e a obra de Paulo Freire? Acesse o site do Instituto Paulo Freire: <http://www.paulofreire.org/paulo-freire-patrono-da-educacao-brasileira>

Para ficarem mais claras as diferenças entre o modelo tradicional e o modelo dialógico de educação em saúde, abaixo há um quadro com as principais características de cada um.

Quadro 1: Diferenças entre modelos tradicional e dialógico de educação

Modelo Tradicional de Educação em Saúde	Modelo Dialógico de Educação em Saúde
Transmissão de conhecimentos	Construção de conhecimentos
Relação vertical	Relação baseada no diálogo
Considera-se somente a realidade do profissional	Considera-se a realidade dos usuários
Não há estímulo para criação	Ênfase na problematização
Recomenda comportamentos	Pessoa tem mais autonomia para tomar decisões sobre sua saúde, a partir do diálogo com o ACS e com a equipe

Agora que vimos um pouco sobre o modelo tradicional e dialógico da Educação em Saúde, vamos refletir e discutir com os colegas sobre as ações educativas que temos desenvolvido? Veja as atividades 3 que preparamos para você.

Atividade 2

Compreendendo os modelos de educação em saúde e o seu cotidiano de trabalho

Partindo do pressuposto de que a educação é a base de seu trabalho como ACS, retome as diferentes tarefas listadas na atividade 1. Forme um grupo de trabalho e escolha uma delas para a realização de uma breve dramatização. Após montagem e apresentação, discuta com os colegas e docente trechos das encenações tendo como referência os modelos tradicional e dialógico de educação em saúde, a partir das seguintes questões norteadoras:

- 1- De que forma os modelos aparecem nas diferentes atividades desenvolvidas por vocês?
- 2- Dependendo da atividade que realizam, eles são mais ou menos fortes?

É importante pensarmos que, muitas vezes, as ações educativas podem seguir características dos dois modelos, mas o mais interessante e necessário é buscarmos sempre o diálogo com o outro, permitindo que cada pessoa se expresse à sua maneira e que encontre em você, ACS, e nos demais trabalhadores da equipe um espaço para falar e para ser escutada.

Ainda que já tenhamos nos aproximado dos dois principais modelos de educação em saúde, é importante pensarmos que não há fórmulas prontas para desenvolvermos ações educativas.

Entretanto, seguem abaixo algumas dicas que podem ajudar você no trabalho educativo com a comunidade, tanto em momentos individuais quanto em ações em grupo:

Ouvir e acolher as falas do outro, tentando não colocar juízo de valor;

Valorizar as diferenças entre as pessoas;

Estimular a fala, a participação e a expressão de sentimentos e dúvidas;

Escutar e compreender as necessidades das pessoas e do grupo

Fazer das necessidades das pessoas e do grupo o ponto de partida para as ações educativas;

Conversar sobre temas diversos, conforme os interesses manifestados pelas pessoas e pelo grupo;

Atentar para que, em situações de grupo, determinadas pessoas não assumam todo o tempo de fala e concentrem os assuntos somente em seus interesses;

Fortalecer o vínculo e a confiança;

Atentar para a linguagem utilizada, que precisa estar clara para as pessoas;

Reconhecer que os aspectos culturais e as crenças que as pessoas têm influenciam sua compreensão sobre saúde e também seus modos de vida;

Discutir sobre a importância da pessoa e do grupo na comunidade.

É chegada a hora de, a partir dos modelos de educação em saúde e das dicas apresentadas, experimentarmos o que seria pensar e propor uma ação educativa, em situações mais individuais, como em uma visita domiciliar, e em situações em grupo. Seguem abaixo duas situações que podem acontecer no cotidiano do seu trabalho como ACS e também algumas questões que podem contribuir para o desenvolvimento de uma ação educativa em cada uma das situações.

Atividade 3

Operando a educação em saúde: análise de situações cotidianas

Propomos que sejam formados grupos para refletir, discutir e registrar respostas para as questões colocadas em cada situação a seguir.

Para respondê-las, recupere o conceito ampliado de saúde e as discussões sobre os determinantes sociais em saúde, já que estamos entendendo a saúde como um fenômeno complexo e multideterminado.

Situação 1:

Acompanhando já há algum tempo uma família, você observa que Cinara, esposa de Mário e mãe de Beatriz, durante as últimas visitas que fez a casa dela, está tentando lhe contar algo sobre o uso do anticoncepcional. Aos poucos, ela vai falando sobre o desejo de parar de usar o anticoncepcional e que sente receio de contar ao Mário e de propor construir com ele outra possibilidade para se protegerem de uma nova gravidez. Ela disse que não suporta mais os efeitos colaterais do anticoncepcional e que precisa pensar em outras alternativas, mas que, para isso, é necessário conversar com o Mário. Ela conta que às vezes tem dificuldades para dialogar com ele, mas que deseja muito interromper o uso do anticoncepcional.

1. Que questões sociais, culturais, subjetivas, de oferta de serviços de saúde, dentre outras, estão relacionadas com essa situação?
2. Que aspectos da educação em saúde podemos mobilizar para, junto à Cinara, definirmos estratégias possíveis responder à situação que está lhe incomodando?
3. Que outras questões são importantes para pensarmos em saídas para essa situação?

Situação 2:

Durante as visitas domiciliares, você começa a observar que algumas mulheres do território em que você atua estão faltando aos exames citopatológicos (papanicolau). Você decide levar a situação para a reunião da equipe de saúde e então vocês, trabalhadores de saúde responsáveis pelo território, precisam pensar em estratégias para compreender o que está acontecendo e também para melhorar a frequência das mulheres ao exame.

1. O que você considera importante abordar nessa situação?
2. O que você proporia à equipe para lidar com a situação observada?
3. Que aspectos da educação em saúde podem ajudar na resolução dos problemas identificados?
4. Que outras questões são importantes para pensarmos em saídas para essa situação?

As duas situações colocadas acima e discutidas por vocês são apenas exemplos de como podemos utilizar a educação no cotidiano de trabalho, tanto no contato direto com a comunidade, quanto nas relações com a equipe. Ambas as situações, assim como muitas outras vivenciadas no dia a dia de trabalho, abrem caminhos para pensarmos, criativamente, a educação em saúde no território. Hoje, há muitas experiências interessantes sendo realizadas por ACS e por outros trabalhadores de saúde na Atenção Primária à Saúde.

Por exemplo, um agente de combate a endemias da cidade de Horizonte/Ceará, José Fábio de Sousa, fez nascer um palhaço dentro de si, o PalhaSUS Horizontino, e usa desse personagem para educar crianças, jovens e adultos do seu território sobre a prevenção contra a dengue, a zika, a febre amarela e a chikungunya. PalhaSUS Horizontino, muitas vezes em parceria com ACS, utiliza a música e os espaços da sua localidade para construir modos de prevenção com a comunidade. Quer saber mais sobre o trabalho do PalhaSUS Horizontino? Acesse a página no Facebook: “PalhaSUS Horizontino”. Há também vídeos no YouTube sobre o trabalho desenvolvido.

Outra experiência interessante aconteceu em Betim/Minas Gerais. Lá, um grupo de ACS, reconhecendo a importância de promoverem espaços de conversa e de interação com pessoas em sofrimento mental, propuseram, organizaram e realizaram encontros com as pessoas atendidas pela equipe de saúde. Os ACS elaboraram a proposta, convidaram os pacientes para os encontros e mobilizaram entre si aqueles que conduziram cada momento. Passeios, crochês e outras coisas compuseram os encontros. Foi uma aposta na capacidade de os próprios ACS criarem e manterem ativos espaços de educação em saúde junto à comunidade.

Outro exemplo inspirador, realizado em Lauro de Freitas/Bahia, utilizou a rádio comunitária local para inovar as ações de educação em saúde no território. A rádio comunitária, meio de comunicação normalmente acessado pela comunidade local, foi utilizada para divulgar, entre outros assuntos, informações sobre o funcionamento dos serviços da unidade de saúde e orientações nutricionais e de saúde bucal. O interlocutor da rádio, também da localidade, apresenta questões que são da própria comunidade, facilitando a compreensão das temáticas e fortalecendo os vínculos no território. Quer saber mais sobre esta e outras experiências desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde? Busque na internet a publicação “Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação”.

É muito interessante apostarmos em nossa capacidade criativa para realizarmos a educação em saúde nos territórios. Podemos lançar mão de músicas, jogos, rádio local, espaços da comunidade (como igrejas, escolas, centros comunitários, etc.), artesanatos, conversas, poesias e todas as outras coisas que a criatividade permitir. Ainda que você não seja um palhaço ou que não consiga realizar uma proposta com pessoas em sofrimento mental ou que não tenha uma rádio comunitária em sua localidade, o importante é apostar em si mesmo e promover diálogos com outros trabalhadores para fazer andar, de diferentes modos, a

educação em saúde nas localidades em que atuam. “Apostar em si e promover diálogos com outros trabalhadores” nos leva a pensar em outro aspecto da educação muito importante no dia a dia do nosso trabalho: a Educação Permanente em Saúde. **Você já ouviu falar sobre Educação Permanente em Saúde?**

Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um conceito que dá ênfase ao processo de ensinar e aprender no trabalho. **Para além dos cursos que cada trabalhador de saúde faz para melhorar os seus conhecimentos e a sua prática no serviço, a EPS nos convida a discutirmos, cada vez mais e melhor, os processos de trabalho em saúde, ou seja, os aspectos que fazem parte do dia a dia do nosso trabalho.** Na EPS, é importante “apostar em si”, ou seja, acreditar que você é importante para a equipe, para o serviço e para a comunidade e que, portanto, você pode ajudar a construir caminhos e soluções para as situações vivenciadas no território. É também importante “promover diálogos com outros trabalhadores”, ou seja, compreender que os aspectos do trabalho podem ser discutidos em conjunto e que um grupo de trabalhadores pode pensar e propor soluções melhores do que um único trabalhador, sozinho.

