

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CLAUDIA DA SILVA DE MEDEIROS

O processo ensino-aprendizagem do agente comunitário de saúde:  
a interface entre teoria e prática

Rio de Janeiro  
2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CLAUDIA DA SILVA DE MEDEIROS

O processo ensino-aprendizagem do agente comunitário de saúde:  
a interface entre teoria e prática

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de  
Sá como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Saúde da Família.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miriam Garcia Leoni

Rio de Janeiro  
2008

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram, incentivaram e acreditaram na execução desta pesquisa, em especial as minhas orientadoras, Professora Doutora Miriam Leoni, que com sua experiência abrilhantou este trabalho e a Professora Doutora Elaine, que com muito amor e sabedoria guiou meus passos.

À professora Valéria Romano, pelas colocações pertinentes e espírito de colaboração em todos os momentos.

Ao professor Hesio Cordeiro pelo carinho que sempre nos atendeu, e a toda equipe do mestrado, pelo empenho no financiamento do Curso através das bolsas de estudo fornecida pela parceria com o Ministério da Saúde.

À equipe de trabalhadores do PSF-Lapa, que abriu suas portas, contribuindo na execução deste trabalho, assim como os trabalhadores do PACS Paquetá, que de forma tão amigável me recebeu, em especial aos agentes comunitários de saúde destas unidades, que carinhosamente aceitaram participar da pesquisa.

Aos colegas de mestrado, onde juntos tivemos a oportunidade de aprender e fazer novos amigos.

Aos professores, que com muita competência nos acompanharam.

A Aline Luna, secretária do mestrado, sempre pronta a nos orientar.

À minha família, pois sem o apoio de cada um deles eu não teria chegado até aqui.

E é claro, a Deus, que colocou cada uma destas pessoas no meu caminho, e me deu condições de continuar.

## RESUMO

Minha prática profissional com a formação de Agentes Comunitários de Saúde me fez refletir sobre a prática desde profissional e a sua percepção sobre a importância do seu processo de ensino e aprendizagem. Diante disto, muitas indagações surgiram, dentre elas uma se destacou: qual a percepção do agente comunitário de saúde, sobre a importância do seu processo de formação profissional para que tenha uma atuação satisfatória? O objeto deste estudo é o processo ensino-aprendizagem do agente comunitário de saúde e o objetivo geral é analisar as percepções dos agentes comunitários de saúde sobre a importância que eles atribuem ao seu processo de aprendizagem. Os objetivos específicos são: verificar como os agentes comunitários que atuam na Área Programática 1.0 percebem seu processo de formação profissional; refletir sobre as atribuições profissionais preconizadas pelo Ministério da Saúde e a prática profissional destes agentes comunitários e correlacionar o conteúdo oferecido na formação profissional dos agentes comunitários de saúde com as atribuições realizadas por eles nas Unidades. Acredito que pesquisar como os agentes comunitários de saúde percebem a importância do seu processo de ensino-aprendizagem seja de grande contribuição para sua formação profissional. Utilizou-se o método qualitativo, valorizando o cotidiano do indivíduo, seu momento e emoções (TOBAR *et al.*, 2003). A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista semi-estruturado, aplicado a oito agentes comunitárias de saúde. Os cenários utilizados foram, o Programa Saúde da Família Lapa e o Programa Agente Comunitário de Saúde Paquetá, ambos pertencentes à Área Programática 1.0. Da análise dos dados, emergiram quatro categorias: Diversidade da formação profissional, Variações da atribuição profissional, Dificuldades do agente comunitário de saúde em sua prática profissional e Percepções do ACS sobre a importância de sua atividade profissional. Pode-se considerar que os objetivos do presente estudo foram atingidos, pois foi possível constatar a autopercepção do agente comunitário de saúde sobre a importância de sua formação profissional.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde. Formação Profissional. Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

My professional practice with the formation of Community Agents of Health made me contemplate on me the practice from professional and their perception on the importance of teaching and learning process. Facing this, many inquiries appeared, among them one stood out: which the community agent's of health perception, on the importance of their process of professional formation to have a satisfactory performance? The object of this study is the community agent's of health teaching learning process and the general objective is to analyze the community agents' of health perceptions on the importance that they attribute to their learning process. The specific objectives are: to verify how the community agents that act in the Programmatic Area 1.0 notice their process of professional formation; to contemplate about the professional attributions extolled by Ministério da Saúde and these community agents' practice professional and to correlate the content offered in the community agents' of health professional formation with the attributions accomplished by them in the Units. I believe that to research as the community agents of health they notice the importance of their teaching-learning process it is of great contribution for their professional formation. The qualitative method was used, valuing the daily of the individual, their moment and emotions (TOBAR *et al.*, 2003). The collection of data was accomplished through a semi-structured interview route, applied to nine community agents of health. The used sceneries were Lapa Family Health Program and the Paquetá Community Agent of Health Program, both belonging to the Programmatic Area 1.0. After the analysis of the data, four categories emerged Diversity of the professional formation, variations of the professional attribution, the community agent's of health difficulties in their professional practice and perceptions of ACS on the importance of their professional activity. It can be considered that the objectives of the present study were reached, therefore it was possible to verify the community agent's of health self-perception on the importance of their professional formation.

**Key-words:** Community Agent of Health. Professional Formation. Family Health Program.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	FINANCIAMENTO DO SUS NO PERÍODO DE 1988 A 2000	22
QUADRO 02	MOMENTOS RELEVANTES NA HISTÓRIA DO PSF NO BRASIL	25
QUADRO 03	ETAPAS UTILIZADAS PARA A COLETA DE DADOS	37
QUADRO 04	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	40

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01	EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS. BRASIL – 1994 – OUTUBRO/2006	23
------------	--	----

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CAP – Coordenação de Área Programática  
CAPSI – Sistema de Informação da Coordenação da Área Programática  
CNE/CEB – Conselho Nacional de Educação/Conselho de Educação Básica  
EC – Ementa Constitucional  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
FUNASA – Fundo Nacional de Seguridade e Assistência  
GM – Gabinete Ministerial  
INAMPS – Instituto Nacional de Amparo e Previdência Social  
IRA – Insuficiência Respiratória Aguda  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
PAB – Programa de Atenção Básica  
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde  
PIASS – Plano Integrado de Assistência a Seguridade Social  
PROESF – Programa de Expansão e Consolidação de Estratégias de Saúde da Família  
PSF – Programa Saúde da Família  
RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SP – São Paulo  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
TO – Tocantins  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
1.1	PROBLEMA DO ESTUDO	14
1.2	OBJETIVOS	15
<b>1.2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>15</b>
<b>1.2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>16</b>
2.1	SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO	17
2.2	O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS	19
2.3	AS PRINCIPAIS TRANSFORMAÇÕES NO PROCESSO DE GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	21
2.4	EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL	23
2.5	FUNCIONAMENTO DO PSF	27
2.6	OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ATRIBUIÇÕES E REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL	29
2.7	FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	30
2.8	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	32
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>35</b>
3.1	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	36
3.2	TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	37
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>40</b>
4.1	DIVERSIDADE DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	40
<b>4.1.1</b>	<b>Insuficiência no treinamento</b>	<b>42</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Ausência de treinamento</b>	<b>43</b>
<b>4.1.3</b>	<b>“Treinamento” em serviço</b>	<b>45</b>
<b>4.1.4</b>	<b>“Treinamento” por execução de tarefas</b>	<b>47</b>
4.2	ATRIBUIÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO	49
<b>4.2.1</b>	<b>Encaminhar para o médico</b>	<b>51</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Criar condições para promoção de saúde</b>	<b>53</b>
4.3	DIFICULDADES DO ACS EM SUA PRÁTICA PROFISSIONAL	56
<b>4.3.1</b>	<b>Descontinuidade do trabalho da equipe do PSF</b>	<b>56</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Falta de infra-estrutura/insumos</b>	<b>59</b>
<b>4.3.3</b>	<b>Sobrecarga de trabalho</b>	<b>61</b>
<b>4.3.4</b>	<b>Baixos salários</b>	<b>63</b>
4.4	PERCEPÇÕES DOS ACSS EM RELAÇÃO À SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL	66
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>69</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>73</b>

<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO A - PORTARIA Nº 648 DE 28 DE MARÇO DE 2006</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO B - MAPA DAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS DO RIO DE JANEIRO</b>	<b>111</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Dentro da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), proposta adotada pelo Governo Federal para buscar alcançar os objetivos do Sistema Único de saúde (SUS), um dos diferenciais mais marcantes é a atuação de uma equipe multiprofissional, que insere no contexto da saúde um novo participante: o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O ACS deve ser uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha e recebe uma formação a partir de referenciais biomédicos. Sendo assim, este novo profissional pode ser considerado um importante ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre dois saberes e práticas: o científico e o empírico.

Sendo assim, a formação dos agentes comunitários de saúde é um importante tema para ser estudado, uma vez que a atuação deste profissional é fundamental na implementação das ações de saúde. Andrade, Barreto e Fonseca (2005) mencionam que o ACS possui um papel privilegiado na dinâmica de implantação e de consolidação do novo modelo assistencial, pois numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação. Tudo dependerá de como ele interage com a equipe, quando bem orientado, atua como elo, orientando e encaminhando para os demais membros os problemas por ele detectados, quando este, porém, não se sente como parte integrante da equipe, o trabalho fica bastante prejudicado, pois como nos afirmam Andrade, Barreto e Fonseca (2005) um mediador entre a comunidade e a equipe técnica.

Após 14 anos de atuação como enfermeira em um Hospital Universitário de grande porte na Cidade do Rio de Janeiro, recebi o convite para atuar como docente

num curso profissionalizante (técnico em enfermagem) de uma das escolas que utilizava o hospital como cenário de estágio. No primeiro momento, pensei em recusar o convite, pois nunca havia atuado como docente. No entanto optei em aceitar o desafio, afinal quem atua em um hospital-escola de alguma forma participa do processo de aprendizagem.

Inicialmente, passamos por um processo de capacitação para atuarmos de acordo com a proposta pedagógica da Instituição. O curso no qual eu deveria atuar era dividido em quatro módulos, dentre os quais, fui designada para atuar no segundo, que abordava a Formação do Agente Comunitário de Saúde.

Os alunos com quem tive a oportunidade de trabalhar possuíam o ensino fundamental, porém deveriam entre outras coisas desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, além de cadastrar famílias atualizando sempre os cadastros e identificar indivíduos e famílias em áreas de risco (BRASIL, 2001). Competências amplas e complexas, estas para serem trabalhadas em seis meses, tempo previsto para este módulo, de acordo com projeto pedagógico da instituição.

Nessa experiência, com a formação de ACS, percebi que alguns deles apresentavam dificuldades em atuar de forma satisfatória para exercerem as atribuições definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), das quais duas merecem uma atenção especial quando se discute a formação desses profissionais. A primeira, afirma que os ACS devem orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde e a segunda, salienta que eles devem informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades.

Curiosamente, no desenvolvimento de duas atribuições pode-se identificar o movimento bi-direcional dos agentes, aqueles que, de um lado, informam à

população "modos de fazer", estabelecidos pelo sistema médico oficial e que, de outro lado, munem os profissionais de saúde de elementos chaves para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população.

Neste sentido, o treinamento desses agentes deve munir-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.

As experiências vividas durante o período que atuei como docente na formação de ACS, me fizeram buscar, no curso de mestrado, respostas para algumas das inquietações que tinha sobre o processo de formação profissional dele, dentre as quais, destaco a distância que havia entre o saber popular e o saber científico. Acredito que esta distância seja compreensível até mesmo pelo próprio perfil exigido do agente comunitário: um morador da comunidade há pelo menos dois anos, com mais de dezoito anos e que soubesse ler e escrever (BRASIL, 2001).

## 1.1 PROBLEMA DO ESTUDO

Frente à percepção das dificuldades de atuação dos agentes comunitários, comecei a refletir sobre a qualidade da formação profissional que lhes é ofertada. Esta reflexão me levou a formular a seguinte pergunta: qual a percepção do agente comunitário de saúde sobre a importância do seu processo de formação profissional para que tenha uma atuação satisfatória?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Na tentativa de responder a esta questão, venho buscar no curso de mestrado profissional em saúde da família, uma oportunidade de analisar as percepções dos agentes comunitários de saúde sobre a importância que eles atribuem ao seu processo de aprendizagem.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

Visando alcançar o objetivo geral formulado, apresento os seguintes objetivos específicos:

- Verificar como os agentes comunitários de saúde que atuam na CAP 1.0 percebem seu processo de formação profissional;
- Refletir sobre as atribuições profissionais preconizadas pelo MS e a prática profissional dos agentes comunitários de saúde que atuam na CAP 1.0;
- Correlacionar o conteúdo oferecido na formação profissional dos agentes comunitários de saúde com as atribuições realizadas nestas unidades.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Não poderíamos seguir na discussão da importância da formação do ACS sem entender como ocorre sua inserção no atual contexto do sistema político de saúde brasileiro, o qual optamos por descrever a partir do movimento de reforma sanitária.

Os principais objetivos da reforma sanitária brasileira foram assegurar o direito da população à saúde e seu correspondente direito, a responsabilidade do Estado. Tais objetivos foram apresentados na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da seguinte forma:

Art. 196: a saúde é direito de todos e dever do Estado – quando na Lei Orgânica da Saúde.

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

Tais definições significaram um gigantesco avanço social, permitindo que todo e qualquer brasileiro passasse a ter o direito à saúde. No entanto, estas definições ainda eram muito gerais e, infelizmente, insuficientes. A garantia do direito à saúde dependia de uma série de medidas concretas para se tornar realidade.

Foi assim, que em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, com o objetivo de assegurar o acesso universal, integral e igualitário (CORDEIRO, 2005). Tem como eixo central garantir a atenção à saúde a todo cidadão no cotidiano dos serviços do sistema público de saúde brasileiro. Esta atenção deve ser oferecida de forma qualificada e contínua com medidas de prevenção de doenças, de tratamento, de reabilitação e de promoção da saúde, por meio de um sistema de gestão descentralizado.

Desta forma, neste capítulo, pretendo apresentar um breve histórico sobre o longo processo de reforma sanitária brasileira, a implementação do Sistema Único de Saúde e a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), para oferecer ao

leitor um panorama geral do sistema político de saúde onde o Agente Comunitário está inserido e atua.

## 2.1 SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO

A rede de ações e serviços existente em 1988 dava ênfase na rede hospitalar, era insuficiente e inadequada, estando altamente concentrada nas regiões Sul e Sudeste, principalmente nas grandes capitais. A forma de pensar e agir de grande parte das autoridades e profissionais de saúde fora formada no período anterior, quando o acesso à saúde não era um direito, mas um benefício em contrapartida à contribuição financeira dos trabalhadores.

A Constituição Federativa do Brasil de 1988 estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, cabendo a este prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Neste contexto, o Estado deve ser entendido não apenas como o Governo Federal, mas como Poder Público, abrangendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. A iniciativa privada, em caráter complementar, atua quando o setor público for incapaz de atender à demanda programada, segundo a lógica e diretrizes do SUS. Estas ações são garantidas com financiamento público, derivado dos impostos e das chamadas contribuições sociais (sobre movimentações financeiras, lucro e faturamento das empresas e etc); fundos públicos de saúde, de forma tripartite, ou seja, nos três níveis de governo, para onde convergem necessariamente todos os recursos na saúde (RODRIGUES, 1999).