A proposta da EPS nos chama a acreditar mais nos encontros que temos com os outros trabalhadores todos os dias, abrindo espaço para a construção contínua e coletiva de conhecimentos. Os encontros podem nos ajudar a pensarmos e a problematizarmos nossas ações no trabalho, ampliando nossos aprendizados e nossas formas de atuar no serviço. Por exemplo, na Situação 2 (sobre a ausência das mulheres no exame de papanicolau), apresentada acima, há uma proposta de os trabalhadores, durante a reunião de equipe, conversarem e discutirem estratégias para compreenderem a situação e melhorarem a frequência das mulheres ao exame. Essa proposta, por trazer a possibilidade de todos os trabalhadores participarem e conversarem sobre algo que acontece no território do trabalho, pode ser considerada uma proposta de EPS. **Você vivencia experiências de EPS em seu cotidiano de trabalho? Como você pode estimular espaços de EPS no serviço em que atua?**

Abaixo, colocamos um “causo” que apresenta a proposta de EPS de modo mais poético. Ele foi elaborado durante uma ação de EPS realizada no município de Patos de Minas, com autoria de Rita dos Reis e Souza (Referência Técnica de EPS e de Humanização na Superintendência Regional de Patos de Minas).

Acolhimento, um caso verídico

Favor , muita atenção
Um causo vou contar
Foi feito um levantamento
Com as pessoas do meu lugar

Que ligava na ouvidoria
Pra poder reclamar
Não era falta de exame, nem consulta
Mas de não ter ninguém pra escutar

Fizemos muitas rodas
E os trabalhadores tinha muito muito pra contar
À medida que estudava os casos
Cada um tinha uma ideia pra dar

Começavam a pensar com quem podia contar
E levantava pontos que podia melhorar
De como fazer pra não deixar
As pessoas de madrugada na porta da Unidade
juntar

De como parar de marcar as pessoas todas
De uma vez pro médico olhar
De como o agente ia chegar na casa das
pessoas
Com um novo modo de olhar

De como a enfermeira podia reunir as pessoas
E mudar o jeito de perguntar
De como o médico escutando
Passou a se responsabilizar

Passou a assentar na roda pra pensar
Nas necessidades das pessoas e o risco
classificar
A equipe descobriu que tinha que compartilhar
E que o NASF tava lá pra poder apoiar

As mudanças foram tantas
Que vocês não vão acreditar
As pessoas ao invés de ir na secretaria
Passou a unidade procurar

Os trabalhadores na secretaria
Teve que lembrar
Que tinha que ficar atento
Às demandas que vinha de lá
Depois de tudo isso
Todos passaram a escutar
Saber que os problemas existem
Só não podemos eles guardar
Que a rede existe e depende de nós pra
funcionar
Vocês sabem que mineiro é sujeito muito
esperto
Que contou este causo
Pra falar de um SUS que deu certo.

Rita dos Reis e Souza

Leitura complementar



Você saberia dizer as principais diferenças entre educação permanente e educação continuada? O texto “Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde”, dos autores Eliana Claudia de Otero Ribeiro e José Inácio Jardim Motta, discute um pouco sobre o assunto.

Acesse-o na internet, faça uma boa leitura e discuta com o docente e colegas.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M. C. S.; PONTES, A. G. V.; SILVA, J. V. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, sup. 2, p. 1547-58, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 117-21, 2010.

MACIAZEKI-GOMES; R. C.; SOUZA, C. D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1637-46, 2016.

MERHY, E.E. Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

ATIVIDADE DE DISPERSÃO

Analisando uma ação educacional da minha UBS

Esta atividade de dispersão tem como objetivo analisar e problematizar uma ação educacional realizada na sua UBS e propor, caso seja possível, mudanças que a tornem mais dialógica e participativa. A ação analisada poderá contemplar tanto usuários quanto trabalhadores da saúde. Retome a diversidade de atividades que você desenvolve no seu dia a dia de trabalho e utilize o roteiro abaixo para analisá-la, fazendo as adaptações que forem necessárias. Você deverá apresentar para a turma no próximo encontro da aula presencial:

- Roteiro para análise da Ação Educativa:
- Breve descrição sobre a unidade básica de saúde em que você atua: tempo de existência da UBS; composição e número da equipe; número de famílias sob responsabilidade das equipes; principais ações ofertadas.
- Identificação da Ação Educativa escolhida para análise.
- Por que a ação escolhida é desenvolvida? Que fatores ou situações justificam o desenvolvimento desta atividade?
- Qual o público da ação, ou seja, para quem ela se destina?
- Que objetivos você e a equipe de saúde pretendem alcançar com o desenvolvimento desta ação?
- Como a(s) atividade(s) é (são) desenvolvidas e conduzidas? Há eleição de temas previamente? Se sim, quem os define? Vocês utilizam algum material de apoio? Que tipo de material?
- É realizado algum tipo de avaliação da ação, seja pelos próprios trabalhadores, pela equipe e/ou pelos usuários?
- Reflita sobre a ação educacional escolhida. Em sua opinião, ela cumpre com os objetivos pretendidos? Que pontos você considera positivos? Que questões podem ser melhoradas? Você considera que a ação se aproxima mais de uma ação educacional realizada no modelo Tradicional de Educação em Saúde ou no modelo Dialógico? Explique.



Anexos

RESOLUÇÃO SES/MG Nº 5.270, DE 13 DE ABRIL DE 2016

Atualizar a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (PEAPS/MG), estabelecendo a regulamentação de sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Estado de Minas Gerais.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, o § 1º da Constituição do Estado de Minas Gerais, o inciso IV do art. 222 da Lei Delegada Estadual nº 180, de 20 de janeiro de 2011e, considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que 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;

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

- o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; e

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.319, de 13 de abril de 2016, que aprova a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (PEAPS/MG), nos termos constantes no Anexo único desta resolução.

RESOLVE:

Art. 1º Atualizar a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais (PEAPS/MG), regulamentando sua implantação e operacionalização, além das diretrizes e normas para a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Estado de Minas Gerais, nos termos do Anexo Único desta Resolução. Parágrafo único. A Secretaria de Estado

de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) publicará documentos com detalhamento operacional e orientações específicas desta política.

Art. 2º A nova PEAPS/MG terá as seguintes linhas de ação prioritárias:

I – organização do processo de trabalho da Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde: desenvolvimento de ações que visem à organização do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde, no âmbito da gestão e do cuidado, visando ampliar o acesso e a resolutividade;

II – qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde: melhoria da Infraestrutura por meio de ações de construção, reformas e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), aquisição de equipamentos, mobiliários e insumos para as UBS;

III – qualificação do cuidado na Atenção Primária à Saúde: desenvolvimento de apoio institucional local e ações de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde, considerando as necessidades locais e com enfoque na gestão e no cuidado, buscando ampliar as competências, habilidades e atitudes dos gestores, dos trabalhadores das equipes de Atenção Primária à Saúde e dos usuários no enfrentamento dos problemas e na reflexão sobre o processo de trabalho, possibilitando a ampliação da capacidade local e regional;

IV – promoção da Equidade em Saúde: garantir o acesso e assistência integral e humanizada à saúde para todas e todos, livres de toda forma de preconceito e discriminação, considerando as especificidades e singularidades étnico-raciais, culturais, territoriais, de orientação sexual e identidade de gênero, de modos de vida e produção e de vulnerabilidades sociais, e outros determinantes sociais do processo de saúde e adoecimento da população. Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficam revogadas a Resolução SES/MG nº 3.688, de 19 de março de 2013; a Resolução SES/MG nº 3.689, de 19 de março de 2013; a Resolução SES/MG nº 3.713, de 17 de abril de 2013; a Resolução SES/MG nº 3.714, de 17 de abril de 2013.

Belo Horizonte, 13 de abril de 2016.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 5.270, DE 13 DE ABRIL DE 2016
(disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br)

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 5.270, DE 13 DE ABRIL DE 2016
POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MINAS GERAIS (PEAPS/MG)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2011), a Atenção Básica, aqui nessa Política denominada Atenção Primária à Saúde (APS), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Internacionalmente a APS é considerada nível essencial do sistema de saúde, representando o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde, baseada em um modelo de atenção que visa o cuidado longitudinal do indivíduo, para a maioria dos problemas e necessidades em saúde, independente do sexo, idade, órgão acometido ou patologia, proporcionando a atenção integral, a provisão de cuidados no contexto da família e da comunidade, assim como a coordenação dos diferentes níveis de atenção. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

A Estratégia de Saúde da Família é uma prioridade da Política Nacional de Atenção Básica para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras formas de organização da atenção primária à saúde deverão seguir as diretrizes da atenção primária à saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS).

O estado de Minas Gerais possui cerca de 20 milhões de habitantes distribuídos em 853 municípios. Caracterizado por grande extensão territorial, forte heterogeneidade socioeconômica e demográfica, o estado foi dividido administrativamente em 28 (vinte e oito) Unidades Regionais de Saúde (URS) pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG). As URS se configuram como Superintendências ou Gerências Regionais de Saúde, que têm por finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões mineiras, assegurando a qualidade de vida da população. Atualmente, o estado apresenta cobertura¹ de Atenção Básica de 82,20% e cobertura de Estratégia Saúde da Família de 79,59 %, considerando 5.174 equipes de saúde da família implantadas. A cobertura de Saúde Bucal é equivalente a 60,55%, se considerada somente a Estratégia Saúde da Família tem-se uma cobertura de 48,22%. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família somam 718 equipes. Hoje são 15 equipes de Consultório na Rua implantadas. Os dados são disponibilizados no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, em referência ao mês de janeiro do ano de 2016.

Existem no estado de Minas Gerais, duas formas de organização do modelo de Atenção Primária à Saúde, quais sejam: Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem equipes de Saúde da Família (ESF), também chamadas de UBS tradicionais e UBS com equipes de Saúde da

Família. Salienta-se que, mesmo de forma heterogênea quanto à organização e cobertura, a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde pretende estabelecer diretrizes para ambas as formas de organização, com a garantia do cumprimento destas diretrizes e de alcance dos resultados.

A SES/MG estabelece neste documento, um conjunto de diretrizes norteadoras da organização da Atenção Primária à Saúde e as principais orientações que possibilitarão, aos gestores estaduais e locais, a condução dos processos organizacionais e assistenciais dos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Portanto, espera-se que a PEAPS/MG seja discutida e pactuada com os gestores municipais, e que se estenda à todas as equipes da APS, por meio de um processo contínuo de diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários, tendo em vista a readequação e qualificação do trabalho. O objetivo é fortalecer a Atenção Primária à Saúde no Estado, enquanto eixo ordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS), proporcionando a melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário. 1 (*) Parâmetro de cobertura utilizado na PNAB, IDSUS e COAP, que consideram população de 3.000/hab./equipe, sendo que para equipes organizadas de outras formas, considera-se a carga horária médica na Atenção Básica de 60h/semanais para 3.000 hab.

Destaca-se que esse documento não tem a pretensão de esgotar todas as questões relacionadas à organização da Atenção Primária à Saúde no Estado e, quando pertinente, serão elaborados outros documentos que abordem temas específicos.

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS PARA A PEAPS-MG

1. DOS PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os princípios, diretrizes, a caracterização e a carteira dos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde serão orientadores para a organização da rede básica de saúde dos municípios no Estado de Minas Gerais.

São princípios norteadores da PEAPS/MG:

I - Acesso: a APS deve ser a porta de entrada a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. O acesso envolve questões financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, que vão facilitar ou dificultar a utilização por parte dos indivíduos. Envolve, portanto, a localização do serviço de APS próximo à área de residência ou trabalho da população usuária, os horários e dias de funcionamento, o grau de tolerância para consultas não agendadas e sua conveniência para os usuários.

II - Longitudinalidade do cuidado: a APS deve ser a uma fonte regular de atenção à saúde do cidadão ao longo do tempo. Pressupõe a criação de vínculo da população com sua fonte de atenção, refletido em fortes laços interpessoais e cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

III - Integralidade: as unidades de atenção primária devem estar preparadas para atender às necessidades em saúde da população de forma resolutiva. Constitui o conjunto de ações programáticas e de atenção à demanda espontânea e serviços organizados de forma a articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, em atuação multiprofissional, interdisciplinar e em equipe.

IV - Coordenação: entendida como a continuidade e a integração no cuidado do usuário, independentemente do nível de atenção onde o cuidado foi ofertado. Pressupõe o reconhecimento dos problemas de saúde abordados nos serviços de APS e em serviços dos outros níveis de atenção e a integração das ações realizadas nesses serviços tendo como foco a oferta do cuidado integral. Pressupõe ainda, o encaminhamento responsável e o acompanhamento do usuário quando este necessita de serviços especializados ou atendimentos em outros níveis de atenção (secundário, terciário), com a oferta de tecnologias compatíveis a cada nível de atenção.

V – Atenção centrada na pessoa e na família: ao invés da atenção centrada na doença/ agravo/evento, leva em conta as singularidades e as necessidades em saúde do indivíduo, promovendo a ampliação da sua autonomia para que possam participar efetivamente da tomada de decisão sobre a atenção à saúde em todos os níveis. Para tanto, considera-se as escolhas das pessoas e das famílias, incorporando os seus conhecimentos, valores, crenças e características culturais nos planos de cuidados. A atenção centrada na família considera o indivíduo e a família como um sistema, incluindo a família em três dimensões: como foco para a melhor compreensão da situação de saúde, como parte dos recursos que os indivíduos dispõem para a manutenção e/ou recuperação da saúde e como unidade de cuidado para cada indivíduo-membro.

VI – Trabalho em equipe: tem como objetivo trazer para esse ponto do cuidado diversos saberes e campos de atuação, com enfoque interdisciplinar e oferta de cuidado compartilhado entre os diferentes membros da equipe multiprofissional, visando o cuidado integral e resolutivo, com articulação técnica e clínica.

VII – Resolutividade: busca solucionar a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de reduzir danos e sofrimentos e oferecer resposta às necessidades e problemas identificados, encaminhando para outro nível de atenção somente as condições que ultrapassem a competência técnica e as possibilidades tecnológicas disponíveis na Atenção Primária à Saúde, evitando retornos e deslocamentos desnecessários dos indivíduos.

VIII – Equidade: esse princípio tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do SUS, se evidencia pelo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e de saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade.

IX – Intersetorialidade: planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais pelos

serviços de Atenção Primária à Saúde, conforme prioridades identificadas e definidas nos territórios, incluindo as ações de promoção da saúde e articulando articulação das diversas políticas sociais e urbanas implementadas nos municípios.

X – Segurança assistencial e qualidade do cuidado: estão relacionados entre si. A segurança assistencial corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado de saúde. Sendo ainda uma das dimensões da qualidade do cuidado, à qual está diretamente envolvida com o cumprimento das necessidades e expectativas dos usuários dos serviços de saúde, considerando a efetividade, a continuidade e o acesso aos serviços de saúde.

2. DAS DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A organização da rede de Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais terá como diretrizes:

I – A territorialização como definição de território de abrangência para o trabalho da equipe e adscrição da população do mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais em consonância com o princípio da equidade, com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades do território adscrito. Gradualmente, devem-se compatibilizar os territórios de organização da Atenção Primária à Saúde com aqueles da vigilância em saúde.

II – A adscrição dos usuários é um processo de cadastro e vinculação de pessoas e/ou famílias do território de abrangência aos profissionais/equipes, para que esses sejam referência para o seu cuidado, de forma a permitir o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização.

III – A Atenção ao primeiro contato ou “porta de entrada”, propiciando fácil acesso ao indivíduo, configurando-se como porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde e possibilitando a utilização dos serviços de atenção primária à saúde pelos usuários, como primeiro recurso, quando há uma necessidade ou problema de saúde, cumprindo a função da APS de filtro do sistema de saúde.

IV – O acolhimento enquanto uma prática que deve estar presente em todas as relações de cuidado entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, visando receber a demanda e provendo resposta adequada às necessidades individuais das pessoas. Constitui-se como uma tecnologia de cuidado e como um mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, uma vez que contempla adequadamente tanto a atenção programada quanto a atenção à demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos. O acolhimento é também entendido como um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe na APS. V - A responsabilização das equipes de Atenção Primária à Saúde pela atenção à saúde da população adscrita e pelo cuidado continuado de pessoas em seus territórios de vida e, em qualquer que seja o ponto de atenção da rede que necessitem, a garantia da acessibilidade, atenção abrangente e integral (não focalizada e não seletiva), alta resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado. Pressupõe, a atenção sobre riscos e vulnerabilidades

com estabelecimento de vinculação, da clínica ampliada e da gestão do cuidado. Além do estabelecimento de fluxos, mecanismos de transferência e encaminhamento responsável dos usuários que necessitarem de outros recursos assistenciais, de forma a garantir o acesso, em tempo oportuno, ao tipo de tecnologia necessária.

VI – O planejamento e programação das ações enquanto diretriz para a reorganização do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde, a partir da análise de situação de saúde da população adscrita e do território.

VII – A Vigilância em saúde compondo um conjunto de ações articuladas que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios. A realização de ações de vigilância em saúde na Atenção Primária garante a integralidade da atenção, incluindo tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. As equipes de APS devem atuar em ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde, através do desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade e especificidade local, compartilhando suas tecnologias e trabalhando de forma articulada com a Vigilância em Saúde.

VIII – A orientação familiar e comunitária possibilitando a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, assim como à identificação de fatores de risco e de proteção no contexto familiar e reconhecimento do contexto social.

IX – A Educação Permanente em Saúde como articulação entre ensino, gestão, atenção à saúde, controle social e a participação popular produzindo conhecimento e identificando pontos sensíveis e estratégicos para a resolução de problemas do cotidiano das práticas em saúde. E ainda, ampliando as competências, habilidades e atitudes dos gestores, dos trabalhadores das equipes de Atenção Primária à Saúde e da sociedade civil para solução de problemas a partir da reflexão crítica sobre o seu processo de trabalho, no trabalho e a partir do trabalho.