A atual legislação brasileira ampliou a definição de saúde, considerando-a resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, tais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte,

lazer, acesso a bens e serviços essenciais. O modelo de atenção para a saúde deve considerar também os problemas futuros agravados pela transição demográfica, acumulação epidemiológica e pelas evidências que apontam para uma sociedade mais violenta. E, ainda, os relacionados à insegurança alimentar e nutricional, aos fatores ambientais de risco e às condições inadequadas de habitação e saneamento básico (RODRIGUES, 1999).

As reformas do Estado Brasileiro trazidas pela Constituição Federal de 1988 dão uma nova configuração ao Estado e à forma de organizar os serviços públicos. As bases da reforma sanitária, que começam a ser estruturadas na década de 80, estão concentradas principalmente em um novo desenho das políticas sociais e de seguridade social combinadas com uma ampla proposta de reorganização na prestação de serviços que inclui mecanismos inovadores de expansão da cobertura, dirigidos especialmente aos grupos não inseridos no setor formal da economia e destituídos de capacidade contributiva (CORDEIRO, 2005).

Ainda, de acordo com Cordeiro (2005), as principais características em que se fundamenta esta reforma são: o reconhecimento da necessidade e da oportunidade de mudança para o acesso cada vez mais equitativo da população aos serviços; a instituição de mecanismos de inclusão social nas políticas públicas; a adoção de fórmulas para a racionalização dos mecanismos de financiamento e redução de gastos; a reorientação dos sistemas e serviços de saúde com critérios de promoção de saúde; e a ênfase na transformação do modelo de atenção para se obter equidade, integralidade e efetividade dos serviços de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro 1990.

## 2.2 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

O SUS está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo território nacional, com direção única em cada esfera do governo (RODRIGUES, 1999). Deve-se observar a estratégia de hierarquização e regionalização na conformação das redes de serviço, na descentralização e na melhoria da gestão pública com adequação do modelo às realidades locais. O SUS não é uma estrutura isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania, pois o sistema insere-se no contexto das políticas de seguridade social (RODRIGUES, 1999).

O SUS foi concebido durante um processo político ao mesmo tempo tenso e rico. Tenso por ter correspondido aos anos finais da ditadura militar e carregado, portanto, dos conflitos e incertezas característicos de uma transição política. Rico por refletir a mobilização de diferentes setores da sociedade, com fortes expressões de criatividade e crítica ao regime militar e suas características centrais. A reforma sanitária foi uma dessas expressões de mobilização e criatividade, conseguindo firmar um ideário de mudança do setor de saúde, baseado na noção do direito da população (RODRIGUES, 1999).

Um ano e dois meses depois de a Constituição Federal reconhecer o direito de todos os brasileiros à saúde, criando o SUS, Fernando Collor de Mello tomou posse como primeiro presidente eleito do país desde 1964, com uma grande agenda política claramente neoliberal. No campo da saúde, seu governo definiu uma série de medidas administrativas que afetaram a área, com a subordinação do INAMPS ao Ministério da Saúde e a criação da FUNASA, além da redução dos recursos financeiros do Sistema (RODRIGUES, 1999).

O principal impacto político do novo governo sobre o processo de implantação do SUS se deu, contudo, no que diz respeito ao conteúdo da Lei Orgânica da Saúde. A Lei nº 8.080/90 sofreu 25 vetos do Presidente da República, os quais alteraram o projeto original, principalmente quanto ao controle e à participação social, quanto ao financiamento do Sistema e quanto à estruturação do Ministério (RODRIGUES, 1999). Como resultado, acabou sendo rearticulado novo projeto que resultou na Lei nº 8.142/90, que trata dos mecanismos de controle e participação social (conselhos e conferências) e de alocação e repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais. As formas de participação da sociedade definidas pela Lei forma: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (art. 1º), ambos nas três esferas do governo (União, Estados e Municípios).

Como se pode ver, tanto a situação política, quanto a econômico-financeira em que o SUS foi criado foram das mais complicadas. Os principais fatos estão relacionados ao financiamento, sem dúvida, a maior dificuldade do período. Além da redução dos recursos de financiamento do Sistema, no governo Collor, a crise da Previdência Social fez com que, em 1993, o SUS perdesse sua principal fonte de financiamento, que representava 80% de suas receitas. Desde aquele ano, até 2000, quando foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, o SUS viveu grande instabilidade de suas fontes de receita (RODRIGUES, 1999).

A realização dos princípios constitucionais do SUS implicava em conquistas na organização do sistema em toda a sua complexidade, sem prejuízo de qualquer princípio, em especial a universalidade, a integralidade e a equidade.

A conquista da equidade perpassa todos os outros desafios e envolve o diagnóstico das desigualdades no âmbito de microterritórios, a discriminação positiva com aporte de recursos e ações diferenciadas, a intersetorialidade das ações de

promoção e proteção da saúde, a humanização do atendimento e a elevação da cobertura populacional, até então desfavorecida (CORDEIRO, 2005).

### 2.3 AS PRINCIPAIS TRANSFORMAÇÕES NO PROCESSO DE GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O processo de implantação do ideário reformista foi marcado, no entanto, por grandes dificuldades políticas, cujos principais momentos são resumidos no quadro apresentado na próxima página.

O primeiro desafio que qualquer governo enfrenta na área de saúde são os recursos disponibilizados ao setor. No Brasil, o aumento dos recursos nominais do orçamento do Ministério da Saúde ofereceu espaço para uma política ativa de alocação de recursos de acordo com prioridades estabelecidas, e o pequeno aumento dos recursos reais permitiu expandir as ações e serviços de saúde.

O foco principal do Governo Federal foi estimular a expansão da atenção básica à saúde. Praticamente, todas as decisões na gestão da política e no direcionamento de recursos giraram em torno dessa prioridade. O outro foco foi a descentralização dos recursos, desde que atendidos requisitos mínimos de gestão nas 3 esferas de governo. Na atenção básica utilizou-se o mecanismo de incentivo para a implantação e desenvolvimento de equipes de saúde da família, programa considerado estratégico para a reorientação do sistema de saúde nacional.

**QUADRO 1 - FINANCIAMENTO DO SUS NO PERÍODO DE 1988 A 2000**

Ano	Governo	Principais fatos
1988	José Sarney	Criação do SUS – Constituição Federal
1990	Fernando Collor de Mello	Lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde (25 artigos vetados); Lei nº 8.142 – critérios de repasse dos recursos de participação da sociedade.
1991		
1992		Norma Operacional nº 01/1991 (NOB 01/91) – critérios para o repasse de recursos no SUS iguais aos do INAMPS. Crise do financiamento (gasto federal per capital cai de US\$ 80 em 1988 para US\$ 44, em 1992); vários hospitais privados rompem seus convênios com o SUS.
1993/1994	Itamar Franco	Extinção do INAMPS; Início da recuperação dos níveis de financiamento; NOB 01/93 – estabelece os primeiros critérios de gestão e de repasses financeiros na direção das diretrizes constitucionais; Crise da Previdência Social e fim do financiamento do SUS com base em recursos previdenciários; Início da instabilidade das fontes de financiamento.
1995	Fernando Henrique Cardoso	O Ministro Bresser Pereira (Administração) tenta introduzir medidas neoliberais no SUS.
1996		
2000		NOB 96 – reação a Bresser – normas de financiamento e organizações mais próximas dos princípios constitucionais. EC nº 29 – Determina mínimos de despesas da União, dos estados e Municípios com a saúde; Norma Operacional de Assistência à Saúde no 01/2000 (NOAS 01/00) – Regras para a regionalização e hierarquização da rede.

Fonte: Rodrigues, 1999.

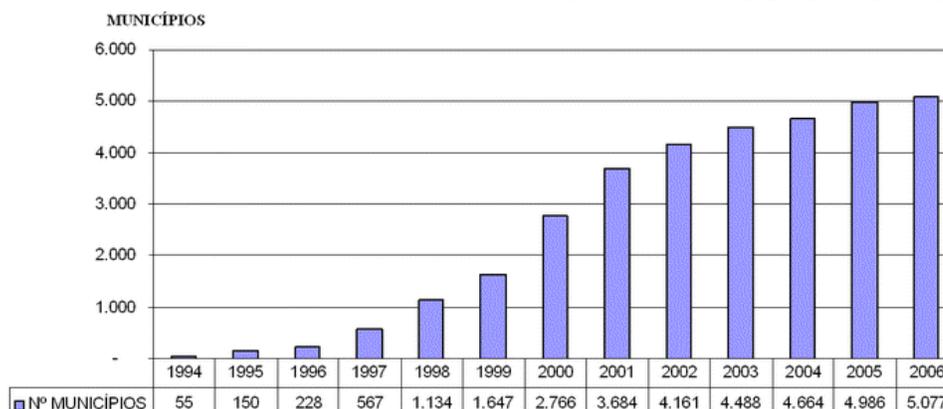
Finalmente, do ponto de vista da melhor organização do sistema e com a perspectiva de melhorar sua eficiência, sua eficácia e, principalmente, ampliar as possibilidades de acesso ao sistema por toda a população, foi concebida a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, em 2001, cujo objetivo principal é organizar a rede de assistência do SUS de maneira a assegurar à população o acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde: baixa, média e alta complexidade.

## 2.4 EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Como estratégia para alcançar os objetivos do SUS, surge a proposta do Programa Saúde da Família (PSF), que se apresenta no atual cenário da política de saúde brasileira como um modelo de atenção em saúde, pautado no paradigma da vigilância à saúde, buscando articular a ação programática em saúde com as políticas públicas setoriais e transeitoriais (PAIM, 1986). Além disso, o PSF propõe uma ampliação do lócus de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos. Tal característica vem contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes e a comunidade local.

O Programa Saúde da Família tem se constituído num dos pilares do movimento de regionalização do sistema de saúde brasileiro, consolidando-se como política prioritária de governo, conforme evidências, entre as quais podemos citar a grande expansão numérica da estratégia de saúde da família, especialmente a partir de 1994, com ampliação quantitativa e geográfica da cobertura, pelo progressivo aumento do número de Municípios, Estados e Regiões no país, conforme mostra o gráfico 1.

**GRÁFICO 1 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS. BRASIL - 1994 – OUTUBRO/2006**



Fonte: DAB/MS, Dezembro, 2005.

A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência aos serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

Inicialmente, as fontes de informação para a estimativa de cobertura populacional foram o CAPSI<sup>1</sup> para o período de 1998 a 2000 e o SIAB para o ano de 2001. Nos últimos anos, experiências nos três âmbitos de gestão do SUS sobre a implantação da Saúde da Família têm sido acumuladas e registradas pelos Serviços de saúde e Instituições de ensino e pesquisa, conforme nos mostra o quadro a seguir.

---

<sup>1</sup> O CAPSI foi criado para o cálculo e pagamento de incentivos financeiros ao PACS e PSF em 1998 e desativado em 2000, quando o MS passou a adotar para esta finalidade o SIAB como fonte.

## QUADRO 2 - MOMENTOS RELEVANTES NA HISTÓRIA DO PSF NO BRASIL

Ano	Fatos
1976	O PIASS (Plano Integrado de Assistência a Seguridade Social) propunha a implantação de estrutura básica de atenção em comunidades de até 20 mil habitantes e ampliou consideravelmente a rede no interior do país.
Final da dec. de 80	Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS) no Ceará.
1991	Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS.
1994	Realização do estudo: “Avaliação Qualitativa do PACS”. Criação do PSF. Primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”. Criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS.
1996	NOB 01/96 – Definição de novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção. Primeiro número do “Caderno de Saúde da Família: construindo um novo modelo”.
1997	Reforsus – implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família. Segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino. O PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde. Publicação da portaria MS/GM nº 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB) e da Portaria MS/GM nº 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
1998	O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde. Início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municípios de Saúde. <b>Primeiro grande evento:</b> “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”. Edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, importante respaldo organizacional para o PSF. Definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.
1999	Realização do 1º Pacto da Atenção Básica. <b>Segundo grande evento:</b> “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – constituindo um novo modelo” Lançamento do 1º número da “Revista Brasileira de Saúde da Família”. Realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”. Edição da Portaria nº 1.329 que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.
2000	Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família. Publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2001	Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica. <b>Terceiro evento:</b> “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família”. Apoio à disponibilização de medicamentos básicos para a Equipe da Saúde da Família (ESF). Incorporação das ações de saúde bucal no PSF. Primeira fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
2002	<b>Quarto evento:</b> “PSF – A Saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros”. Segunda fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
2003	Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação de Estratégias de Saúde da família (PROESF). Publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2006	Em fevereiro de 2006 já havia 25.141 equipes, com cobertura estimada de 86,74 milhões de pessoas, ou 46,9% da população. Criação de diversas portarias que normatizam a atenção básica, como por exemplo: Portaria nº 493/GM - Relação de Indicadores da Atenção Básica a serem pactuados entre Municípios, estados e Ministério da Saúde; Portaria nº 648/GM - Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (PSF e PACS); Portaria nº 649/GM – Valores de financiamento para o ano de 2006, para a estruturação de Unidades de Saúde da Família (com residência médica); Portaria nº 650/GM – Novos valores de financiamento do PAB fixo e variável.

Fonte: RODRIGUES, 1999.

De acordo com uma pesquisa encomendada pelo Ministério da Saúde, em 2005, por meio do Departamento de Atenção Básica, são apresentados os seguintes resultados sobre o desenvolvimento da cobertura do PSF no Brasil e regiões, no período de 1998 a 2004 (RET-SUS, 2007): o número de Municípios com PSF implantado cresceu 411% de 1998 (1.134) para 2004 (4.666), lembrando que em 2004 o programa estava implantado em 84% dos Municípios; em 2004, 65,29% dos Municípios com população com menos de vinte mil habitantes era atendida pelo programa e apenas 27,50% da população dos Municípios com oitenta mil habitantes ou mais estava coberta pelo programa. Um indicador revelado na pesquisa que contempla a cobertura vacinal revela que os Municípios que atingiram a meta de 95% de cobertura vacinal por tetravalente, preconizada pelo MS, em crianças menores de um ano, ocorreu com mais intensidade nos estratos de cobertura mais altos da ESF; a pesquisa analisa também que houve queda na taxa de internações, por exemplo, por acidente vascular cerebral na população com idade igual e acima de 40 anos, este indicador, conta a pesquisa, declinou para o Brasil e nos Estados de cobertura mais alta do Programa Saúde da Família.

Vale lembrar que dentre as atribuições do agente comunitário de saúde a promoção de ações educativas e o acompanhamento das famílias cadastradas, contribuíram para que tal quadro de saúde fosse apresentado, com isso verificamos mais uma vez que necessitamos de gestores capazes de privilegiar, no cotidiano, ações de prevenção e promoção à saúde, favorecendo o cuidado e o tratamento requerido de cada caso.