X – A Promoção da equidade com a implementação de políticas que desenvolvam um conjunto de ações e serviços de saúde priorizados em função da gravidade da doença e que busquem diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão expostos, contribuindo para alcançar, de forma igualitária e universal a garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços de saúde. Pressupõe levar em consideração as diferentes formas de discriminação como: determinantes sociais da saúde, o respeito à diversidade sexual e de gênero, à diversidade étnico-racial, cultural e territorial, bem como o rompimento de barreiras institucionais que dificultam o acesso à saúde. Envolve o respeito ao nome social de travestis e transexuais, o enfrentamento do racismo institucional e das demais diretrizes das políticas de promoção da equidade no SUS que abrangem as populações Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT), População dos Campos, Florestas e Águas, População Negra e População em Situação de Rua. Também estão previstas o desenvolvimento de ações que promovam a integralidade e o acesso das populações das ocupações urbanas e rurais, assentados, migrantes, refugiados e apatriados. As políticas de promoção da equidade devem considerar a intersetorialidade, os direitos humanos e sociais, a participação dos movimentos sociais e o fortalecimento do controle social como eixos norteadores de sua construção e implementação.

XI – A Promoção da Saúde enquanto uma estratégia de articulação transversal, na qual um conjunto de intervenções, individuais, coletivas e ambientais é responsável pela atuação intersetorial sobre os determinantes sociais da saúde, com o objetivo de estabelecer mecanismos para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades, e que vise o empoderamento social como forma de fomentar indivíduos/comunidades ativos sobre a produção de sua saúde.

XII – O Matriciamento é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Também pode ser entendido como um apoio técnico que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde, a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

XIII – A Participação social estimulando a participação dos indivíduos em busca da ampliação da autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

XIV – A gestão participativa com estímulo à participação dos indivíduos visando com o objetivo de fortalecer o processo democrático e ampliar o diálogo entre gestores, trabalhadores e comunidade.

CAPÍTULO III DAS RESPONSABILIDADES

1. DAS RESPONSABILIDADES COMUNS AO ESTADO E MUNICÍPIOS

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados na Política Nacional de Atenção Básica e na Política Estadual de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais;

II - apoiar e estimular a adoção da estratégia saúde da família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Primária à Saúde;

III - garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;

IV - contribuir com o financiamento tripartite da Atenção Primária à Saúde;

V - estabelecer, nos Planos de Saúde Estadual e municipais, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Primária à Saúde;

VI – identificar necessidades e viabilizar a qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, a formação e educação permanente dos profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;

VII - disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Primária à Saúde de acordo com suas responsabilidades;

VIII - planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Primária à Saúde;

IX - estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Primária à Saúde, como parte do processo

de planejamento e programação;

X - divulgar as informações e os resultados alcançados pela Atenção Primária à Saúde;

XI - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Primária à Saúde;

XII - viabilizar parcerias para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da estratégia de saúde da família no Estado;

XIII - estimular e promover as estratégias para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Primária à Saúde no Estado; e

IX - estimular a participação popular e o controle social.

2. DAS RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

I- pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Primária à Saúde no Estado, respeitados as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Resolução;

II- destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Primária à Saúde prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços, considerando critérios de equidade e qualidade;

III- ser corresponsável, pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Primária à Saúde transferidos aos municípios;

IV- submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional e fluxos estaduais estabelecidos nesse Anexo;

V- analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

VI- verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

VII- consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

VIII- prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Primária à Saúde e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;

IX- disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;

X- definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à promover a institucionalização da avaliação da Atenção Primária à Saúde;

XI- articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Primária à Saúde e das equipes de saúde da família;

XII- promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para

disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

XIII- elaborar e/ou revisar a política estadual e as estratégias de Atenção Primária à Saúde à saúde;

XIV- coordenar as políticas nacionais de Atenção Primária à Saúde no Estado; XV- apoiar na estruturação das redes de atenção à saúde no Estado;

XVI- garantir a integração das políticas de Atenção Primária à Saúde com os programas e redes prioritárias do Estado, visando à construção do sistema integrado de serviços de saúde;

XVII- promover ações para a melhoria dos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde nos municípios;

XVIII- elaborar políticas de apoio aos municípios para a instrumentalização da gestão dos serviços da Atenção Primária à Saúde;

XIX- acompanhar a implementação, monitorar e garantir a qualidade dos programas instituídos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde;

XX- acompanhar os resultados alcançados nas ações de Atenção Primária à Saúde, identificando os impactos e propondo ações de melhoria;

XXI- definir políticas e parâmetros para apoio à estrutura da Atenção Primária à Saúde.

XXII- assessorar tecnicamente os municípios no processo de implantação de equipes de saúde da família e garantir o financiamento da Atenção Primária à Saúde com recursos federal e estadual;

XXIII- apoiar e capacitar os municípios para a operacionalização dos sistemas de informação para a Atenção Primária à Saúde;

XXIV- fornecer subsídios à elaboração das políticas de Atenção Primária à Saúde com a utilização de dados dos sistemas de informação em saúde;

XXV- colaborar para o processo de aquisição de bens, insumos e/ou equipamentos, bem como de doações e transferências de recursos aos municípios para uso exclusivo da Atenção Primária à Saúde;

XXVI- orientar os municípios quanto à operacionalização e ao financiamento dos programas estaduais e federais de Atenção Primária à Saúde. São responsabilidades das Unidades Regionais de Saúde por meio dos núcleos de atenção primária à saúde (NAPRIS), desenvolver, em parceria com os municípios, estratégias operacionais para o funcionamento contínuo e eficaz da Atenção Primária à Saúde, competindo-lhe:

I- estimular o processo de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde enquanto coordenadora da rede de atenção à saúde, assessorando os municípios na implantação, monitoramento e avaliação de estratégias de qualificação;

II- orientar os municípios quanto à implantação, operacionalização e ao financiamento dos programas de Atenção Primária à Saúde, conforme as políticas estadual e federal;

III- participar do processo de acompanhamento e avaliação de indicadores, tendo em vista a qualificação e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde;

IV- promover a alimentação e utilização dos sistemas de informação para análise da

situação de saúde, a identificação de valores de risco e o planejamento das ações;

V- IV - Acompanhar a alimentação dos sistemas de informação inerentes às equipes de Atenção Primária à Saúde (ex.: SISAB, SCNES) de forma regular e fidedigna;

VI- participar do processo de acompanhamento de ações que envolvam infraestrutura da Atenção Primária à Saúde;

VII- buscar parcerias visando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde para efetivar a integralidade da atenção à saúde;

VIII- participar do processo de monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde dos municípios sob sua jurisdição, conforme preâmbulo do Capítulo VII desse Anexo;

IX- atuar na análise e subsidiar respostas nos processos de investigação de irregularidades detectados pelos órgãos de controle e/ou detectadas por técnicos da SES/MG, nos municípios sob sua jurisdição, bem como intervir conforme fluxos descritos nesse Anexo.

3. DAS RESPONSABILIDADES DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

I- pactuar estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Primária à Saúde no Estado, mantidos as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Resolução e em legislações federais vigentes;

II- destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Primária à Saúde;

III- ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Primária à Saúde transferidos aos municípios;

IV- priorizar a estratégia de Saúde da Família na organização da Atenção Primária à Saúde;

V- organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

VI- prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Primária à Saúde e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família; ;

VII- definir estratégias para institucionalização da avaliação da Atenção Primária à Saúde;

VIII- desenvolver ações que visem a formação e educação permanente dos profissionais de saúde das equipes de Atenção Primária à Saúde;

IX- selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Primária à Saúde, em conformidade com as legislações vigentes, garantindo o dimensionamento de profissionais, conforme composição de equipes de atenção básica preconizada em legislações nacionais vigentes

X- garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

XI- garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas na APS;

XII- realizar a programação das ações da Atenção Primária à Saúde considerando sua base territorial e as necessidades de saúde da sua população;

XIII- programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional, estadual ou correspondente local;

XIV- alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

XV- organizar fluxo de referência e contra-referência dos usuários, a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Primária à Saúde;

XVI- organizar o fluxo de referência e contra-referência de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde e atendimento nos serviços fora do âmbito da Atenção Básica (atenção secundária e terciária) e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

XVII- manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente, dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

XVIII- assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de Atenção Primária à Saúde, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção;

XIX- assegurar a existência de uma coordenação municipal, unidade equivalente ou referência técnica exclusiva responsável pela Atenção Primária à Saúde, sendo exercida por profissional de curso superior, preferencialmente da área da saúde, objetivando a garantia de um trabalho integrado por parte dessas equipes.

CAPÍTULO IV

DA CARACTERIZAÇÃO, DA INFRAESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde à saúde é composta por equipes de diferentes modalidades e tipologias. A Saúde da Família é uma estratégia prioritária para Minas Gerais.

Existem no estado de Minas Gerais, duas formas de organização do modelo de Atenção Primária à Saúde, quais sejam: Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem equipes de Saúde da Família (ESF), também chamadas de UBS tradicionais e Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família.

Salienta-se que, para ambas as formas de organização, devem ser seguidos os princípios e diretrizes descritos na PEAPS/MG, com a garantia do cumprimento destas

diretrizes e de alcance dos resultados, em consonância com o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando compreender as necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do Estado.