Precisamos de profissionais que sejam capazes de dar conta de suas tarefas e que possam participar ativamente da construção do SUS. Para que um dia isso possa se realizar, precisamos pensar com carinho na formação dos profissionais envolvidos, principalmente neste ator tão importante, que faz o papel de elo ou como

nos dizem Andrade, Barreto e Fonseca (2005) mediador entre a comunidade na qual ele faz parte e o saber médico-científico, tão importante para o processo saúde-doença.

## 2.5 FUNCIONAMENTO DO PSF

As Unidades de PSF funcionam de acordo com as normas definidas na Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), do Gabinete Ministerial, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (ANEXO A).

Para a implantação das Equipes de Saúde da Família, é necessário haver uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. Inicialmente a equipe de Saúde da Família era composta por, no mínimo, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde. A partir do ano 2000, o PSF passou a contar, também, com uma equipe de saúde bucal, formada por 1 dentista, 1 técnico de higiene bucal e 1 auxiliar de consultório dentário. É necessário também, que o número de ACS seja suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS, por isso, a partir de 2006, o número de ACS foi ampliado para 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

Outra tentativa de reorganização da Atenção Básica anterior ao PSF, foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas Unidades Básicas, sendo necessário para isso: a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor; a existência de um enfermeiro para até 30

ACS, o que constitui uma equipe de ACS; o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais dedicadas à equipe de ACS pelo enfermeiro supervisor e pelos ACS e a definição das microáreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas. Neste modelo, a participação do profissional médico não era requerida.

O Município e o Distrito Federal para implantar ou expandir suas equipes de saúde da família ou de agentes comunitários de saúde precisam elaborar uma proposta onde deve ser definido o território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e microáreas. Além disso, deve ser definida a infra-estrutura incluindo área física, 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 e as ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional, dentre outros.

Não podemos esquecer, sobretudo, que a família representa um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias, que não podem ser desconsideradas pelos profissionais de saúde. Tais tarefas implicam no fortalecimento do vínculo com a família com uma dupla finalidade: levar o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar e fortalecer a capacidade da população de enfrentamento dos problemas de saúde, através da transmissão de informações e conhecimentos (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2005).

## 2.6 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ATRIBUIÇÕES E REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL

Além das atribuições comuns a todos os componentes da equipe de saúde da família, a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (ANEXO A) definiu atribuições mínimas, específicas para cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las com base nas especificidades locais (BRASIL, 2006).

De acordo com a regulamentação profissional e o Ministério da Saúde, estas atribuições, são de grande importância para o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, os ACSs devem trabalhar com um número de famílias em base geográfica definida, denominada microárea. Devem estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, atuando como educador. Tomando como base o planejamento da equipe, ele deve cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados, para que as ações possam ser redirecionadas, além disso, deve orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis na região. Com a ajuda da equipe, cabe ao mesmo desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. Todo o tempo a equipe deverá ser mantida informada, principalmente a respeito das famílias em situação de risco.

Diante destas atribuições, podemos reforçar a importância de que haja uma atenção especial para os cursos de formação dos agentes comunitários, e que os

investimentos material, humano e financeiro sejam suficientes para que o profissional seja capaz de realizar tais atribuições de forma eficiente e eficaz.

Atualmente, a profissão de ACS foi regulamentada através da Lei 10.507/2002. O Decreto nº 3.189/99, que fixa diretrizes para seu exercício profissional, determinou que os cursos de formação de agentes comunitários passassem a ser de nível médio, porém, no mercado de trabalho, o que, por enquanto, predomina são os profissionais de nível fundamental (RET-SUS, 2007).

A formação dos ACS não pode prescindir da combinação de conteúdos que os habilitem para o reconhecimento da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades – que podem ser considerados os pontos-chaves em uma boa abordagem epidemiológica. Diante deste fato, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação através da Lei Federal nº 9.394/96, Decreto Federal nº 5.154/2004, Parecer do CNE/CEB nº 16/99 e Resolução CNE/CEB nº 4/99, criou o Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde, que vem sendo oferecido em parceria com as Escolas Técnicas Federais (RET-SUS, 2007).

## 2.7 FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Para atuar numa equipe de saúde da família, é recomendável que todos os membros da equipe sejam capacitados através de um curso denominado, Introdutório, que deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF.

Este curso deve ser realizado em até 3 meses após a implantação da ESF e é de responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme a Portaria apresentada no Anexo A. Ainda não foi editada uma Regulamentação

Oficial dos conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente, ficando os mesmos ao encargo das Secretarias.

Uma outra forma de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde é o curso à distância, denominado Agentes em Ação, composto por uma série de 25 programas em vídeo, estruturada em 3 blocos, que abordam em seu conteúdo as ações básicas de saúde. Cada vídeo vem acompanhado de um fascículo.

O Bloco 1, O ACS e o seu trabalho na comunidade aborda: Quem é o ACS; Cadastramento; Diagnóstico; Microáreas de risco e Mapeamento. Bloco 2, intitulado Grupos prioritários do trabalho do ACS, abrange os seguintes conhecimentos: Planejamento familiar; Pré-natal; O resguardo; O recém-nascido; O cartão da criança; Diarréia e IRA; Adolescência; O adolescente e as drogas e Velhice não é doença. Finalmente, o Bloco 3, denominado Ações do ACS frente aos problemas de saúde, inclui: O deficiente físico; O deficiente mental; Aids; Câncer uterino e de mama; Saúde bucal; Educação nutricional; Tuberculose e Hanseníase; Vacinação; Hipertensão e Diabetes e Participação Comunitária em Saúde.

O conjunto com os 25 vídeos e seus fascículos são distribuídos para todos os Municípios com equipes de PACS e sua utilização nos programas de capacitação dos ACS do Município deve ser orientado pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Até o momento, porém, parece-nos que embora as leis sejam claras e assegurem o treinamento e a capacitação em serviço, as equipes vêm adotando um treinamento não sistematizado, baseado no cotidiano de trabalho apenas.

## 2.8 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O Ministério da Saúde prevê em seu planejamento de capacitação aos ACS a proposta de educação permanente, para isso é importante trazeremos uma definição desta modalidade de capacitação. Segundo Ceccim (2005), educação permanente em saúde tem como definição pedagógica:

O processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho, ou da formação em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades, e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes às práticas organizacionais, a instituição e/ou o setor da saúde, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, interferindo diretamente nas políticas de saúde.

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais, ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar (VASCONCELOS, 2001). Pode vir a completar a Educação Continuada, enquanto esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos, pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais (VASCONCELOS, 2001).

A Educação Permanente em Saúde configura, ainda, o desdobramento, sem filiação, de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de

saúde, na continuidade da educação continuada para o campo da saúde, e como suporte na educação formal de profissionais de saúde (PAIM, 1996). Paulo Freire, em particular, se refere, no que diz respeito aos movimentos de mudança na atenção em saúde, como sendo a mais ampla intimidade cultural e analítica. Vasconcellos (2001) aborda também a importância da educação permanente como agente modificador nos movimentos de mudança na gestão, como geradora de autonomia intelectual, e com isso se torna responsável pelos movimentos de mudança na educação de profissionais de saúde.

A introdução da educação permanente em saúde deveria ser estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de formação a mais ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir o reconhecimento das características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva, e a criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, auto-análise e autogestão. Para tanto, teremos de pensar/providenciar subsídios para que se pense/providencie a Educação Permanente em Saúde.

O papel das práticas educativas deve ser crítico e incisivamente revisto para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços, profissionais e estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e

os saberes operadores das realidades, detidos pelos profissionais em atuação, para que viabilizem auto-análise e principalmente autogestão (CECCIM, 2005).

Os saberes formais devem estar implicados com movimentos de auto-análise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas.

Uma questão à auto-análise e à autogestão dos indivíduos é o trabalho com eixo na integralidade, para superar a modelagem de serviços centrados em procedimentos, de usuários interpretados como peças orgânicas ou como o simples território onde evoluem os quadros fisiopatológicos e de doenças enfrentadas como eventos biológicos (como se esse conhecimento fosse de ciências naturais).

Dessa maneira, além de processos que permitam incorporar tecnologias e referenciais necessários, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas.

Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares "como estão ou como são", deixar o conforto com as cenas "como estavam ou como eram" e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005).

### 3 METODOLOGIA

O presente trabalho se propõe a analisar a percepção dos agentes comunitários quanto à importância atribuída por eles a sua formação profissional, correlacionando as atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde e as ações realizadas pelos agentes comunitários, bem como sua influência nas ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

Este estudo foi realizado através do método qualitativo, porque entendo que meu interesse seja:

Pelo cotidiano, e não tanto por fatos extraordinários, em um espaço e um tempo concretos, por aplicar procedimentos mais indutivos do que dedutivos e ainda considerar os fenômenos sociais mais como particulares e ambíguos, do que como repetíveis e claramente definidos (TOBAR *et al.*, 2003, p. 63).

Foi utilizada a abordagem exploratória, não partindo de hipóteses.

Os cenários utilizados foram o PSF Lapa e o PACS Paquetá, estas Unidades pertencem à região da CAP 1.0 (ANEXO B) que dispõe no total 7 equipes de saúde da família, sendo uma de PSF-Lapa e seis de PACS, estas distribuídas da seguinte forma: uma em Paquetá, duas em Mangueira e três em São Carlos, totalizando cento e um profissionais. A escolha do PSF Lapa se deu pela proximidade a minha residência e pelo fato de estar ligado à Universidade Estácio de Sá, o que favoreceu as entrevistas. A outra escolha foi o PACS Paquetá, por ser uma outra realidade, tanto no modelo de equipe quanto nas características da comunidade entorno. Os sujeitos do estudo foram oito agentes comunitários de saúde que atuam nestas duas unidades, todas pertencem ao sexo feminino, com faixa etária variável entre 25 a 52 anos. As entrevistadas receberam nomes de flores para preservar seu anonimato, são elas: Azaléia, Dália, Tulipa, Lírio, Rosa, Violeta, Jasmim e Orquídea.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, baseadas em um roteiro de perguntas, testado previamente, apresentado no Apêndice A. Houve agendamento prévio com as mesmas, de acordo com as suas disponibilidades de horário. As entrevistas foram gravadas em meio magnético (fitas K7), e transcritas. As agentes comunitárias entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), atendendo ao que pede a resolução 196/96.

O número de entrevistas não foi previamente estipulado, pois concordando com Minayo (1994, p. 102) quando refere que:

numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

Desta forma, o número das entrevistas ficou delimitado em função do atendimento dos objetivos traçados no início do estudo. E foram realizadas até que se alcançasse um ponto de saturação das respostas aos questionamentos. Ainda, segundo Minayo (1994, p. 43), “a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade [...]. A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”.

Os achados do presente estudo estão apresentados na forma de categorias de análise.

### 3.1 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de pesquisa utilizado para atingir os objetivos deste projeto foi a entrevista, utilizando um roteiro de entrevista semi-estruturada. De acordo com

Egberto Turato (2003), alguns passos foram seguidos para a realização da pesquisa de campo, como nos mostra o quadro a seguir:

**QUADRO 3 - ETAPAS UTILIZADAS PARA A COLETA DE DADOS**

<b>Procedimentos técnicos</b>	<b>Operacionalização dos procedimentos</b>
1. Idas de Aculturação e ambientação ao campo	1. Realizei visita ao local, me apresentei ao grupo.
2. Entrevistas preliminares e rearranjos das questões	2. Elaborei o questionário piloto, com os ajustes necessários.
3. Seleção dos sujeitos e convite para participação	3. Após o contato com a coordenação do PSF, fiz um novo encontro com o grupo selecionado para apresentar o projeto.
4. Marcação das entrevistas.	4. Em momento previamente marcado as entrevistas foram agendadas.
5. Uso de recinto reservado.	5. Selecionei ambiente reservado para realização da entrevista.
6. Estabelecimento da aproximação	6. Mencionei os objetivos da pesquisa e o porquê da escolha do entrevistado.
7. Explicação do termo de Consentimento	7. Realizei antes de iniciar a entrevista a leitura do Termo de Livre Consentimento.
8. Coleta dos dados de identificação pessoal.	8. Iniciei a entrevista com perguntas diretas, de modo sucinto; anotação por escrito e uso do gravador.
9. Colocação paulatina das questões do roteiro.	9. Gravação, para posterior transcrição.
10. Observação/auto-observação no todo da entrevista.	10. Durante todo o tempo observei o comportamento global do entrevistado.
11. Disponibilidade do entrevistador pós-entrevista.	11. Demonstrei prontidão para respostas a eventuais perguntas do entrevistado.

**3.2 TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Pode-se definir a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos que se presta ao estudo das comunicações e que partindo da escolha e definição de determinados indicadores, permite a inferência de variáveis. São estas variáveis que auxiliam na compreensão e interpretação das condições que possibilitaram a construção de uma comunicação ou de suas conseqüências. Ou, como define Bardin (1977, p. 42):

Designa-se sob o termo Análise de Conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Ou seja, mais importante que a descrição dos textos em si, são as inferências que podem ser construídas a partir do tratamento dado a eles. Assim, “a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 1977, p. 38).

O que se pretende quando da realização da análise de conteúdo é poder inferir<sup>2</sup> as condições de produção ou certas variáveis<sup>3</sup> de um tipo de comunicação tomado por objeto de análise. É a partir das variáveis inferidas que se dá o trabalho de interpretação, atividade que dá conclusão ao trabalho de análise de conteúdo e constitui seu objetivo final. E para que tal inferência seja possível, recorre-se a indicadores. Estes últimos são escolhidos e definidos pelo analista, de acordo com os objetivos da análise.

Na verdade, o analista trabalha com vestígios que, em última análise, são a manifestação de algo que pode ser inferido, ou deduzido logicamente – manifestação de fenômenos, de dados, de estados. Some-se a isto o fato de os saberes inferidos poderem ser de natureza diversa: psicológica, sociológica, histórica, econômica.

Assim, na análise de conteúdo há uma fase inicial de descrição do texto a ser analisado, uma última fase que é a interpretação, isto é, a significação dada à essa descrição, e uma fase intermediária a essas duas que é a inferência. É esta inferência que vai permitir a passagem de uma fase à outra. Ou seja, dado um

---

<sup>2</sup> Bardin (1977, p. 39) define inferência como “uma operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras”.

<sup>3</sup> *Condições de produção* são definidas por Bardin como fatos deduzidos logicamente a partir dos índices selecionados e fornecidos pela etapa inicial da análise – a etapa descritiva. Bardin prefere usar o termo “*variáveis inferidas*”, criticando o fato de o termo condições de produção levar em consideração apenas a produção, deixando de lado a possibilidade de inferência sobre a recepção da mensagem.

significante chegamos ao significado através do trabalho de inferência que serve de ponte entre os dois.

A análise de conteúdo pode ser organizada em três pólos cronológicos ou etapas. A primeira etapa, denominada pré-análise, é uma fase de organização que tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais. Bardin (1977) considera esta fase como período de instituições.

A pré-análise possui três objetivos: (1) a escolha dos documentos a serem analisados; (2) a formulação de hipóteses e objetivos; e (3) a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. As atividades empreendidas nesta fase são abertas e não estruturadas, havendo uma inter-relação entre elas. Após a escolha do material, o passo seguinte é a realização de uma leitura flutuante, quando surgem impressões e orientações para a análise. Este é um trabalho preparatório da análise, onde se escolhem os índices que serão organizados sistematicamente em indicadores.

Após a pré-análise, parte-se para a segunda etapa, a exploração do material, quando se administram sistematicamente as orientações e decisões tomadas na pré-análise. Nesta fase, é feito um recorte do material a ser analisado, através de uma grelha de categorias definidas na pré-análise, que são projetadas sobre os conteúdos.

Por fim, a terceira etapa compreende o tratamento dos resultados obtidos e o trabalho de inferência e interpretação. Assim, ao fim da análise, obtém-se a elaboração de um elo entre os dados do texto e a teoria prévia do analista.

## 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com a orientação dos passos sugeridos por Turato (2003) e por Bardin (1977), realizei minhas entrevistas com a finalidade de atingir os objetivos propostos no presente estudo. Para tal, elaborei algumas categorias e subcategorias para a análise dos dados coletados.

Apresento, a seguir, um quadro que aponta as categorias e subcategorias que foram fruto da análise das entrevistas realizadas.

### QUADRO 4 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
Diversidade da formação profissional	<ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiência no treinamento</li><li>• Ausência de treinamento</li><li>• “Treinamento” em serviço</li><li>• “Treinamento” por execução de tarefas</li></ul>
Variações da atribuição profissional	<ul style="list-style-type: none"><li>• Encaminhar para o médico</li><li>• Criar condições para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde</li></ul>
Dificuldades do ACS em sua prática profissional	<ul style="list-style-type: none"><li>• Descontinuidade do trabalho da equipe de PSF</li><li>• Falta de infra-estrutura/insumos</li><li>• Sobrecarga de trabalho</li><li>• Baixos salários</li></ul>
Percepções do ACS sobre a importância de sua atividade profissional	

#### 4.1 DIVERSIDADE DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Antes de iniciar a análise dos dados propriamente dita, cabe salientar que o processo de formação profissional e qualificação de 72 mil ACS em todo Brasil é de responsabilidade das escolas técnicas do SUS (RET-SUS, 2007). Desta forma, seria presumível que a formação destes profissionais fosse realizada de maneira sistematizada e adequada para as demandas de sua atuação profissional nas unidades do PSF. No entanto, a realidade tem mostrado, através de diversos

estudos apresentados na RET-SUS (2007), que não é bem isso que vem acontecendo, conforme veremos nas subcategorias de análise.

Na realidade do Rio de Janeiro, temos a Escola de Formação Técnica em Saúde Enf<sup>a</sup>. Isabel dos Santos e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio que, juntas, até o momento (outubro de 2007) formaram 5.592 ACS no segundo módulo, lembrando que o curso é formado por três módulos. Quando comparamos os números do Rio de Janeiro com os do Estado de Pernambuco, que formou no mesmo período 14.437 ACS no segundo módulo, percebemos uma grande diferença numérica (RET-SUS, 2007).

Podemos sugerir que tal diferença reflita diretamente na qualidade da assistência prestada, pois o ACS é o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, sendo sua atuação essencial para as ações de promoção e prevenção e para mapear os territórios sociais de produção das doenças. Acrescente-se a esta comparação o fato de que apenas o Estado de Tocantins realizou a formação técnica completa, financiada com recursos da própria Secretaria de Saúde.

Desta forma, iniciaremos a análise dos dados com uma primeira categoria, onde reunimos as idéias referentes à percepção do agente comunitário sobre seu processo de formação profissional. O que fica muito evidente na análise é que os agentes comunitários referem diferentes modalidades de treinamento e até mesmo a ausência deste.

Dentre as principais idéias que surgiram ao longo das entrevistas, faremos menção à quatro que nos parecera mais relevantes nas falas das entrevistadas: existe o grupo que identifica um treinamento insuficiente, outro grupo que refere a ausência do treinamento, um terceiro grupo que afirma ter recebido treinamento no próprio serviço e, finalmente, alguns entrevistados, relatam ter recebido um “treinamento” por execução de tarefas.

Desta forma, passaremos então à apreciação das quatro subcategorias elaboradas.

#### **4.1.1 Insuficiência no treinamento**

Nesta primeira subcategoria, reunimos as falas das agentes comunitárias que classificam o treinamento recebido por elas como insuficiente, conforme podemos ver nos seguintes relatos:

"Tive uma aula no prédio da Prefeitura, não deu para aprender quase nada [...]". (Tulipa)

"Recebemos um formulário novo, mandado pela Prefeitura, mas eu ainda não sei lançar no computador". (Azaléia)

"Não conheço os vídeos de capacitação à distância". (Lírio) [quando questionada sobre os vídeos recomendados pelo MS].

Para Tulipa, receber uma aula na Prefeitura, não foi suficiente para que ela aprendesse realmente o que um agente comunitário deve saber. Esta percepção é extremamente importante, porque Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005) referem que o ACS vem se constituindo como segmento efetivo do trabalho em saúde, representando um novo ator no cenário da assistência. Ela diz que este é um segmento efetivo da produção de serviços, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas também como peça essencial na organização da assistência. Além disso, o ACS, por vivenciar os problemas e morar na comunidade em que desempenha sua prática de trabalho, torna-se um importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário na produção do cuidado.

Cabe aqui ressaltar ainda, que esta realidade é mais comum do que se pensa, pois como nos mostra um estudo publicado na RET-SUS (2007), uma agente

comunitária relata ter começado a trabalhar no PSF de Itaboraí, em 2002, sem saber de quase nada, mesmo após ter feito um curso de capacitação de duas semanas. Ela diz que somente depois do primeiro módulo do curso técnico é que aprendeu a fazer uma visita domiciliar adequada e que soube mapear a sua área e propor soluções para as regiões de risco.

A coordenadora do PSF de Gurupi (TO), afirma em entrevista a RET-SUS (2007) que depois do curso técnico, os agentes de sua equipe passaram a realizar as visitas domiciliares com mais cuidado e que antes disso, o trabalho se resumia em pesar as crianças.

Acreditamos, desta forma, que o agente comunitário tem assumido um papel de ator principal no Programa Saúde da Família, sem, no entanto, receber a devida formação para desempenhá-lo de forma satisfatória. É necessário que se pense de que forma tornar este treinamento suficiente para respaldar as ações deste importante grupo de trabalho, a fim de torná-lo apto a realizar suas ações. Caso não haja incentivo para o seu aprimoramento profissional como iremos garantir qualidade em suas ações, visto que são ações complexas e requerem constante atualização?

#### **4.1.2 Ausência de treinamento**

Se na subcategoria anterior, foi identificado um treinamento insuficiente para o agente comunitário, o que passa a preocupar ainda mais neste estudo, é que um segundo grupo de entrevistados, identifica algo ainda pior: a falta de treinamento.

Nesta subcategoria, onde as entrevistadas acreditam não ter recebido treinamento, há um sentimento de grande descontentamento nas falas com tal fato,

pois elas sabem da importância deste treinamento para a realização de suas ações.

Vejamos algumas falas que tratam da ausência do treinamento:

"Fui aprendendo no dia-a-dia [...]". (Tulipa)

"Ainda não fiz o técnico oferecido pela escola técnica [...]". (Violeta)

"Dizem que o PSF não é nada sem o ACS, mas como o ACS vai trabalhar sem ter capacitação?" (Dália) [se refere ao discurso político e institucional].

Como podemos perceber, Dália se questiona sobre como pode trabalhar sem ter recebido a devida capacitação para uma ação que é dita fundamental para o PSF. Ela chega a mencionar que já ouviu que o PSF não é nada sem o ACS, então como pode alguém tão importante para esta estratégia, trabalhar sem ter recebido uma capacitação adequada?

Vale também ressaltar a angústia de Tulipa, em ter que aprender no dia-a-dia, principalmente se considerarmos o que o Guia Prático de Saúde da Família (BRASIL, 2001), recomenda, quando diz que toda equipe de PSF, antes de iniciar as atividades em sua área de ação, passe por um processo de capacitação. Desta forma, a preocupação de Tulipa demonstra que ela reconhece que a ausência do treinamento pode comprometer sua prática profissional como ACS.

Como já visto anteriormente, o processo de capacitação recomendado pelo Ministério da Saúde deve ser realizado a partir de um curso introdutório com duração de 3 meses, onde a meta é preparar os profissionais dentro de sua área de atuação, de forma que possam analisar, com a comunidade, os aspectos demográficos, sociais, econômicos, ambientais e sanitários, identificando os problemas e o potencial que a cidade tem para resolvê-los.

O treinamento introdutório, de preferência, deve ser feito no próprio Município ou na Regional a que este pertence (Portaria nº 648/2006). A responsabilidade pela capacitação das equipes deve ser compartilhada entre os integrantes do Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente, que pode fazê-la diretamente ou

em articulação com o setor de Recursos Humanos do Município e/ou da Secretaria Estadual de Saúde.

Esse treinamento ajuda os profissionais a compreenderem e aprenderem os indicadores de saúde, em especial os pactuados para a Atenção Básica e produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Vale ressaltar que o Polo de Capacitação é um espaço de articulação de uma ou mais entidades voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. Ele está vinculado a Universidades ou Instituições de ensino que se integram com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

Nos perguntamos em que momento deste planejamento as falhas estão ocorrendo, e por que ainda estão ocorrendo, afinal os agentes comunitários vêm atuando formalmente há mais de 15 anos no atual Sistema de Saúde.

#### **4.1.3 “Treinamento” em serviço**

Embora nas duas primeiras subcategorias apresentadas seja identificado que o treinamento seja insuficiente ou ausente, há uma terceira classificação para o treinamento recebido pelos agentes comunitários ao iniciarem seu trabalho no PSF. Esta terceira classificação, a qual as entrevistadas denominaram de treinamento em serviço, nos chamou a atenção, principalmente por se tratar de uma prática habitual na enfermagem, no entanto, empregada aqui com um sentido diferenciado do que realmente seja.

Como abordamos na revisão de literatura, a educação em serviço ou permanente requer ações que envolvem um planejamento prévio e bem articulado com toda rede de Saúde. A educação em serviço ou permanente deverá dar

seguimento à educação formal do indivíduo, onde o mesmo terá o seu campo prático (PSF) como laboratório de suas ações, tendo o enfermeiro como orientador ou facilitador, estando ao seu lado, tratando diretamente com os problemas da realidade vivenciada por ele, não atuando de forma isolada, fora do campo de ação, onde a realidade muitas das vezes não possa ser reproduzida. Vejamos, então, alguns exemplos do que as agentes comunitárias, equivocadamente, consideram treinamento em serviço:

"Sofri muito, mas fui aprendendo no serviço". (Dália)

"Fui treinada pela enfermeira, ela levou a gente para uma sala e dava as aulas [...]". (Rosa)

"Quando tenho dúvida vou perguntando [...]". (Azaléia) [para os médicos e enfermeira].

Para Rosa, o treinamento em serviço acontecia nas aulas que a enfermeira ministrava em sala, para ela e suas colegas. No entanto, para a literatura, esta seria uma prática comum à educação continuada ou formal, que antecede a educação em serviço. Os assuntos diários devem ser abordados no momento do seu acontecimento, resultando em uma reflexão sobre a prática a partir da revisão da teoria.

Para que este treinamento identificado pelas entrevistadas fosse realmente tido como "em serviço" ele deveria ocorrer de forma concomitante às atividades diárias do agente comunitário e supervisionado diretamente pela enfermeira, que atuaria como facilitadora.

Além disso, para o MS, o treinamento preconizado efetivamente para os agentes comunitários de saúde difere tanto do modelo de educação continuada como do modelo de treinamento em serviço. Como já visto na subcategoria anterior, o treinamento preconizado, é denominado Introdutório e tem características e estratégias específicas de execução.

O Ministério da Saúde ainda define que, a curto prazo, os Pólos de Capacitação devem oferecer o introdutório e a médio e longo prazo, implantar programas de educação permanente, que seria uma outra modalidade de treinamento, com especificidades diferenciadas.

Percebemos pela descrição de Rosa, que o que ela recebeu de capacitação, se aproxima mais do modelo de educação continuada, explicado anteriormente, que também não é o que o Ministério da Saúde preconiza. O que nos faz acreditar que tal prática esteja sendo utilizada para minimizar os erros cometidos ao longo de todo processo de formação e na própria prática profissional, conseqüentes da falta ou insuficiência da formação realmente requerida e preconizada para a atuação deste profissional.

#### **4.1.4 “Treinamento” por execução de tarefas**

Até o momento, já mencionamos três tipos de treinamentos identificados pelas entrevistadas, a saber: a insuficiência e a ausência do treinamento e o treinamento em serviço. Por último, apresentamos uma quarta classificação de treinamento identificada pelas agentes comunitárias, que também é bastante curiosa e preocupante: a de um treinamento por execução de tarefas e cumprimento de ordens. Vejamos as falas que trazem tal percepção:

"Eu cheguei aqui e o doutor [disse o nome do médico] me disse o que eu tinha que fazer [...]". (Violeta)

"Passei na prova e me disseram o que eu tinha que fazer [...]". (Rosa)

"Por duas semanas os meus colegas foram dizendo o que eu tinha que fazer [...]". (Jasmim) [estava se referindo aos médicos, enfermeira e ACS].

Gostaríamos de ressaltar na fala de Jasmim o fato de que ela recebeu as orientações sobre o que devia fazer como agente comunitária de diversas pessoas diferentes, o que torna ainda mais frágil seu processo de treinamento e sua dinâmica de trabalho.

De acordo com a Portaria nº 648, no seu item 2, que se refere às atribuições do enfermeiro como integrante da equipe de PSF, encontramos que cabe a este profissional dentre outras coisas: planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, além de supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS.

Em relação ao profissional médico, esta mesma portaria nos diz que cabe a este profissional além de outras coisas contribuir e participar das atividades de educação permanente dos ACS.

Nos perguntamos: o que está acontecendo com os profissionais cuja função é orientar, supervisionar, capacitar e participar da educação permanente dos ACS, para que estes não estejam desempenhando estas funções? Ou então, por que, estariam desempenhando de forma tão precária, levando o ACS a tirar dúvidas pertinentes as suas atribuições com qualquer outro profissional?

Vale lembrar que a profissão de ACS foi criada em 2002, com a Lei nº 10.507, mas muito antes disso ele já trabalhava no PACS, criado em 1991, pelo Ministério da Saúde. No entanto, é preciso dizer que a origem desses trabalhadores remete à década de 70, onde eram chamados de agentes de saúde e davam orientações às comunidades, vindo a se tornar profissão pelo fato de sua prática, quando bem realizada, trazer resultados satisfatórios, contribuindo de forma significativa para a saúde da comunidade.

Frente a todo o exposto, colocamos algumas questões para nossa reflexão: será que podemos considerar este processo informal de passagem de tarefas como

um treinamento? Será que o treinamento em serviço é adequado à estratégia de saúde da família? Parece-nos que não, no entanto, como suprir a carência pelo treinamento? Como torná-lo viável dado que é realmente importante? Como assegurar uma prática profissional adequada para o agente comunitário frente a uma diversidade tão grande de processos de formação?