A caracterização dos serviços de Atenção Primária à Saúde inclui a padronização de nomenclatura por tipologias para as unidades básicas de saúde, segundo porte e tipo de equipe, bem como, segundo tipo de serviços ofertados. A tipologia e a oferta de serviços subsidiarão a elaboração da carteira de serviços para a Atenção Primária à Saúde do estado, considerando os diferentes arranjos existentes e os objetivos a serem cumpridos pelas unidades básicas de saúde.

1.1 TIPOLOGIA DE ESTABELECIMENTOS QUE COMPÕEM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: unidade para realização de atendimentos de Atenção Primária à saúde a uma população, de forma integral programada ou não. Os atendimentos são prestados por profissionais que compõem as equipes saúde da família ou por profissionais que compõem outras especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior.

Posto de Saúde: unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por equipe de Atenção Primária à Saúde.

Unidade Mista: unidade básica de saúde destinada à prestação de atendimento em Atenção Primária à Saúde e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais. Pode dispor, caso não haja no município ponto de atenção específico, serviço para atendimento de urgência/emergência 24 horas e Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia (SADT) básico ou de rotina.

Pólo da Academia da Saúde: constitui um equipamento da Atenção Primária à Saúde, que visa contribuir para a promoção da saúde da população a partir desses espaços com infraestrutura e profissionais qualificados para o desenvolvimento de práticas corporais, orientação de atividade física, e ações de educação e saúde tais como: segurança alimentar e nutricional, de educação alimentar, promoção da cultura da paz, da saúde do trabalhador, bem como outras temáticas de promoção da Saúde que envolvam a realidade da comunidade e que sejam trabalhadas em consonância com os princípios, diretrizes e estratégias da Política Estadual de Promoção da Saúde.

1.2 TIPOLOGIA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estratégia Saúde da Família (ESF): composta por equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família com, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Equipe de Saúde Bucal (ESB): a equipe saúde bucal deve fazer parte da equipe multiprofissional das equipes saúde da família. Devendo ser composta por cirurgião dentista

generalista ou especialista em saúde da família e profissionais auxiliares em saúde bucal (auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal).

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família, das Equipes de Atenção Primária à Saúde para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes. Os NASF fazem parte da Atenção Primária à Saúde, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de Atenção Primária à Saúde).

Equipes do Consultório na Rua (eCR): equipes da Atenção Primária à Saúde, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. Na ausência da eCR, a atenção à população em situação de rua deverá ser prestada pela equipe de Atenção Primária à Saúde do território onde essas pessoas estão concentradas e/ou onde estas pessoas se encontram.

Estratégia de Agentes Comunitários De Saúde (EACS): possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Primária à Saúde com vistas à implantação gradual da estratégia de saúde da família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Primária à Saúde. Cada equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde é composta por um enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde (máximo de 12 ACS e mínimo de 04 ACS), vinculados a um serviço de Atenção Primária à Saúde.

Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp): apresenta composição multiprofissional e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas unidades básicas de saúde a que estiver vinculada. O número de pessoas custodiadas e o perfil epidemiológico dessas pessoas determinarão as modalidades de equipe, bem como suas respectivas cargas horárias.

1.3 OFERTA DE SERVIÇOS

As diretrizes para composição de equipe, oferta de serviços e ações específicas, conforme tipologias de unidade básica de saúde serão normatizadas em documento específico.

2 DA INFRAESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A infraestrutura das unidades deve estar de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica e normativas federais e estaduais vigentes, assim como com as normas sanitárias. Outras definições sobre infraestrutura e funcionamento das unidades básicas de saúde devem respeitar as legislações federais e estaduais.

3 EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As ações de Educação Permanente propostas e desenvolvidas devem estar calcadas prioritariamente nas necessidades locais e nas diretrizes das políticas nacional e estadual de Educação Permanente em Saúde, de Atenção Primária à Saúde e demais normativas pertinentes e vigentes. E ainda, devem ser promovidas através de articulação, de forma regionalizada e descentralizada entre: a Secretaria Estadual de Saúde, suas Subsecretarias e a Escola Estadual de Saúde Pública (ESP-MG), Instituições de Ensino Superior, COSEMS, Conselho Estadual de Saúde (CES) e Ministério da Saúde, tendo como objetivo ofertar regularmente cursos com ênfase nas seguintes temáticas: Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde; instrumentalização de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais profissionais das equipes; Gestão na Atenção Primária à Saúde; Redes de Atenção à Saúde Educação Permanente em Saúde; Participação Popular e Controle Social.

4 DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A organização do processo de trabalho visa à qualificação do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde por meio do desenvolvimento de ações no âmbito da gestão e do cuidado, visando ampliar o acesso e a resolutividade, tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. A organização e o processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde devem estar de acordo com as orientações das políticas nacional e estadual. As diretrizes estaduais sobre a organização do processo de trabalho das Equipes de Atenção Primária à Saúde, no âmbito da gestão e do cuidado e as diretrizes clínicas para o manejo das condições de saúde, serão estabelecidas em documentos específicos.

5 DO APOIO INSTITUCIONAL

O Apoio Institucional deve proporcionar a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos e ser orientado pela relação horizontal e Educação Permanente com o objetivo de transformar as relações de supervisão em relações que produzam a democratização e publicização dos processos de gestão e de decisão, fazendo com que estas últimas sejam tomadas a partir da análise e discussão coletiva, promovendo a autonomia de sujeitos e coletivos. Deve reconhecer as especificidades locais e as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e coletividades, Além de possibilitar a promoção de vínculo, interlocução entre diferentes atores sociais, corresponsabilização e um processo contínuo de pactuação e Educação Permanente nos processos de trabalho na saúde na Atenção Primária.

CAPÍTULO V DAS ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1 ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (EACS)

Para a implantação e manutenção da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) deve-se observar os itens abaixo:

- I – existência de UBS inscrita no SCNES, que passa a ser a UBS de referência para a equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- II - existência de um enfermeiro para no mínimo 4 (quatro) e até 12 (doze) ACS;
- III - cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais por todos os profissionais;
- IV - definição das microáreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não ultrapasse a 750 (setecentos e cinquenta) pessoas. A implantação da EACS deve ser adotada como estratégia inicial para implantação da Estratégia Saúde da Família, devendo ser substituída gradativamente.

2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Para a implantação e manutenção da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem-se observar as seguintes especificidades:

- I – existência de UBS inscrita no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), dentro da área de abrangência das Equipes de Saúde da Família (eSF).
- II – existência de equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujos profissionais estejam cadastrados no SCNES, com as cargas horárias de trabalhos informadas e exigidas para cada modalidade.
 - a) Esses profissionais não poderão ocupar outras funções que resultem em incompatibilidade de horários, inclusive aquelas inerentes ao cargo de gestor municipal, diretor clínico de Hospital e de Responsável Técnico (RT) por atividades realizadas no âmbito hospitalar, entre outras.
 - b) Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 1 (uma) eSF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 2 (duas) e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais.
 - c) Carga horária de 40 (quarenta) horas para todos os profissionais de saúde membros da ESF, à exceção dos profissionais médicos, que deverão observar o disposto na alínea 'e' deste artigo.
 - d) A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas para as atividades na equipe, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 8 horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da

família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

e) Para os profissionais médicos inseridos na eSF, serão admitidas além da inserção integral (40 horas), outras 5 (cinco) modalidades de inserção, com diferenciação no valor do incentivo financeiro federal, conforme disposto na Portaria nº 2.488/2011.

III – Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. A média recomendada é 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição.

IV – o número de agentes comunitários de saúde deve ser suficiente para cobrir 100% (cem por cento) da população cadastrada, com um limite máximo de 750 (setecentas e cinquenta) pessoas por agente e de 12 (doze) agentes por equipe.

V – a eSF pode ser configurada em duas modalidades, de acordo com os seguintes critérios:

a) Modalidade 1: todas as eSF dos municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, as eSF dos municípios constantes do Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definidos também na Portaria nº 90/GM, e as eSF que atuam em municípios e áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), definidos na Portaria nº 2.920/GM/MS, de 3 de dezembro de 2008.

b) Modalidade 2: equipes implantadas em municípios que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

VI – o processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento da UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e a longitudinalidade do cuidado.

3 EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (eSB)

Para a implantação e manutenção da equipe de saúde bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem-se observar os seguintes critérios:

I – existência de UBS inscrita no SCNES, na qual funcionará a equipe de saúde bucal vinculada à equipe de saúde da família, a mesma na qual a eSF está inserida;

II – consultório odontológico para a eSB, de acordo com as necessidades do desenvolvimento das ações de sua competência, instalado dentro da UBS (a mesma em que a eSF está funcionando), ou em espaço adjacente à mesma, funcionando, assim, no mesmo terreno;

III – espaço com equipamentos necessários para desenvolvimento das atividades clínicas inerentes ao Técnico em Saúde Bucal (TSB), quando na equipe de modalidade II no mesmo consultório, uma vez que as atividades clínicas do TSB devem ser supervisionadas diretamente pelo cirurgião-dentista (Lei 11.889, de 24 de dezembro de 2008), respeitando-se, quanto à sua localização, o mesmo definido para o consultório odontológico;

IV – a inclusão da eSB poderá ocorrer de forma gradativa, de acordo com as possibilidades do município, sempre atendendo à razão de uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da família;

V – a eSB pode ser planejada em duas modalidades de composição, mediante diferenciação dos incentivos financeiros, sendo que os profissionais de saúde bucal estejam vinculados a uma equipe de saúde da família, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território adscritos à equipe à qual está vinculada:

a) Modalidade I: equipe composta por cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB).

b) Modalidade II: equipe composta por cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB).