Diante da importância das atribuições dos agentes comunitários para o bom desempenho de toda equipe devemos crer que sua capacitação deveria receber maior atenção por parte destes profissionais.

Seja a insuficiência ou a ausência do treinamento ou a sua inadequação (treinamento em serviço ou executora de ordens), o que podemos constatar é que, talvez, se faça necessária a implementação de estratégias que intensifiquem e sistematizem o treinamento dos ACS, pois tanto a literatura afirma a importância do trabalho deles quanto a própria prática profissional aponta para isso.

#### 4.2 ATRIBUIÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO

Nesta segunda categoria, apresentamos as percepções que o agente comunitário tem sobre e acredita que sejam suas atribuições profissionais. Pretendemos, ao longo da análise desta categoria, discutir as proximidades e afastamentos entre as atribuições preconizadas pelo MS, as reconhecidas pela lei que regulamenta a profissão e as que são identificadas na prática cotidiana deste profissional.

Como apresentamos na revisão de literatura, o Ministério da Saúde nos diz que o ACS é um ator importante para a dinâmica do Programa Saúde da Família, preconizando atribuições de prevenção e promoção à saúde do indivíduo e

comunidade, cabendo ao ACS uma abordagem integral da família de sua área adscrita.

Vale lembrar que assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento.

As ações destes profissionais devem entender a família em seu espaço social (área adscrita), compreendendo-o como rico em ações interligadas, não por atitudes isoladas. Cabe ao ACS, ao entrar na dinâmica da vida familiar, uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele núcleo de pessoas, intervindo de forma participativa e construtiva (BRASIL, 2001). Acreditamos que, para realização desta atividade de tamanha complexidade, este profissional deve ou deveria receber capacitação, treinamento adequado e acompanhamento de suas ações em serviço, o que, no entanto, como já exposto na categoria anterior, parece estar falho.

Mais uma vez, os resultados deste estudo apontam para um outro aspecto que destoia um pouco do que é preconizado pela lei que regulamenta a profissão do ACS e pelo Ministério da Saúde. Nas entrevistas realizadas, o que aparece nas falas das entrevistadas, a respeito do que elas entendem e reconhecem ser suas atribuições profissionais, não corresponde a estes instrumentos legais que norteiam e definem a profissão.

Dentre as atribuições apontadas pelas entrevistadas, destacam-se as seguintes: encaminhar para o médico e criar condições para que sejam desenvolvidas ações de promoção de saúde, as quais foram definidas como subcategorias. Vejamos então a primeira delas.

#### 4.2.1 Encaminhar para o médico

Nesta primeira subcategoria, concentramos as falas das agentes comunitárias que reconhecem como sendo sua atribuição profissional o encaminhamento para o médico, conforme podemos observar a seguir:

"As pessoas me procuram e contam seus problemas de saúde, normalmente as escuto e agendo uma consulta com o médico". (Tulipa)

"Outro dia uma moradora me pediu para que verificasse sua pressão, pois ela era hipertensa e estava se sentindo mal, como não posso realizar este procedimento, fui com um acadêmico até a casa dela". (Violeta)

Como podemos observar, Tulipa acredita que ao ouvir as pessoas da comunidade, e agendar uma consulta médica, ela esteja realizando de forma satisfatória suas atribuições.

Como vimos anteriormente, cabe a este profissional: "a abordagem integral da família" e "desenvolver ações de educação e vigilância à saúde", entre outras. Estas ações requerem grande conhecimento, sendo, a formação profissional e a educação permanente indispensáveis para tais.

Podemos também citar o relato de uma ACS do Tocantins (RET-SUS, 2007) que nos diz que apenas na segunda fase do curso técnico é que recebeu uma formação mais específica, tornando-a segura para formar grupos em sua comunidade.

Diante destes fatos, poderíamos dizer que os ACS, não sabem quais são suas atribuições? Ou então, que estes, por falta de capacitação, não estão executando o que está previsto em lei como sua atribuição profissional? Qual o papel da equipe diante deste quadro? Como, e com que qualidade as informações de saúde estão sendo trabalhadas a nível local? Que suporte teria sido dado a este profissional que é o elo de ligação com toda a equipe e fornece informações (dados de saúde) para que novas estratégias são elaboradas a nível Central, interferindo

assim no Plano de Gestão, pois novas medidas são tomadas de acordo com as informações fornecidas?

Tulipa, em seu relato, não demonstra segurança em dar orientações, se sentindo mais segura em encaminhar a usuária para a consulta médica, acreditando com isso que este profissional seja o único capaz de dar as orientações devidas. Ao contrário do que pensa Tulipa, Veríssimo (2005) relata que quando as informações de saúde são transmitidas por um profissional universitário, a interação comunicativa se torna prejudicada, em decorrência das diferenças social e cultural dos profissionais universitários e alguns seguimentos da população, encontrando-se uma prática a partir de ordens, ao invés de conselhos argumentados. Com essa postura, percebemos que a comunidade sai prejudicada e o ACS também, pelo distanciamento entre eles, havendo a quebra do elo entre o saber científico e o popular tão defendido pelo MS e por diversos autores.

Para amenizar tal fato, precisamos pensar em um outro fator: a interação entre os diversos profissionais que compõem o PSF. Como, então, pensar na formação de ACSs questionadores e participativos, que saibam utilizar os conhecimentos apreendidos no curso de formação em prol do bem-estar da comunidade e que não sejam apenas pessoas com acesso à agenda do médico?

A estratégia do PSF requer um ACS atuante e capaz de realizar ações que sejam de sua competência profissional. Portanto, toda equipe deve estar envolvida e comprometida com a proposta inicial, de reestruturação da Atenção Básica, através de ampla divulgação das informações e orientações voltadas à promoção de saúde e prevenção de doenças.

#### 4.2.2 Criar condições para promoção de saúde

Na subcategoria anterior, o grupo acreditava que ouvindo a comunidade e fazendo os encaminhamentos devidos eles estariam realizando suas atribuições de forma satisfatória; neste segundo grupo eles já se percebem fazendo algo mais do que simplesmente encaminhar, elas afirmam ser responsáveis pela criação de condições para que outros membros da Equipe Saúde da Família desenvolvam as ações de promoção de saúde, por não perceberem que esta atribuição lhes pertença, como podemos observar nos relatos que se seguem:

"A enfermeira costuma formar grupos de orientação, para diabético, hipertensos, gestantes, e etc, cada um tem seu dia próprio e um coordenador, quando dá a gente assiste, mas temos muito trabalho [...]".  
(Rosa)

"Nós reunimos o pessoal [moradores da comunidade] e os acadêmicos dão as palestras". (Lírio)

Para Lírio, reunir a comunidade de forma que outro profissional venha fornecer informações de saúde é estar promovendo educação e mobilização comunitária.

Devemos refletir no que faz com que este profissional morador da comunidade e conhecedor dos problemas de sua localidade não se sinta capaz de realizar seu papel de educador. Vale lembrar que Lírio ainda não participou da primeira fase do curso técnico.

Em entrevista a RET-SUS (2007) uma ACS de Porto Estrela (MT) nos diz que aprendeu no curso técnico a se comunicar com as famílias, e que se sente capaz de identificar áreas de risco, e que de acordo com o problema, ela organiza palestras com a comunidade. Nada mais lógico, afinal este profissional pertence ao grupo afetado pelos problemas, vive a mesma realidade e está comprometido com a comunidade.

Não que outro profissional não deva contribuir, afinal o trabalho é de equipe, mas o ACS deve ter o seu espaço profissional garantido pois, quando bem preparado, ele desempenha suas funções sem nenhum impedimento. Para Czeresnia (2003, p. 89), é importante que tenhamos bem claro a diferença entre promoção e prevenção, segundo esta autora prevenir é:

Preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite dano ou mal, impedir que se realize, a prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural afim de tornar improvável o progresso posterior da doença.

Para esta autora as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Pois, base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno, seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos.

Os projetos de prevenção e de educação em saúde estão estruturados mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. Enquanto promover é:

[...] fomentar; originar; gerar [...]. Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral. (CZERESNIA, 2003, p. 91)

As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2003).

Acreditamos que quando dizemos que o ACS deve pautar suas ações na promoção da Saúde, estamos exigindo muito desde profissional, e talvez, por isso, devêssemos nos perguntar o que estamos dando para que ele cumpra este papel.

Para Veríssimo (2005), a comunicação é um meio de levar prevenção e promoção, sendo indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo. Quando Lírio nos diz que os ACSs apenas reúnem a comunidade e que são os acadêmicos que dão as palestras, podemos constatar que eles estão perdendo a vinculação com o usuário, transferindo para outro profissional um papel que é seu por direito.

O ACS dever ter uma atitude comunicativa, com disponibilidade interna de se envolver na interação pessoa a pessoa, e compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico.

Veríssimo (2005) refere que a comunicação em saúde é algo que se constrói; portanto, algo que precisa ser praticado e aperfeiçoado ao longo do tempo, criando um ambiente de confiança. Para ilustrar o que Veríssimo nos fala sobre a importância da comunicação, trago o relato de uma Coordenadora do PSF de Itapeva, (SP) (RET-SUS, 2007): "quando os ACS são motivados a qualidade do seu trabalho melhora muito, eles participam do planejamento das ações da equipe e elaboram um roteiro, onde a equipe dá o suporte que eles solicitam".

Com base neste exemplo nos perguntamos, qual motivação temos dado aos ACSs para que eles possam desempenhar suas funções de forma adequada, tendo em vista que são atribuições que envolvem multifatores? Quais os motivos que levam os ACSs a não assumirem suas atribuições, pois eles deveriam desempenhar o papel de educadores, sendo o elo entre a comunidade e a equipe do PSF. Perguntamos diante do que foi colocado pelo grupo estudado: quais os problemas que os ACSs vêm encontrando para que sua atribuições não sejam realizadas de forma satisfatória? Algumas das respostas a estas questões serão analisadas na categoria a seguir, quando abordamos as principais dificuldades encontradas pelos ACSs em seu exercício profissional.

### 4.3 DIFICULDADES DO ACS EM SUA PRÁTICA PROFISSIONAL

Nesta terceira categoria, traremos as principais dificuldades encontradas pelos ACS em sua prática profissional e abordaremos os problemas destacados por estes no seu cotidiano de trabalho. Faremos também, durante a análise, uma abordagem sobre o que está previsto pelo MS durante o processo de implantação de uma equipe de PSF para que haja um bom desempenho de seus profissionais, e o que os ACS estão vivenciando na prática.

Nas entrevistas, os ACSs foram questionados quanto às principais dificuldades encontradas para a realização de suas atividades profissionais e as queixas mais frequentes foram relacionadas com a descontinuidade do trabalho do PSF, a falta de infra-estrutura/insumos, a sobrecarga de trabalho e os baixos salários, tornando-se estes quatro apontamentos nossas subcategorias de análise.

#### 4.3.1 Descontinuidade do trabalho da equipe do PSF

Nesta primeira subcategoria, concentramos as falas das agentes comunitárias que referiram as dificuldades encontradas pela equipe na continuidade da assistência, como podemos observar a seguir:

"Uma grande dificuldade que encontramos, é quando precisamos de algum exame, eles demoram muito, e às vezes não conseguimos, os moradores então preferem ir direto para a emergência do hospital mais próximo, porque assim fica mais fácil". (Violeta)

"[...] os exames e as consultas com os especialistas, os Postos de Saúde raramente aceitam nossos encaminhamentos, parece que não trabalhamos juntos [...]". (Lírio)

"[...] as pessoas pedem para que a gente marque os exames [complementares], e isso é o mais difícil!". (Orquídea)

De acordo com as falas das entrevistadas, não existe uma comunicação efetiva entre as Atenções Básica, Secundária e Terciária, nem mesmo dentro da Atenção Básica, onde estão inseridos os Postos de Saúde e o PSF, como nos diz Lírio, ressaltando que exames e consultas com especialistas são raramente aceitos, e que os Postos de Saúde mal conhecem que ambos deveriam trabalhar juntos.

O Ministério da Saúde orienta que a Unidade de Saúde da Família (USF) não seja um local de triagem, que se limite a encaminhar a maior parte dos casos para os serviços especializados. Ao contrário, preconiza que a própria USF deva solucionar 85% dos casos de saúde de sua área, afinal, a proposta é inverter a pirâmide atual que superlota as emergências dos grandes hospitais (RODRIGUES, 1999).

Mesmo nos casos onde seja necessário o encaminhamento para especialistas ou hospitais, o MS recomenda que a Equipe de Saúde da Família continue sendo responsável pelo acompanhamento do indivíduo durante o seu tratamento, mesmo que seja em outro Município. Porém, na prática, como podemos verificar na fala de nossas entrevistadas, que as dificuldades são inúmeras, muitos encaminhamentos não são agendados e quando são demoram muito.

Do ponto de vista organizacional, vale lembrar da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) concebida em 2001, cujo principal objetivo foi organizar a rede de assistência do SUS, de maneira a assegurar à população o acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde: baixa, média e alta complexidade, como mostramos na revisão de literatura. No entanto, não é isso que vem acontecendo, pois pelo que podemos observar na prática, os hospitais continuam lotados, os usuários continuam buscando as emergências para solucionar problemas que poderiam ser facilmente resolvidos com uma UBS bem montada, articulada e capacitada.

Diante destes fatos, nos perguntamos o que faz com que tantos encaminhamentos ainda sejam necessários? Quais os motivos de serviços destinados à mesma população não se reconhecerem como pares? Ao mesmo tempo, devemos refletir como um serviço com tantos problemas relacionados à capacitação, pode dar conta de resolver 85% dos problemas de saúde de sua população? Talvez esteja aí uma grande parcela do problema relacionado à existência de tantos encaminhamentos.

Devemos lembrar que o primeiro passo para a implantação do PSF é a vontade política, onde Prefeito e Secretário Municipal de Saúde devem estar firmemente decididos a implantá-lo, acreditando que esta medida, de fato, pode contribuir para a reorganização da Atenção Básica, com a melhora efetiva do sistema de saúde do Município e da qualidade de vida das pessoas. O passo seguinte, para ser bem sucedido, depende do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que além de aprovar formalmente a proposta de implantação do PSF, deve, no exercício da função de controle social, acompanhar o processo de implantação e a operação do programa (BRASIL, 2001). O que não compreendemos é que se a princípio, existe o interesse político em ampliar o Programa Saúde da Família, porque então, as Unidades de PSF demonstram tanto isolamento e dificuldades de interação com os outros níveis de Atenção à Saúde? Vejamos na próxima subcategoria outro problema apontado pelas ACS: a falta de infra-estrutura e de insumos.

#### **4.3.2 Falta de infra-estrutura/insumos**

Na subcategoria anterior, o grupo reconheceu como um dos problemas para o funcionamento do trabalho, a dificuldade de encaminhar as famílias assistidas pelo PSF aos exames e às diversas especialidades médicas. Um outro problema que chamou nossa atenção nas entrevistas refere-se à falta ou inadequação e insuficiência de instalações, transporte, medicamentos e materiais de consumo, tornando-se com isso a segunda subcategoria de análise.