VI - cumprimento de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os seus componentes.

VII - para a inclusão da ESB é necessária a implantação da Estratégia Saúde da Família, podendo-se manter a equipe de saúde bucal, caso a equipe de saúde da família seja transformada em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os profissionais das modalidades I ou II podem desenvolver parte de suas atividades em Unidade Odontológica Móvel (UOM), nos casos de municípios que foram contemplados pelo Ministério da Saúde com a referida unidade.

4 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Para a implantação e manutenção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem-se observar as seguintes especificidades:

I - O NASF podem se organizar em modalidade NASF 1, NASF 2 ou NASF 3;

II - O NASF não se constitui em porta de entrada do sistema de saúde;

III - O NASF não deverá se constituir em serviço de média e alta complexidade;

IV - O NASF faz parte da Atenção Primária à Saúde, mas não se constitui como serviço com unidade física independente ou especial, e não é de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de Atenção Primária à Saúde);

V - Deve-se definir o território de atuação de cada NASF de acordo com as equipes de saúde da família e/ou equipes de Atenção Primária à Saúde para populações específicas às quais estes NASF estiverem vinculados;

VI - O NASF tem o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária à Saúde, bem como a sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de atenção à saúde, tendo como referência a territorialização das equipes;

VII - Planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, de forma compartilhada entre os profissionais (Equipe NASF, Equipe Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária à Saúde para populações específicas);

VIII - Selecionar, contratar e remunerar os profissionais do NASF, em conformidade

com a legislação vigente nos municípios;

IX - Disponibilizar espaço físico adequado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem o NASF, não sendo recomendada estrutura física específica para a equipe de NASF;

X - Garantir número de equipes e carga horária compatível ao estipulado em

XI - Informar a substituição do profissional do NASF por meio do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

XII - Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada, preferencialmente, dentro do território de atuação das equipes de saúde da família e/ou equipes de Atenção Primária à Saúde para populações específicas, às quais estão vinculados;

XIII - Alimentar os dados de produção no sistema de informação vigente, conforme periodicidade definida;

XIV - O NASF deve atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as redes sociais e as redes comunitárias, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde;

XV - O NASF deve utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de Atenção Primária à Saúde para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição;

XVI - A definição da composição do NASF é de responsabilidade dos gestores municipais, de acordo com os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e da demanda das equipes de saúde que serão apoiadas;

XVII - As categorias profissionais que podem compor as equipes de NASF são:

- a) Assistente Social;
- b) Profissional /Professor de Educação Física;
- c) Farmacêutico;
- d) Fisioterapeuta;
- e) Fonoaudiólogo;
- f) Médico Acupunturista;
- g) Médico Geriatra;
- h) Médico Ginecologista/Obstetra;
- i) Médico Homeopata;
- j) Médico Internista (clínica médica)
- l) Médico Pediatra;
- m) Médico Psiquiatra;
- n) Médico do Trabalho;
- o) Médico Veterinário;

p) Nutricionista;

q) Profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas;

r) Psicólogo;

s) Terapeuta Ocupacional;

t) Educador Social;

XVIII - O NASF 1 deverá ter uma equipe composta por profissionais de nível superior, escolhidos dentre as ocupações citadas anteriormente no item XVII e que reúnam as seguintes condições:

a) A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;

b) Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas;

c) Cada ocupação considerada isoladamente deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.

XIX - O NASF 2 deverá ter uma equipe composta por profissionais de nível superior, escolhidos dentre as ocupações citadas anteriormente no item XVII e que reúnam as seguintes condições:

a) A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais;

b) Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas;

c) Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

XX - O NASF 3 deverá ter uma equipe composta por profissionais de nível superior, escolhidos dentre as ocupações citadas anteriormente no item XVII e que reúna as seguintes condições:

a) A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais;

b) Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e

c) Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

XXI - Os NASF 1, 2 e 3 devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção.

5 EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (eCR)

Para credenciamento de Equipes de Consultório na Rua (eCR) deverão ser observados os seguintes critérios:

I – O cálculo do teto das eCR de cada município é estabelecido pelo Ministério da Saúde com base nos dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais. O parâmetro adotado, pelo MS, é de uma eCR a cada variação de 80 (oitenta) a 1000 (mil) pessoas em situação de rua. O cálculo do número máximo de novas equipes de consultório na rua financiadas pelo MS está disponível no site eletrônico

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/calculo_equipe_consultorios_na_ua.pdf.

II – Os municípios que não foram nomeados como elegíveis pela Portaria Ministerial poderão ser contemplados com eCR, desde que comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos nesta Portaria;

III – As atividades das eCR devem ser realizadas in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário;

IV – O cumprimento da carga horária mínima semanal é de 30 (trinta) horas, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana, conforme demanda das pessoas em situação de rua;

V – Inclusão, nas atividades das eCR da busca ativa e do cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas;

VI – Utilização pelas eCR, quando necessário, de instalações das UBS do respectivo território;

VII – Disponibilização, pelo gestor municipal de saúde, de veículo para deslocamento da eCR, de forma a viabilizar o cuidado presencial para a população de rua, respeitando a identidade visual do veículo;

VIII – A eCR pode ser planejada em três modalidades de composição mediante diferenciação dos incentivos financeiros:

a) Modalidade I: equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão ser: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; sendo os outros 2 (dois) componentes da equipe os seguintes profissionais: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

b) Modalidade II: equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão ser: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; sendo os outros 3 (três) componentes da equipe os seguintes profissionais: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

c) Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

CAPÍTULO VI

DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, CONDUTAS PERANTE IRREGULARIDADES E SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

1. DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.1. DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Para credenciamento das Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes Saúde Bucal (eSB) e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) o município deverá encaminhar ao Núcleo de Atenção Primária (NAPRIS) da sua respectiva Superintendência ou Gerência Regional de Saúde (SRS/GRS), os seguintes documentos:

I – ofício do Gestor Municipal, em papel timbrado, contendo a solicitação, endereçada ao Secretário de Estado de Saúde, explicitando o número de equipes e modalidade das mesmas;

II – cópia da ata de aprovação ou resolução do Conselho Municipal de Saúde (CMS), especificando o número de equipes e as modalidades;

III – projeto de implantação das eSF e/ou eSB, e das EACS, nos moldes do formulário padrão;

IV – declaração de incentivo, nos moldes do formulário padrão;

Os formulários para elaboração de projetos de eSF, eSB e EACS, padronizados pela SES/MG, assim como as orientações para o seu preenchimento, encontram-se disponíveis no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br. Nos casos de solicitação de mudança de modalidade de eSB, os documentos solicitados são os mesmos citados acima, havendo apenas a substituição do projeto de implantação da equipe pela justificativa de mudança de modalidade.

O município que solicitar ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para eSF já credenciada pelo Ministério da Saúde deverá enviar ao NAPRIS ofício do Gestor Municipal contendo a solicitação e a justificativa de ampliação, endereçada ao Secretário de Estado de Saúde, explicitando o número de ACS e a declaração de incentivo.

Municípios que receberem a Unidade odontológica Móvel (UOM) deverão seguir o fluxo regular de credenciamento de equipes observando as peculiaridades da nota técnica disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/gera/Nota_Tecnica_UOM.pdf.

Na análise dos projetos, o NAPRIS deverá verificar a existência das características e das condições mínimas de implantação e funcionamento das equipes de Atenção Primária à Saúde, com especial atenção para:

I - o teto máximo de equipes de Atenção Primária à Saúde do município, publicado pelo Ministério da Saúde, disponível no site do Departamento de Atenção Básica em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.

II - infraestrutura incluindo área física (conforme normas sanitárias), equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

III - delimitação da área de atuação da equipe, com estimativa da população residente;

IV - cadastramento das famílias, visando à eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de atuação da equipe de saúde;

V - identificação e intervenção sobre os fatores de risco aos qual a população estiver exposta;

VI - prestação da atenção integral à saúde da população, compreendendo ações de promoção, prevenção, curativas, de reabilitação e cuidados paliativos;

VII - estímulo à organização da comunidade para a efetivação do controle social e democratização da gestão dos serviços de saúde;

VIII - desenvolvimento das ações de saúde em parceria com outros setores da comunidade;

IX - facilidade de acesso da população às ações de saúde, em seus diversos níveis de complexidade, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com a RENASES e protocolos estabelecidos pelo município, Estado e Ministério da Saúde;

X - ênfase no trabalho em equipe multiprofissional;

XI - a forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária definida para cada profissional das equipes;

XII - a implantação do sistema de informação para Atenção Primária à Saúde vigente no momento de implantação da equipe, incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

XIII - o processo de avaliação do trabalho das equipes e a forma de acompanhamento dos indicadores da Atenção Primária à Saúde;

O NAPRIS, após receber a documentação relacionada nos Itens I a IV, deverá analisá-la de acordo com as especificidades de cada projeto e emitir parecer, nos moldes do modelo padrão disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br, observando as seguintes orientações:

I – Se a documentação estiver correta, enviar para a Comissão Intergestores Regional (CIR), o parecer favorável, o ofício do gestor municipal e a declaração de incentivo original para a homologação.

II – Se a documentação não estiver correta, deverá ser devolvida ao município, acompanhados do parecer contendo as orientações para correção.

III – Os projetos de saúde bucal deverão ser analisados pela referência técnica de saúde bucal da SRS/GRS, que emitirá o parecer técnico. Após homologação, a CIR deverá encaminhar à secretaria executiva da CIBSUS/MG a declaração de incentivo original juntamente com formulário de homologação das equipes aprovadas. A Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG encaminhará toda a documentação à Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS) da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS), com exceção da documentação relativa aos projetos de saúde bucal que deverão ser encaminhados para a Diretoria de Saúde Bucal (DSB) da SAPS.

A SAPS/DPAPS encaminhará ao Ministério da Saúde ofício informando as equipes

aprovadas no âmbito estadual e as respectivas declarações de incentivo originais. A SAPS/DPAPS/DSB encaminhará Memorando ao NAPRIS para dar ciência do envio ao Ministério da Saúde da documentação solicitando credenciamento das equipes e/ou de ampliação do número de ACS.

A SRS/GRS e os municípios deverão acompanhar o credenciamento das equipes solicitadas através das Portarias publicadas no Diário Oficial da União. Após o credenciamento das equipes pelo Ministério da Saúde ou no caso de modificação dos membros da equipe, o município deverá encaminhar para o NAPRIS o formulário padronizado de constituição de equipe, acompanhado da cópia dos documentos dos profissionais, mantendo as informações atualizadas no SCNES. O NAPRIS fará a conferência dos documentos e arquivará os formulários de constituições de equipe recebidos para acompanhamento junto ao SCNES.

1.2 DAS EQUIPES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Para implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) deverão ser observados os seguintes critérios, conforme modalidade:

I – O NASF 1 somente poderá ser implantado no município vinculando-se a, no mínimo, 5 (cinco) e, no máximo, a 9 (nove) eSF e/ou equipes de Atenção Primária à Saúde para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

II – O NASF 2 somente poderá ser implantado no município vinculando-se a, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 4 (quatro) eSF e/ou equipes de Atenção Primária à Saúde para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

III – O NASF 3 somente poderá ser implantado no município vinculando-se a, no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) eSF e/ou equipes de Atenção Primária à Saúde para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

IV – Para comprovação do número de eSF e/ou equipes de Atenção Primária à Saúde implantadas, essa informação deve ser acompanhada no sítio eletrônico http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.

V – O número máximo de NASF 1 aos quais os municípios podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado por meio de fórmula matemática, tendo como numerador o quantitativo de eSF no município e denominador o numeral 5.

VI – O número máximo de NASF 2 ao qual o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

VII – O número máximo de NASF 3 ao qual o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 3.

Poderá ser implantado somente 1 (uma) modalidade de NASF por município. A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios implicará no não recebimento do incentivo financeiro federal.

Cada NASF poderá ser vinculado a, no máximo, 03 (três) polos do Programa Academia

da Saúde em seu território de abrangência, independentemente do tipo de NASF e da modalidade do polo implantado.

Para cada polo vinculado à equipe do NASF deverá existir pelo menos 1 (um) profissional de saúde de nível superior com carga horária de 40 horas semanais ou 2 (dois) profissionais de saúde de nível superior com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, o(s) qual(is) será(o) responsável(is) pelas atividades do Programa Academia da Saúde. Este(s) profissional(is) deve(m) ter formação compatível e exercer função relacionada às atividades da Academia da Saúde.

Para solicitar o credenciamento das equipes do NASF, o município deverá encaminhar ao Núcleo de Atenção Primária (NAPRIS) da sua respectiva Superintendência ou Gerência Regional de Saúde (SRS/GRS), os seguintes documentos:

I – ofício do Gestor Municipal, em papel timbrado, contendo a solicitação, endereçada ao Secretário de Estado de Saúde, explicitando o número de núcleo e respectiva modalidade;

II – cópia da ata de aprovação ou Resolução do Conselho Municipal de Saúde (CMS);

III – projeto de implantação, nos moldes do formulário padrão, assinado pelo gestor municipal, disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br.

O NAPRIS após receber a documentação relacionada acima, deverá proceder a análise documental de acordo com a especificidade do projeto e emitir parecer, nos moldes do modelo padrão disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br, observando as seguintes informações:

I – Se a documentação estiver correta, enviar o parecer favorável, o ofício do gestor municipal para homologação na Comissão Intergestores Regional (CIR).

II – Após homologação, a CIR deverá encaminhar a Secretaria Executiva da CIB- SUS/ MG o formulário de homologação dos NASF aprovados.

III – A Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG encaminhará o documento à Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS) da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

A SAPS/DPAPS enviará ofício ao Ministério da Saúde informando os municípios com os respectivos números de NASF e modalidades que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros bem como enviará Memorando ao NAPRIS para ciência do envio.

A SRS/GRS e os municípios deverão acompanhar o credenciamento das equipes solicitadas através das Portarias publicadas no Diário Oficial da União.

Para alteração da modalidade de NASF, para fins de adequação ao número de equipes de saúde da família atualmente implantadas, deverão ser observados os seguintes critérios:

I – Para alteração de modalidade de NASF os municípios deverão encaminhar ao NAPRIS ofício do gestor municipal formalizando a solicitação e informando a justificativa.

II – O NAPRIS encaminhará a solicitação da alteração de modalidade à SAPS/DAPS e dará ciência à CIR (Comissão Intergestores Regional).

III – A DPAPS/SAPS encaminhará ofício ao Ministério da Saúde informando os municípios com as respectivas mudanças de modalidade do NASF.

IV – A SRS/GRS e os municípios deverão acompanhar a publicação de Portaria que

autoriza a mudança de modalidade do NASF das equipes solicitadas publicadas no Diário Oficial da União.

Para mudança da constituição de equipe do NASF os municípios devem realizar a alteração no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), dar ciência ao Conselho Municipal de Saúde e enviar a constituição de equipe atualizada ao NAPRIS. A mudança da constituição de equipe do NASF deve respeitar a carga horária mínima para cada modalidade de NASF..

1.3 DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

Para solicitar o credenciamento de equipes de Consultório na Rua, o município deverá encaminhar ao Núcleo de Atenção Primária (NAPRIS) da sua respectiva Superintendência ou Gerência Regional de Saúde (SRS/GRS), os seguintes documentos:

I – ofício do Gestor Municipal, em papel timbrado, contendo a solicitação, endereçada ao Secretário de Estado de Saúde, explicitando o número de eCR e sua modalidade;

II – cópia da ata de aprovação ou resolução do Conselho Municipal de Saúde (CMS);

III – projeto de credenciamento da eCR, nos moldes do formulário padrão, disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br.

O NAPRIS após receber a documentação relacionada acima supracitado, deverá verificar a existência das características e das condições mínimas de implantação e funcionamento das equipes e emite parecer, nos moldes do formulário padrão, disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br, observando as seguintes orientações:

I – Nos casos de emissão de parecer técnico favorável, o NAPRIS encaminhará o referido parecer, juntamente ofício do gestor municipal para homologação na Comissão Intergestores Regional (CIR-SUS/MG).

II – Após homologação, a CIR deverá encaminhar a Secretaria Executiva da CIB- SUS/ MG o formulário de homologação da eCR aprovada.

III – A Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG encaminhará o documento à Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS) da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

A SAPS/DPAPS enviará ofício ao Ministério da Saúde informando os municípios com os respectivos números de eCR e modalidades que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros bem como enviará Memorando ao NAPRIS para ciência do envio.

A SRS/GRS e os municípios deverão acompanhar o credenciamento das equipes solicitadas através das Portarias publicadas no Diário Oficial da União.

Após publicação de portaria pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde deverá realizar o cadastro no SCNES das eCR e sua vinculação a uma UBS.

O início do repasse ocorre após a habilitação do município, estando vinculado à demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e alimentação de dados no Sistema de Informação vigente.

Para alteração da modalidade de eCR, deverão ser observados os seguintes critérios:

I – Para alteração de modalidade de eCR os municípios deverão encaminhar ao NAPRIS ofício do gestor municipal formalizando a solicitação e informando a justificativa.

II – O NAPRIS encaminhará a solicitação da alteração de modalidade à SAPS/DAPS e dará ciência à CIR (Comissão Intergestores Regional).

III – A DPAPS/SAPS encaminhará ofício ao Ministério da Saúde informando os municípios com as respectivas mudanças de modalidade de eCR.

IV – A SRS/GRS e os municípios deverão acompanhar a publicação de Portaria que autoriza a mudança de modalidade do eCR das equipes solicitadas publicadas no Diário Oficial da União.

Para alteração da constituição de equipe do eCR os municípios devem obter deliberação do Conselho Municipal de Saúde e realizar a alteração no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e enviar a constituição de equipe atualizada ao NAPRIS.

2. DOS INCENTIVOS FEDERAIS PARA IMPLANTAÇÃO E CUSTEIO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O valor para implantação e custeio das equipes de Atenção Primária à Saúde, segundo sua modalidade, é definido por meio de Portaria do Ministério da Saúde e serão repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, observando:

I – Os valores dos incentivos financeiros para a implantação e os recursos de custeio, que serão transferidos a cada mês terão como base o número de equipes cadastradas no SCNES.