Para compreendermos esta segunda subcategoria, devemos ter em mente quais equipamentos uma USF deve conter, que de acordo com o Guia Prático do PSF (BRASIL, 2001) são: uma sala de recepção, com espaço adequado para receber e acolher as pessoas, e sempre que possível um aparelho de TV com videocassete, para transmissão de filmes educativos; um local para arquivos e registros; um local para cuidados básicos de enfermagem, como curativos e outros pequenos procedimentos; uma sala de vacinação; um consultório médico; um consultório de enfermagem; sanitários; uma clínica odontológica e, sempre que possível, um espaço para atividades de grupo.

Os medicamentos e materiais de consumo devem ser previstos pelo coordenador da equipe e solicitados previamente à Prefeitura. Através dos dados fornecidos especialmente pelo SIAB o coordenador obterá um perfil epidemiológico de sua população, o que lhe dará uma base para definir pedidos de materiais, insumos e medicamentos.

Deve-se lembrar que o ACS, de acordo com as circunstâncias de cada localidade, poderão utilizar-se de bicicleta ou barco, dependendo da distância percorrida durante a visita domiciliar. O mesmo, também deverá transportar balança, fita métrica e termômetro, além da prancheta, lápis, caneta, caderno e o uso do

uniforme. Veremos o que nossas entrevistadas relatam quanto à infra-estrutura e insumos no seu dia-a-dia de trabalho:

"[...] falta remédio, principalmente para Hipertensão e Diabetes, faltam até analgésicos [...]". (Violeta)

"[...] falta remédio e camisinha, pois atendemos um número grande de profissionais do sexo, mesmo assim não recebemos um número suficiente, tem usuário que chega a usar 100 preservativos por mês, a maioria possui DST, e sabe que precisa usar o preservativo, quando não tem não podemos fazer nada". (Lírio)

"[...] A Prefeitura ofereceu ano passado quatro palestras, eu só fui a uma, pois se eu quisesse ir tinha que ir à pé, e fica muito longe, tem ACS que recebe a passagem, nós não." (Azaléia)

Como podemos verificar, principalmente na fala de Lírio, faltam remédios e preservativos, e como o número de usuários com Doença Sexualmente Transmissível (DST) é grande, e o fornecido não é suficiente, elas não podem fazer nada quando não têm o preservativo para oferecer, afinal não depende delas este fornecimento. O que dizer então para o usuário? Como o ACS poderá trabalhar a educação em Saúde e ajudar no controle dos casos de DST/AIDS?

Verificamos mais uma vez que o discurso político não corresponde com a prática, pelo menos neste grupo estudado. Devemos refletir então: como o ACS trabalhará prevenção e promoção sem o mínimo para oferecer ao usuário; como controlar novos casos de DST; enfim, como atingir os objetivos do Programa Saúde da Família se o ACS não recebe recursos para uma ação satisfatória?

Para que o Programa Saúde da Família mantenha a credibilidade e cumpra seu papel de reorganização da Atenção Básica os programas precisam ser levados à sério, com capacitação e infra-estrutura pois, sem isso, cumprir as atribuições do ACS diante do quadro exposto se torna um tanto difícil.

Para abordarmos assunto tão delicado, não devemos esquecer uma questão muito importante que é o financiamento do PSF, onde o Ministério da Saúde, criou incentivos financeiros para os Municípios que implantarem o Programa Saúde da

Família, descrito na Portaria nº 648. Além da implantação do incentivo financeiro, esta portaria contempla a qualificação dos trabalhadores, o monitoramento e a avaliação da Atenção Básica, além de auxiliar a implantação e consolidação do PSF nos Municípios com mais de 100 mil habitantes.

Percebemos com isso, que os incentivos financeiros existem ou estão sendo criados, mas não entendemos é o que acontece ao longo do caminho para que problemas de infra-estrutura e insumos ponham em risco o sucesso do Programa Saúde da Família? Para responder esta questão somente fazendo um outro estudo mais aprofundado sobre infra-estrutura no PSF.

#### **4.3.3 Sobrecarga de trabalho**

Nas duas subcategorias anteriores, destacamos dois grandes obstáculos referidos pelas ACSs para a realização satisfatória das suas atribuições, os problemas relacionados à referência e contra-referência e à falta de infra-estrutura/insumos. Nesta terceira subcategoria iremos falar de um assunto também importante, a sobrecarga de trabalho.

A Portaria nº 648 recomenda que cada Equipe de Saúde da Família tenha até 12 ACSs, e que cada agente comunitário acompanhe no máximo 750 pessoas, favorecendo uma cobertura de 100% da área adscrita. Nas Unidades onde a pesquisa foi realizada são cinco o número de ACS de cada uma delas, não ultrapassando o número de 750 pessoas para cada agente.

De acordo com as nossas entrevistadas, o número de pessoas preconizadas pelo MS demanda uma sobrecarga de trabalho muito intensa, como podemos perceber nas falas:

"A sobrecarga de trabalho normalmente é muito grande, são muitas famílias, muitas vezes não encontramos ninguém em casa e precisamos voltar outra hora, não sou mais nenhuma menininha". (Rosa)

"Normalmente já trabalhamos muito, pior agora que tem uma colega de licença, tenho que assumir minhas famílias e as dela, poderiam contratar outro agente". (Jasmim)

"[...] temos muito trabalho, nós normalmente ficamos muito sobrecarregadas!". (Orquídea)

De acordo com a categoria anterior, onde abordamos as atribuições do ACS, verificamos a amplitude destas ações, como nos afirma Rosa em sua narração sobre a sobrecarga de trabalho, referindo que normalmente é muito grande, porque são muitas famílias que estão na responsabilidade das agentes e que quando não encontram ninguém em casa precisam retornar, aumentando ainda mais o desgaste físico (ela possui 52 anos). Considerando que a jornada de trabalho diária de oito horas, significa na prática, dedicação integral ao PSF, todos os dias da semana, de segunda à sexta-feira, sendo este um dos pontos principais do Programa, podemos entender a que cansaço e sobrecarga esta ACS se refere.

Tendo a Saúde da Família como atividade, em regime integral, estes profissionais estabelecem uma ligação afetiva com a comunidade. Conhecem pessoalmente cada indivíduo, sabem onde fica sua casa, quem são seus parentes, qual sua história de vida e de saúde. Muitos novos casos de doenças são "descobertos" gerando uma demanda maior de trabalho, estes são encaminhados para a equipe, antes que o quadro de saúde se agrave.

Onde não há respostas aos encaminhamentos, faltam remédios, preservativos e capacitação, além de um número reduzido de profissionais, que se encontram sobrecarregados, há de se convir que haverá dificuldades em atingir a meta de 85% de resolutividade preconizada pelo Ministério da Saúde.

Quando os ACSs referem trabalhar muito, devemos acreditar, pois em muitos locais são estes os únicos profissionais aos quais a população tem acesso.

Um dado interessante sobre a sobrecarga de trabalho dos ACSs foi descrito por Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005), quando relatam que em algumas regiões depois da implantação do PSF as Unidades secundárias e terciárias superlotavam, por conta dos encaminhamentos gerados pela ESF. No próprio Guia Prático do PSF (BRASIL, 2001), esta realidade também é confirmada:

Passados os primeiros meses de implantação do PSF, vem a compensação da melhora constante nos indicadores de saúde. Doenças que eram dadas por inexistentes, são descobertas, e tratadas a nível local, onde anteriormente chegavam agravadas pelas emergências e clínicas especializadas.

Como percebemos, apesar de tantas dificuldades encontradas para a realização das atribuições dos ACSs, estes profissionais têm dado qualidade a Atenção Básica, pois se não fosse o esforço deste grupo de profissionais, como os acamados, idosos, portadores de necessidades especiais e outros tantos cidadãos teriam atendimento?

Acreditamos que muitas destas pessoas só seriam descobertas quando estivessem em alguma grande emergência tratando da Hipertensão ou da Diabetes já em um estado avançado da doença, vindo a ocupar um leito de hospital por tempo indeterminado, causando prejuízo para o usuário e um custo ainda maior ao Estado.

#### **4.3.4 Baixos salários**

Nas três subcategorias anteriores, podemos perceber problemas muito sérios para o bom desempenho profissional do ACS, como a questão da descontinuidade do seu trabalho, a falta de infra-estrutura e insumos e a sobrecarga de trabalho. Agora, por último, iremos tocar em um assunto tão delicado quanto estes: os baixos salários que estes profissionais recebem, vejamos o que eles dizem:

"Pretendo arrumar um emprego em um hospital para ganhar um pouco mais, nós ganhamos muito pouco!" [Também é técnica de enfermagem] (Violeta)

"Só fico aqui porque estou precisando, ganho muito pouco para o que eu faço". (Tulipa)

"Poderiam melhorar nossos salários! Pois o que a gente faz não é fácil!" (Lírio)

Acompanhando a fala de Lírio, que poderiam melhorar o seu salário, e que seu trabalho não é fácil, ela traduz, muito bem, a angústia de muitos outros ACS, que têm consciência da importância do seu trabalho, porém não são reconhecidos por isso, não só na questão da formação profissional, mas também na questão financeira. Podemos verificar na Portaria nº 650, de 28 de março de 2006<sup>4</sup>:

[...] o valor de Incentivo Financeiro para os ACS seja de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais), por ACS em cada mês, a partir da competência financeira de abril de 2006, estabelecendo como base de cálculo, o número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema Informação de Atenção Básica (SIAB), na respectiva competência financeira.

Tendo esta portaria como base, verificamos que há uma divergência na proposta governamental: por um lado, o MS dizendo que os ACSs são fundamentais para o sucesso do PSF, do outro oferecendo a este profissional um incentivo financeiro pouco atraente.

Estudos anteriores, alguns publicados na RET-SUS de março de 2007, nos apresentam estudos demonstrando como o ACS é importante para mudança no quadro de saúde do Brasil. Afinal se ele não fosse tão importante não teria gerado tanta polêmica ao seu respeito, mobilizando educadores, políticos, comunidades e profissionais de saúde que reconhecem e trabalham pelo seu reconhecimento.

Retornando ao relato de Lírio, onde afirma que poderiam melhorar os salários do ACS, evidencia-se mais uma vez, que o discurso político-institucional não

---

<sup>4</sup> Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

reconhece a importância deste profissional e talvez não saiba que este já se conscientizou de sua importância para o Programa.

De acordo com o que encontramos em nosso estudo, Nunes e Trad (2002) vêm confirmar nossos achados. Em sua pesquisa, onde trabalhou na construção da identidade do ACS, ele nos apresenta a insatisfação dos ACSs entrevistados no que se refere ao salário, especialmente quando este compara seu salário com outro profissional da equipe do PSF. No estudo, três entre cinco dos Municípios onde investigou a questão salarial, ele obteve o seguinte resultado: os ACS recebiam apenas o salário mínimo, enquanto os médicos recebiam em torno de R\$ 3.000,00 (três mil reais) a R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais) e os enfermeiros recebiam em torno de R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) a R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais). Esse sentimento de desvalorização do trabalho do ACS é compartilhado com os outros membros da equipe, que reconhecem o valor deste profissional.

O estudo a que nos referimos foi realizado na Bahia, o que nos faz pensar que pode ser uma realidade de outras regiões do Brasil, pois os nossos entrevistados apresentaram as mesmas insatisfações e os mesmos baixos salários. Até quando vamos ter que lidar com isso? Devemos buscar a motivação profissional não só através da capacitação, mas também através do reconhecimento financeiro, antes que estes ACSs busquem novas opções.

Os desafios para superar as inúmeras dificuldades encontradas, como a não continuidade do trabalho dos ACSs, por não terem seus encaminhamentos atendidos, a falta de infra-estrutura e insumos, a sobrecarga de trabalho e os baixos salários levam os ACS a repensarem o seu papel na equipe de Saúde da Família, como veremos na categoria a seguir.

#### 4.4 PERCEPÇÕES DOS ACSS EM RELAÇÃO À SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Nesta categoria, iremos abordar a percepção das ACSs sobre o que elas pensam de sua atividade profissional. Como vimos nas categorias anteriores, diversos estudiosos e o próprio Ministério da Saúde apontam para a importância deste profissional para o sucesso do Programa Saúde da Família, mas o que estes profissionais pensam sobre o seu papel dentro do Programa?

Do grupo entrevistado, um comportamento chamou nossa atenção: o auto-reconhecimento do ACS sobre a importância de sua formação e atribuição profissional.

Vidotti (2005) refere que a aprendizagem é um processo educativo que deverá ser metódica sob a orientação de um supervisor ou responsável, em ambiente adequado. Percebemos, então, que não é um processo estático; pelo contrário, exige compreensão e dinâmica por parte do aprendiz e de seu facilitador, requerendo um constante desconstruir para a aquisição de novos valores.

Durante as entrevistas, perguntamos se as ACSs consideravam a capacitação necessária, ao que todas responderam que sim. Elas apresentaram diversas justificativas para isso, vejamos algumas falas:

"Quero fazer bonito na comunidade [...]". (Tulipa)

"Para não passar vergonha na comunidade". (Dália)

"Aqui, são os acadêmicos é que dão as palestras, em outras comunidades são os ACS, eu gostaria de um espaço". (Azaléia)

Como percebemos todas querem fazer um trabalho bem feito, afinal, para atuar com promoção de saúde, o conhecimento é fundamental. Dália relata que não quer passar vergonha na comunidade, entretanto, sem o conhecimento adequado como ela poderá responder às solicitações do grupo que está sob sua

responsabilidade? Como poderá reconhecer os riscos e intervir através de soluções que possam resolver ou, ao menos, minimizar o problema?

Nunes e Trad (2002) retratam o papel do ACS frente aos demais membros da equipe, e nos traz o quanto este profissional se mostra envaidecido perante a comunidade quando este passa a dominar conhecimentos de biomedicina, até então restritos aos profissionais de saúde. Os ACSs entrevistados relataram que o conhecimento biomédico lhes confere "status social" perante a comunidade, mas ao mesmo tempo demonstram insegurança, quando comparam seu conhecimentos com os dos outros profissionais da equipe.

Segundo Nunes e Trad (2002), este sentimento de insegurança pela falta de conhecimento aumenta quando os ACSs são pessoas influentes na comunidade, com grande habilidade política, e grande autonomia nas suas ações relativas à solução de problemas de saúde e de fácil trânsito na comunidade. Em alguns casos ele chega a usar a palavra ciúme, para definir o sentimento dos ACSs, perante os outros profissionais, afinal eles eram muitas das vezes a única referência que a comunidade tinha. Neste caso, se a equipe não estiver muito envolvida com o trabalho do ACS, isso poderá gerar um problema, levando a uma desarmonia na condução das ações.

O que Dália nos transmite, em sua fala, não fica longe disso; afinal, ela é o elo entre a comunidade e o restante da equipe, e a falta de conhecimento certamente a fará passar vergonha, pois é dela, em primeiro lugar, o papel de educadora.