II – Não farão jus ao recebimento do incentivo financeiro de implantação das equipes de Atenção Primária à Saúde os municípios que já tenham recebido recursos de implantação em períodos anteriores.

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é o sistema de informação vigente para fins de financiamento das equipes de Atenção Primária à Saúde.

Não farão jus ao recebimento do incentivo financeiro de custeio das equipes de Atenção Primária à Saúde os municípios que não alimentarem e validarem o Banco de Dados Nacional do SISAB por 03 (três) competências consecutivas das respectivas equipes.

O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) das equipes de Atenção Primária à Saúde são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos, observando:

I – O processo de cadastramento e manutenção ou atualização cadastral dos estabelecimentos de saúde onde as equipes de Atenção Primária à Saúde estão inseridas é feito totalmente em meio eletrônico, em periodicidade minimamente mensal ou imediatamente após sofrerem modificações de suas informações, através do Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

II – A esfera de direção do SUS responsável pelo território onde o estabelecimento de saúde se encontra, deverá validar e enviar os dados constantes no modelo de informação do SCNES para a base de dados nacional do CNES.

III – Não farão jus ao recebimento do incentivo financeiro de custeio das equipes de Atenção Primária à Saúde os municípios que apresentarem alguma irregularidade de

profissional vinculado a essas equipes no SCNES.

3. COMPETÊNCIAS DA SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DAS UNIDADES REGIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Compete à Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e à Diretoria de Políticas da Atenção Primária à Saúde (DPAPS):

I - Receber a documentação enviada pela Secretaria Executiva da CIB-SUS e encaminhar ofício ao Ministério da Saúde referente à implantação das equipes de Atenção Primária à Saúde dos municípios do Estado de Minas Gerais.

II - Analisar o cenário de solicitação de credenciamento de equipes de Atenção Primária à Saúde dos municípios e articular estratégias para a sua implantação.

III - Apoiar o desenvolvimento das ações das equipes de Atenção Primária à Saúde, de acordo com as legislações vigentes.

IV - Cooperar tecnicamente com as Unidades Regionais de Saúde nos processos que envolvem a implantação, manutenção, financiamento das equipes de Atenção Primária à Saúde nos municípios de Minas Gerais.

Compete ao Núcleo de Atenção Primária em Saúde (NAPRIS) das Unidades Regionais de Saúde:

I - Contribuir para o processo de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios sob sua jurisdição, assessorando-os na implantação das equipes de Atenção Primária à Saúde.

II - Realizar análise dos projetos de credenciamento das equipes de Atenção Primária à Saúde, conforme as normativas vigentes e encaminhar a documentação necessária à Comissão Intergestores Regionais (CIR) para homologação.

III - Ofertar o suporte necessário às direções municipais do SUS em seu território nos processos de implantação, manutenção, financiamento das equipes de Atenção Primária à Saúde.

4. DAS CONDUTAS PERANTE IRREGULARIDADES

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses de recursos referentes às equipes e aos serviços de Atenção Primária à Saúde, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I – inexistência de UBS cadastrada para o trabalho das equipes.

II – ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica.

III – descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes.

IV – ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da Saúde que comprovem o início de suas atividades.

V – malversação ou desvio na utilização dos recursos.

As irregularidades passíveis de suspensão de recursos são aquelas que ferem o disposto nos itens I a V acima. As irregularidades não passíveis de suspensão de recursos são aquelas que não ferem o disposto nos itens I a V acima e ambas serão detalhadas em nota técnica específica.

Caso a irregularidade seja detectada por órgãos de controle e notificada à SAPS e/ou publicizada por portaria ministerial, a SAPS encaminhará a documentação à SRS/GRS competente para que seja realizada Visita de Supervisão Técnica e posterior emissão de Relatório de Supervisão Técnica.

A SAPS analisará o Relatório de Supervisão Técnica e, com base em seu conteúdo, emitirá Parecer Técnico ao órgão demandante.

No caso de irregularidade passível de suspensão de recursos, constatada durante as visitas realizadas por técnicos da SES/MG, estas deverão ser oficializadas ao município, considerando sequencialmente o fluxo abaixo:

I – Estabelecer o prazo de 30 dias para correção;

II – ciência à CIR sobre a irregularidade encontrada, bem como o prazo para correção da mesma;

III – emissão de Relatório de Supervisão Técnica à SAPS detalhando a situação encontrada no município e as condutas instituídas pela SRS/GRS perante as irregularidades;

IV – no caso de não correção da irregularidade, após o prazo estabelecido para correção, os técnicos da SRS/GRS emitirão relatório à SAPS, detalhando a situação atual do município e as condutas realizadas, e esta solicitará ciência à CIB-SUS/MG que, por sua vez, oficializará ao Ministério da Saúde.

V – No caso de correção da irregularidade, após o prazo estabelecido para correção, os técnicos da SRS/GRS darão ciência à CIR e emitirão relatório à SAPS, detalhando a situação atual do município e as condutas realizadas, e esta realizará o arquivamento da demanda.

No caso de irregularidade que não seja passível de suspensão de recursos, constatada durante as visitas realizadas por técnicos da SES/MG, estas deverão ser oficializadas ao município, considerando sequencialmente o fluxo abaixo:

I – Estabelecer o prazo de 30 dias para correção;

II – emissão de Relatório de Supervisão Técnica à SAPS detalhando a situação encontrada no município e as condutas instituídas pela SRS/GRS perante as irregularidades

III – no caso de não correção da irregularidade, após o prazo estabelecido para correção, os técnicos da SRS/GRS emitirão relatório à SAPS, detalhando a situação atual do município e as condutas realizadas, e esta oficializará o setor de auditoria assistencial da SES/MG.

IV – No caso de correção da irregularidade, após o prazo estabelecido para correção, os técnicos da SRS/GRS e emitirão relatório à SAPS, detalhando a situação atual do município e as condutas realizadas, e esta realizará o arquivamento da demanda.

Caso a SAPS seja cientificada sobre auditoria que tenha sido encerrada sem que todas as irregularidades tenham sido corrigidas, deverão ser tomadas as seguintes providências,

conforme descrito abaixo:

I – Para irregularidades passíveis de suspensão de recursos e que ainda não tenham gerado a suspensão dos recursos pelo Ministério da Saúde, deverá ser seguido o fluxo descrito para irregularidade passível de suspensão de recursos.

II – Para irregularidades não passíveis de suspensão de recursos pelo Ministério da Saúde, deverá ser oferecido apoio técnico e administrativo na regularização da situação. O detalhamento das condutas perante esta situação será descrito em nota técnica específica.

Em todos os casos de irregularidades, que estejam em desacordo com o preconizado em legislação anterior no âmbito federal ou estadual, a SES/MG, por meio da SAPS e das SRS/GRS fornecerá ao município apoio técnico e administrativo na regularização da situação.

5 DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

Para solicitação de crédito retroativo referente aos incentivos federais o município deverá encaminhar ao NAPRIS o formulário padronizado, disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br (conforme anexo IV), discriminando o tipo de recurso financeiro que não foi creditado, a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com seus respectivos profissionais, os relatórios de produção das equipes disponível no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e o ofício do gestor municipal pleiteando a complementação de crédito e justificando o motivo da suspensão.

I – A solicitação de crédito retroativo se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

II – Os relatórios do SISAB a serem enviados para comprovação de produção das equipes serão os de atendimento e acompanhamento.

III – O NAPRIS analisará a adequação da solicitação do crédito e encaminhará à Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS) da SAPS a documentação pertinente, conforme padronizado, juntamente com parecer técnico favorável à liberação do crédito retroativo.

IV – A DPAPS/SAPS após analisar a adequação da solicitação encaminhará ao Departamento de Atenção Básica a solicitação de complementação de crédito dos incentivos.

CAPÍTULO VII

DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O processo de avaliação e monitoramento das equipes de Atenção Primária à Saúde devem respeitar as normativas vigentes e outras adequações serão normatizadas em documento específico ou em resolução específica deliberada pelo Conselho Estadual de Saúde e pactuada em CIB, quando pertinente.

CAPÍTULO VIII

DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O financiamento das ações e serviços de Atenção Primária à Saúde do Estado levará em considerando critérios de equidade e qualidade, com vistas a implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Primária à Saúde e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, nas seguintes linhas de ação:

I – Organização do processo de trabalho da Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde: desenvolvimento de ações que visem à organização do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde, no âmbito da gestão e do cuidado, visando ampliar o acesso e a resolutividade.

II – Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde: melhoria da Infraestrutura por meio de ações de construção, reformas e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), aquisição de equipamentos, mobiliários e insumos para as UBS.

III – Qualificação do cuidado na Atenção Primária à Saúde: desenvolvimento de apoio institucional locorregional e ações de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde, considerando as necessidades locais e com enfoque na gestão e no cuidado, buscando ampliar as competências, habilidades e atitudes dos gestores, dos trabalhadores das equipes de Atenção Primária à Saúde e dos usuários no enfrentamento dos problemas e na reflexão sobre o processo de trabalho, possibilitando a ampliação da capacidade locorregional.

IV – Promoção da Equidade em Saúde: garantir o acesso e assistência integral e humanizada à saúde para todas e todos, livres de toda forma de preconceito e discriminação, considerando as especificidades e singularidades étnico-raciais, culturais, territoriais, de orientação sexual e identidade de gênero, de modos de vida e produção e de vulnerabilidades sociais, e outros determinantes sociais do processo de saúde e adoecimento da população.