Em uma outra pesquisa realizada para a RET-SUS (2007), com o objetivo de definir o perfil do ACS das principais capitais brasileiras, um dos pontos que chamou nossa atenção, foi quando estes entrevistados foram questionados sobre a sua expectativa quanto ao futuro profissional. Disseram em sua maioria: fazer uma faculdade. Podemos interpretar esta resposta por diversos ângulos, um deles, por

exemplo, seria a vontade de ampliar seus conhecimentos em outra área de atuação, outro seria, terem uma perspectiva de melhor salário, ou ainda, que a formação que eles estão recebendo (ou receberam) não está sendo suficiente para a realização de suas atribuições profissionais, o que, infelizmente, parece ser a mais provável delas, pois todas demonstraram através de suas respostas uma necessidade maior de capacitação. De qualquer forma, nos cabe refletir sobre o assunto, e verificarmos que estes atores já perceberam a grandiosidade de suas atribuições, e quanto a sua formação e atribuição profissional são importantes para o sucesso do Programa Saúde da Família.

As ACSs querem atuar e assumir o papel que por direito lhes pertence, no entanto, já perceberam que uma das coisas lhes faltam: o conhecimento científico, gerando insatisfação e desconforto perante a comunidade da qual fazem parte.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos através deste estudo permitiram o alcance do seu objetivo, que era o de analisar as percepções dos agentes comunitários de saúde que atuam na CAP 1.0, sobre a importância que eles atribuem ao seu processo de aprendizagem, percebendo como vêm seu processo de formação, e a partir disso refletir sobre as atribuições profissionais preconizadas pelo MS, correlacionando-as com o conteúdo oferecido em sua formação profissional e a prática do seu dia-a-dia na Unidade.

Para melhor apresentarmos nossa análise, os resultados foram distribuídos e analisados em quatro categorias: diversidade da formação profissional, variações da atribuição profissional, dificuldades do ACS em sua prática profissional e percepção do ACS sobre a importância de sua atividade profissional.

Na primeira categoria de análise denominada "Diversidade da formação profissional", encontramos várias formas de pensamento, retratados através das falas, indicando uma variedade muito rica na identificação da formação profissional. Agrupamos estas principais idéias em subcategorias, são elas: Insuficiência no treinamento, Ausência de treinamento, "Treinamento" em serviço e "Treinamento" por execução de tarefas. Nesta categoria, percebemos que não há entre as ACS entrevistadas um entendimento consensual do que venha a ser capacitação profissional e treinamento.

Percebemos então que nas quatro formas designadas de treinamento, todas deixaram a desejar, ao compararmos com as orientações de educadores e estudiosos no assunto formação profissional. Em nenhum momento as ACS relataram que suas dúvidas foram retiradas em campo de ação, e o pior é que

nenhuma das entrevistadas havia concluído a formação técnica. Desta forma, como pensar em capacitação se a própria formação está comprometida?

Em nossa segunda categoria de análise, denominada "Atribuição Profissional do Agente Comunitário", verificamos que são muito amplas e complexas as atribuições destinadas a este profissional. Ele deverá ser um elo entre a comunidade e a equipe, promover saúde no seu sentido mais amplo, ser um educador, facilitador, colher dados e propor soluções, conhecer a fundo seus moradores e necessidades para que ações de saúde sejam implementadas, enfim, deseja-se muito deste profissional. E nos perguntamos, o que ele identifica como suas atribuições na verdade? O grupo entrevistado identificou como sendo suas atribuições principalmente: encaminhar para o médico e criar condições para promoção de saúde.

Verificamos que existe uma grande distância entre o que está preconizado pelo MS como atribuição profissional do ACS e o que este vem realizando no seu dia-a-dia. Diante deste problema, perguntamos quais seriam as dificuldades que as ACSs, estariam encontrando para a realização de suas atividades, assunto abordado na próxima categoria.

Na terceira categoria, denominada "Dificuldades do ACS em sua prática profissional", nos foi relatado principalmente os seguintes fatos: a descontinuidade do trabalho da equipe do PSF, a falta de infra-estrutura/insumos, a sobrecarga de trabalho e os baixos salários.

O que realmente nos surpreendeu nestas entrevistas quanto aos principais problemas encontrados foram os seguintes fatos: não comentaram a questão da violência, ou por serem os ACSs muito respeitados, ou por terem medo de falar ou já estarem acostumados com ela. Um outro fato ainda mais preocupante foi que eles não encontraram dificuldades próprias de suas atribuições, como identificar riscos,

identificar parceiros para melhoria de vida da comunidade entre outras. Acredito que seja pelo fato de não estarem realizando as atividades preconizadas como suas atribuições profissionais, sendo estas realizadas por outros profissionais, talvez pela sua formação precária e o treinamento insatisfatório. Este fato pode comprometer o próprio futuro da profissão, pois ela não é o que deveria ser.

Em nossa quarta e última categoria abordamos as "Percepções dos ACSs em relação à sua atuação profissional", verificamos que quase todos possuem um auto-reconhecimento sobre a importância de sua formação e atribuição profissional.

Todos responderam de forma afirmativa quanto à importância da formação e da capacitação, mesmo tendo uma compreensão diversificada do que venha a ser capacitação. Do seu jeito, todos acham que precisam se capacitar para exercerem de forma satisfatória suas atribuições, atribuições estas um tanto confusas para alguns, mas acredito que seja pela própria falta de formação adequada.

Quando questionados sobre o que os ACS esperam do futuro, em sua maioria relataram que gostariam de fazer uma faculdade, que poderemos interpretar como sendo uma forma de sanar o problema da falta de capacitação, ou então, poderá ser uma forma de nos dizerem que não estão satisfeitos com o que estão recebendo, seja pelo lado financeiro ou pela própria capacitação.

Devemos nos preocupar com estas colocações, pois qual será o futuro desta profissão tão importante para o sucesso do PSF? Devemos nos perguntar qual atenção está sendo dado para o profissional que é considerado o elo entre a comunidade e a equipe. O que será da equipe caso este elo se rompa?

Dentre as diversas dificuldades encontradas para a realização deste estudo, poderíamos citar a falta de tempo, dadas as muitas atribuições como: filhos, família e trabalho. Além da incompatibilidade de agenda com a orientadora e co-

orientadora; as dificuldades financeiras ao longo do processo; a violência na Cidade, dificultando as entrevistas; o árduo processo seletivo, dentre outros.

No entanto, apesar de todas as dificuldades, muitas vitórias foram alcançadas. O presente estudo, em primeiro lugar, ajudou a entender um pouco mais a percepção do agente comunitário quanto à importância da sua formação profissional e as suas atribuições. Até realizá-lo não tínhamos a menor idéia sobre a visão deste sujeito tão importante dentro da equipe de PSF. Embora houvesse lido e convivido com outros profissionais, que assim como eu haviam tido acesso a outros temas próximo ao assunto, como: a percepção da comunidade sobre a importância do ACS; como o enfermeiro vê o trabalho do ACS e como o Programa idealiza este profissional, pouco se estudou sobre a percepção do ACS.

Quanto mais e melhor soubermos e conhecermos o que os ACSs realmente desejam ou esperam de sua profissão, melhor poderemos trabalhar no sentido de elaborar propostas para uma formação profissional de qualidade e fornecer boas condições de trabalho a esta categoria tão importante no contexto do PSF.

Muito pouco tem se escrito sobre o que os próprios ACSs percebem de sua profissão, seja quanto ao futuro ou quanto às dificuldades ou mesmo quanto a sua percepção sobre a sua formação. Espero que este estudo venha a contribuir com outros que dêem continuidade a ele e que possam incrementar ainda mais a produção científica sobre este tema, que é de grande relevância para o sucesso da implantação deste modelo assistencial.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface, Salvador, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.

ANDRADE, L.M.. **SUS passo a passo:** gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral, 2001.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D.. **A Estratégia saúde da família.** In: Manual do Curso Básico em Saúde da Família. Faculdade de medicina de Juazeiro do Norte, Pólo de Educação Permanente para os Profissionais de Saúde, p. 18-37, 2005.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edições 70, 1977.

BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; ESPÍRITO SANTO, Antônio Carlos Gomes do; BATISTA FILHO, Malaquias. **Concepções e práticas do Agente Comunitário na Atenção à Saúde do Idoso.** Rev. Saúde Pública, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Organização dos Textos, notas remissivas e índices por Cláudio Brandão de Oliveira. 9 ed. Rio de Janeiro: DPEA, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1.

CAMPOS, Francisco Eduardo. **O Programa de Saúde da Família e os desafios para a Formação profissional e a Educação Continuada.** Interface, Minas Gerais, v. 34, n. 35, p. 133-142, ago. 2001.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde:** desafio ambicioso e necessário. Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 30-56, fev. 2005.

CHAGAS, Luciana; SECLLEN, Juan. **Discussão sobre o marco referencial e conceitual de Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil.** Organização Panamericana de Saúde – Projeto de Desenvolvimento de sistemas e serviços de

saúde. Brasília, 2003. Informe sobre a reunião de trabalho. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/serviço/arquivo/sala5309.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2006.

CORDEIRO, Hesio de Albuquerque. **SUS Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 2005.

CZERESNIA, D.O.. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: \_\_\_\_\_ (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexos, tendência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

FEUERWERKE, Laura. **Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade**. Saúde para Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 22, p. 36-48, dez. 2000.

GOLDBAUM, Moisés. **Qualidade devida e saúde: além das condições de vida e saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 1-14, ago. 2006.

LEVY, Flávia Mauad. **Programa de Agente Comunitário de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, fev. 2004.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **A política de incentivos do Ministério da saúde para a atenção básica: Uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da Integralidade?** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 18 suplemento, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (coord.) *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NOVAES, Humberto de Moraes. **Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo: SILOS. PROAHSA, 1990.

NUNES, Mônica de Oliveira; TRAD, Leny Bonfim. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 639-1646, nov./dez. 2002.

PACTO PELA VIDA, EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO. Série "**Pactos pela Saúde 2006**". v. 1 - Diretrizes Operacionais.

PAIM, Jailson Silva. **Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política**. ABRASCO. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1986.

PAIM, Jailson Silva. **Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde**. ABRASCO. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1996.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. **Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família.** Rev. Saúde Pública. Teresina, ano 35, n. 3, p. 303-311, mar. 2001.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de Saúde:** conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. São Paulo, ano 35, n.1, p.103-109, set. 2000.

PROESF. **SAÚDE DA FAMÍLIA:** Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – Processo de classificação dos Municípios. Reunião da comissão Intergestores Tripartite. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/proesf/>>. Acesso em: 08 ago. 2007.

RET-SUS. Revista das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ano 2, n. 26, mar. 2007.

RODRIGUES, Paulo Henrique. **(Des) caminhos do Direito à Saúde no Brasil.** Série Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1999.

SILVA, Joana Azevedo. **O AGENTE Comunitário de Saúde e suas atribuições.** Interface. Ribeirão Preto, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.

TOBAR, Frederico *et al.* **Como fazer teses em saúde pública.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

TURANO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** São Paulo: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramalho. **A educação em saúde na prática do PSF.** Manual de enfermagem. 2005. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

VIANA, Ana Luiza Davila. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1988.

VÍCTORA, C. G. *et al.* **Pesquisa qualitativa em saúde.** Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIDOTTI, Tarcio José. **Introdução à formação técnico-profissional.** São Paulo: LTR, 2005.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### Identificação do entrevistado

Idade:

Sexo:

Endereço residencial:

Local da entrevista:

Escolaridade:

Tempo que atua na profissão:

#### Percepção do entrevistado

1 - Sua formação profissional te preparou plenamente para o trabalho que você vem executando?

##### Caso satisfatório:

1.1 - Realiza o preenchimento do sistema de informação sem dificuldade?

1.2 - Identifica os riscos e fornece orientações de prevenção e promoção de saúde com segurança?

##### Caso insatisfatório:

1.1 - Quais são as maiores dificuldades encontradas em serviço?

1.2 - Quais foram a seu ver os conteúdos (disciplinas) que não foram contemplados?

2 - Recebe capacitação em serviço?

##### Caso positivo:

2.1 - Com que frequência?

2.2 - Você considera que ela é suficiente?

2.3 - Por quê?

2.4 - Qual o profissional que realiza a capacitação?

2.5 - Como são feitas as escolhas dos temas?

2.6 - Quais os temas que você gostaria que fossem abordados?

2.7 - Você teve acesso aos vídeos e/ou fascículos de capacitação à distância?

2.8 - O que achou do material?

##### Caso negativo:

2.1 - Você considera a capacitação necessária?

2.2 - Por quê?

2.3 - Quais os temas que você gostaria que fossem abordados?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Universidade Estácio de Sá**  
**Mestrado em Saúde da Família**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Projeto: Projeto de Pesquisa: Avaliação da Estratégia da Saúde da Família em dois Municípios da área metropolitana do Rio de Janeiro (CNPq Edital 037/2004);  
Subprojeto: Estratégias de Saúde da Família e o sistema de referência e contra-referência.

Eu, \_\_\_\_\_,  
abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

Objetivo da Pesquisa: Analisar as percepções dos agentes comunitários de saúde sobre a importância que eles atribuem ao seu processo de aprendizagem, com base em levantamento bibliográfico e documental e entrevistas semi-estruturadas a serem realizadas com os agentes comunitários de saúde que atuam na CAP 1, na Cidade do Rio de Janeiro.

Benefícios que possam ser obtidos: O incentivo a capacitação profissional, individual ou coletiva e fazer com que os demais membros da equipe reflitam sobre a importância da capacitação em serviço, promovendo com isso ações de saúde que atendam as necessidades da área adscrita;

Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.

Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.

A pesquisa manterá o carácter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o(a) pesquisador(a) pelo telefone (21) 2581 0017 ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá**, Rua do Riachuelo 27, 6º andar - Centro; Tel.: 3231-6135; e-mail: mestradosaudedafamilia@estacio.br.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Pesquisador(a)

## ANEXOS

### ANEXO A - PORTARIA Nº 648 DE 28 DE MARÇO DE 2006

Edição Número 61 de 29/03/2006  
Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

#### PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006

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

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

III - 10.301.1214.8581 Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficando revogadas as Portarias nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 10, nº 1.884/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.885/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 59/GM, de 16 de janeiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 14-E, de 21 de janeiro de 1998, Seção 1, página 2, nº 157/GM, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 26 de março de 1998, Seção 1, página 104, nº 2.101/GM, de 27 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 42, de 4 de março de 1998, Seção 1, página 70, nº 3.476/GM, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 160, de 21 de agosto de 1998, Seção 1, página 55, nº 3.925/GM, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 22-E, 2 de fevereiro de 1999, Seção 1, página 23, nº 223/GM, de 24 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 57, de 25 de março de 1999, Seção 1, página 15, nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 221, de 19 de novembro de 1999, Seção 1, página 29, nº 1.013/GM, de 8 de setembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 175-E, de 11 de setembro de 2000, Seção 1, página 33, nº 267/GM, de 6 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 46, de 7 de março de 2001, Seção 1, página 67, nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 163, de 23 de agosto de 2002, Seção 1, página 39, nº 396/GM, de 4 de abril de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 104, de 2 de junho de 2003, Seção 1, página 21, nº 673/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 674/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 675/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 45, nº 2.081/GM, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 214, de 4 de novembro de 2003, Seção 1, página 46, nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 15, de 23 de janeiro de 2004, Seção 1, página 55, nº 1.432/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 157, de 16 de agosto de 2004, Seção 1, página 35, nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de 15 de julho de 2004, Seção 1, página 36, nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.024/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.025/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 45, nº 619/GM, de 25 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 78, de 26 de abril de 2005, Seção 1, página 56, nº 873/GM, de 8 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 110, de 10 de junho de 2005, Seção 1, página 74 e nº 82/SAS, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 128, de 8 de julho de 1998, Seção 1, página 62.

SARAIVA FELIPE

## ANEXO

### POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

#### CAPÍTULO I

##### Da Atenção Básica

##### 1 - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da Integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na Integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a Integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

## 2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

### 2.1 Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - 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;

II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;

III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias ou ganizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XIII verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;

XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;

XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e

XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

## 2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;

II - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

III - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;

IV - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;

VI - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;

VII - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;

VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XI - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;

XII - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica feridos aos municípios e ao Distrito Federal;

XIII - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:

a) aprazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde; e

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB;

XIV - assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;

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

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

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

XVIII - assessorar municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;

XIX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;

XX articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

XXI - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; e

XXII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do estado e do Distrito Federal.

### 2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica - PAB fixo e variável;

III - prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família;

IV - estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica;

V - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica;

VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica;

VII - assessorar estados, municípios e o Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica;

VIII - analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite;

XIII - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional;

XIV - 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 Básica; e

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País.

### 3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II - UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;

VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

### 4 - DO CADASTRAMENTO DAS UNIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

O cadastramento das Unidades Básicas de Saúde será feito pelos gestores municipais e do Distrito Federal em consonância com as normas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

## 5 - DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação das UBS;

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

## 6 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

## 7 - DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os conteúdos mínimos da Educação Permanente devem priorizar as áreas estratégicas da Atenção Básica, acordadas na CIT, acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Devem compor o financiamento da Educação Permanente recursos das três esferas de governo acordados na CIT e nas CIBs.

Os serviços de atenção básica deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem de acordo com processos acordados na CIT e nas CIBs.

## CAPÍTULO II

### Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

#### 1 - PRINCÍPIOS GERAIS

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

#### 2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

Além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm as seguintes responsabilidades:

##### 2.1 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;

II - definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;

III - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

IV - assegurar o cumprimento de horário integral - jornada de 40 horas semanais - de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

V - realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; e

VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

## 2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - estabelecer no Plano de Saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família;

III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS elaborada pelos municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;

VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos municípios;

VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;

IX - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF;

X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs; e

XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

### 2.3 - Compete ao Distrito Federal:

I - estabelecer, no Plano de Saúde do Distrito Federal, metas e prioridades para a Saúde da Família;

II - analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

III - responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos ao Distrito Federal; e

IV - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados.

### 2.4 - Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir e rever, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da Saúde da Família;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;

III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;

IV - articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente;

V - analisar dados de interesse nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos; e

VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será realizado a partir da população cadastrada no sistema de informação vigente.

## 3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

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

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

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

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

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

São itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família:

I - no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

II - no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

III existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente:

a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e

b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

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

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor;

II - a existência de um enfermeiro para até 30 ACS, o que constitui uma equipe de ACS;

III - o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais dedicadas à equipe de ACS pelo enfermeiro supervisor e pelos ACS;

IV - definição das microáreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas; e

V o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002.

#### 4 - DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos 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;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

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

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

As atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, ACS e enfermeiros das equipes PACS estão descritas no Anexo I.

## 5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe.

Recomenda-se que:

I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;

II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.

Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.

## 6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

I - O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes no Anexo II a esta Portaria. A proposta deve definir:

a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas;

b) infra-estrutura incluindo área física, 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;

c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;

e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;

f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;

h) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

II - A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IV - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;

V - O município, com as equipes previamente credenciadas pelo estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;

VI - O Ministério da Saúde, os estados e os municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS; e

VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contrarreferência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultra-som, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde.

### CAPÍTULO III

#### Do Financiamento da Atenção Básica

##### 1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite.

O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável.

O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

## 2 - DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica.

O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família - SF; Agentes Comunitários de Saúde - ACS; Saúde Bucal - SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena - SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Os recursos serão repassados em conta específica denominada "FMS - nome do município - PAB" de acordo com a normatização geral de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas, ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e terno.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Os municípios e o Distrito Federal deverão efetuar suas despesas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento).

De acordo com o artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;

II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;

III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e

IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

## 2.1 - Da parte fixa do Piso da Atenção Básica

Os recursos do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes à população de municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados nesta Portaria podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites.

A parte fixa do PAB será calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população de cada município e do Distrito Federal e seu valor será publicado em portaria específica. Nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, será mantido o maior valor.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Os municípios que já recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares ao PSF, de acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da FUNASA, de acordo com Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, terão os valores correspondentes incorporados a seu PAB fixo a partir da publicação do teto financeiro do Bloco da Atenção Básica.

Ficam mantidas as ações descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

## 2.2 - Do Piso da Atenção Básica Variável

Os recursos do PAB variável são parte integrante do Bloco da Atenção Básica e terão sua utilização definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo das ações previstas nesta Política.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica, cujo financiamento global se dá em composição tripartite.

Para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e os municípios devem aderir às estratégias nacionais:

- I - Saúde da Família (SF);
- II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- III - Saúde Bucal (SB);
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Saúde Indígena (SI); e
- VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena SI será regulamentada em portaria específica.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde no Sistema Penitenciário se dará em conformidade ao disposto na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios:

I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;

II - os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;

III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB se dará por meio do BBS/MS, da Internet, ou por disquete;

IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e

V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.

O número máximo de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, a cada ano, será definido em portaria específica, respeitando os limites orçamentários.

Os valores dos componentes do PAB variável serão definidos em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Equipe de Saúde da Família (ESF)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/2400.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou

II - estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; e

III - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. ESF Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde. Os municípios passarão a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, na respectiva competência financeira.

Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, no mês de agosto do ano vigente.

O número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população IBGE/400.

Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana/400 + população da área rural IBGE/280.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB, definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

#### Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no cadastro de Equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, na respectiva competência financeira.

Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), quantas equipes estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Básica - Saúde da Família.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário;

II - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

#### Compensação de Especificidades Regionais

Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais serão definidos em Portaria Ministerial específica para este fim.

A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais será definida periodicamente pelas CIBs.

A CIB selecionará os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde enviarão a listagem de municípios com os valores e o período de transferência dos recursos pactuados nas CIBs ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que os valores sejam transferidos do FNS para os FMS.

### 3. REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PAB

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses Planos por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção.

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

I - Cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para:

- a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- c) razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

II - Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%;

O Ministério da Saúde publicará anualmente, em portaria específica, os indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do PAB fixo.

#### 4. DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, por parte dos municípios e/ou do Distrito Federal, e na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros a equipes de Saúde da Família, a equipes de Saúde Bucal e a de Agentes Comunitários de Saúde, com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - preencher a planilha constante do Anexo III a esta Política, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem ou o agente comunitário de saúde que não gerou crédito de incentivo;

II - imprimir o relatório de produção, no caso de equipes de Saúde da Família, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

## 5. DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO PAB

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do PAB aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, a saber:

- a) Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) - para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB;
- b) Sistema de Informações Ambulatorial - SIA;
- c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
- d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
- e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
- f) Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN; e
- g) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI.

Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano.

II - Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

### 5.1. Da suspensão do repasse de recursos do PAB variável

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos a equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal ao município e/ou ao Distrito Federal, 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 DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;

III - o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política.

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos, relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, ao município e/ou ao Distrito Federal, 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 DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada como referência para a população cadastrada pelos ACS e/ou;

II - ausência de enfermeiro supervisor por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a legislação eleitoral impede a contratação de profissionais, nos quais será considerada irregular a ausência de profissional por e/ou;

III ausência de ACS, por período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, e/ou;

IV - descumprimento da carga horária estabelecida nesta Política, para os profissionais.

## 6. DOS RECURSOS DE ESTRUTURAÇÃO

Na implantação das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades de Saúde de cada Equipe de Saúde da Família e para Equipes de Saúde Bucal, visando à melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde para o trabalho das equipes.

Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo de estruturação, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados aos Fundos de Saúde do Distrito Federal, do estado ou do município.

Em caso de redução do número de Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantadas anteriormente.

O Ministério da Saúde disponibilizará, a cada ano, recursos destinados à estruturação da rede básica de serviços de acordo com sua disponibilidade

orçamentária. A CIT pactuará os critérios para a seleção dos municípios e/ou do Distrito Federal.

Para o ano de 2006 serão disponibilizados recursos aos municípios:

I - Que realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pelo CNRM; e

II - Que em suas Unidades Básicas de Saúde recebam alunos de Cursos de Graduação contemplados no PROSAUDE.

O Ministério da Saúde publicará portaria específica com o montante disponibilizado, a forma de repasse, a listagem de contemplados e o cronograma de desembolso.

Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

## ANEXO I

### AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS

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

#### 1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

## 2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

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

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

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

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

ANEXO II

DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Quadros Para Projetos de Implantação - ACS/SF/SB

Caracterização Geral

Nome ou nº da SF/SB.	Área geográfica de atuação (Nome do município / Bairro / Comunidade)	População estimada

12> Nome ou nº da SF/SB. Área geográfica de atuação (Nome do município/Bairro/Comunidade) População estimada.

infra-estrutura

Nome ou nº da ESF		Material Permanente			
		Existentes	Qt-de.	A adquirir	Qt-de.

12> Material Permanente Nome ou nº da ESF Existentes Qtde. A adquirir Qtde.

Forma de contratação de recursos humanos

Profissional	Forma de recrutamento	Forma de seleção	Forma de contratação	Regime de trabalho
Médico				
Enfermeiro				
Auxiliar de enfermagem				
Agente comunitário de saúde				
Dentista				
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)				
Técnico em Higiene Dental (THD)				
Outros profissionais (especificar)				

12> Profissional Forma de recrutamento Forma de seleção Forma de contratação Regime de trabalho Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agente comunitário de saúde Dentista Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) Técnico em Higiene Dental (THD) Outros profissionais (especificar)

### Quadro de Metas das Ações em Áreas Estratégicas

Nome ou nº da ESF	Área estratégica de atuação	Ações propostas para a ESF	Quantitativo de ações programadas por ano, por ESF
	Saúde da Criança		
	Saúde da Mulher		
	Controle do Diabetes		
	Controle da Hiper-		

12> Quantitativo Nome ou nº da ESF Área estratégica de atuação Ações propostas para a ESF de ações programadas por ano, por ESF Saúde da Criança Saúde da Mulher Controle do Diabetes Controle da tensão Eliminação da Hanseníase Controle da Tuberculose Saúde Bucal Eliminação da desnutrição infantil Promoção da Saúde do Idoso

### Avaliação e acompanhamento das ações

Instrumento de Avaliação	Forma de acompanhamento proposta
SIAB	
Pacto de Atenção Básica	
Pacto de Gestão	
Outros (especificar)	

12> Instrumento de Avaliação Forma de acompanhamento proposta SIAB Pacto de Atenção Básica Pacto de Gestão Outros (especificar)

### Quadro resumo de financiamento das áreas de implantação

Despesas	Despesas com pessoal	Despesas com material/manutenção.	Estruturação	TOTAL
Atual				
Proposta com SF/SB				

12> TOTAL Estruturação Despesas com pessoal. Despesas com material/manutenção. Atual Proposta com SF/SB

Receitas	Recursos municipais	Recursos estaduais	Incentivo Ministério da Saúde	TOTAL
Atual			PAB Fixo	
Proposta com SF/SB			?	

12> Receitas Recursos estaduais Incentivo Ministério da Saúde TOTAL municipais Atual PAB Fixo? Proposta com SF/SB Definição das Referências na Média Complexidade



NOME DA EQUIPE: Identificação da equipe através do nome por ela utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Identificar, inicialmente, se o incentivo é de custeio (aquele transferido mensalmente) ou é o adicional. Em seguida, marcar se é relativo a equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal, modalidade I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe, que não gerou incentivo.

CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna anterior

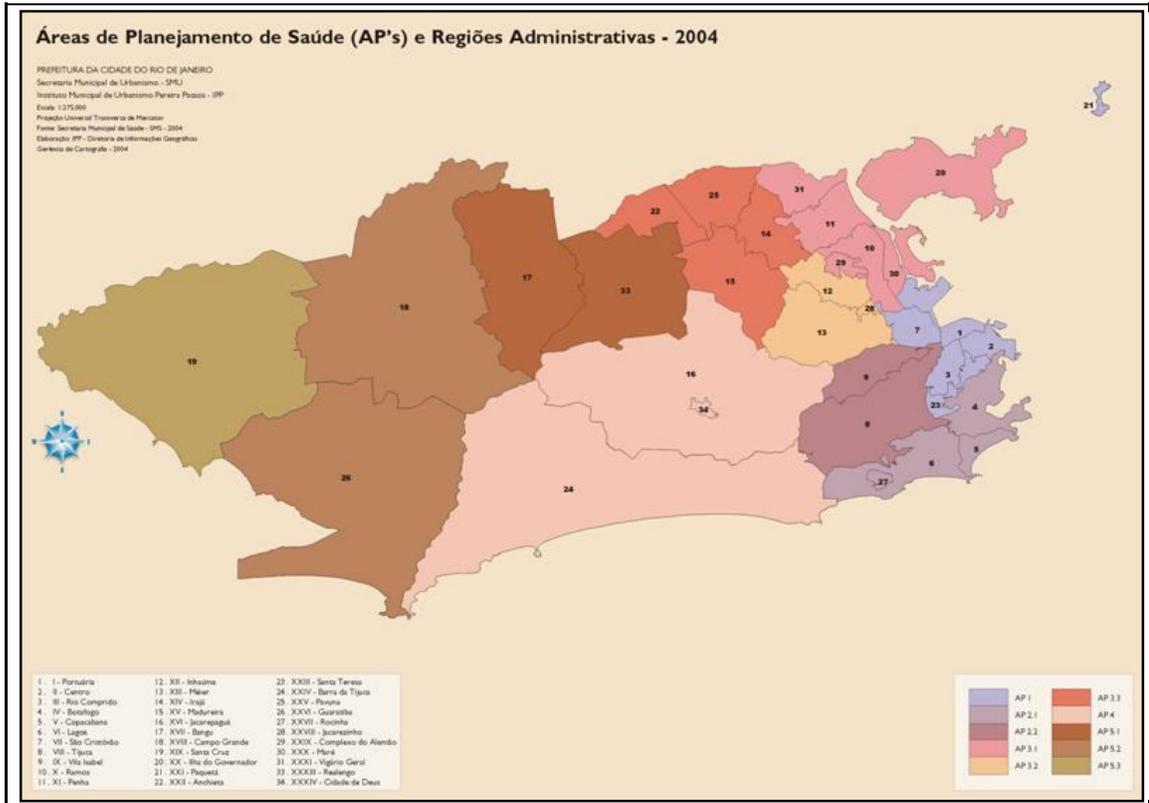
IDENTIDADE/ REGISTRO PROFISSIONAL: Informar, para o médico, enfermeiro e dentista, o registro profissional; e para os demais, digitar o número do documento de identidade,

DATA: \_\_\_\_\_

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO: \_\_\_\_\_

## ANEXO B - MAPA DAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS DO RIO DE JANEIRO



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)