

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM DE ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM**

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE**
(Reflexões com base na Experiência de Florianópolis)

TERESA CRISTINA GAIO

**FLORIANÓPOLIS,
SETEMBRO, 2000**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM DE ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE**
(Reflexões com base na Experiência de Florianópolis)

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Universidade Federal de Santa Catarina, para a
obtenção do título de mestre em Assistência de
Enfermagem*

TERESA CRISTINA GAIO

**ORIENTADORA:
DRA. ELIANA MARÍLIA FARIA**

**FLORIANÓPOLIS,
SETEMBRO, 2000**

FLORIANÓPOLIS, 13 DE SETEMBRO DE 2000

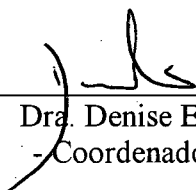
TERESA CRISTINA GAIO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE
(Reflexões com base na experiência de Florianópolis)**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca examinadora para obtenção do título de:

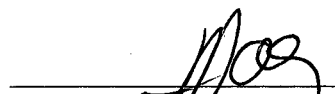
MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 13 de setembro de 2000, atendendo às normas vigentes da legislação da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Assistência de Enfermagem.

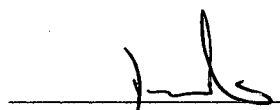


Dra. Denise Elvira Pires de Pires
- Coordenadora da PEN/UFSC

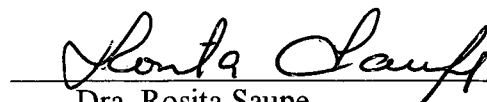
BANCA EXAMINADORA:



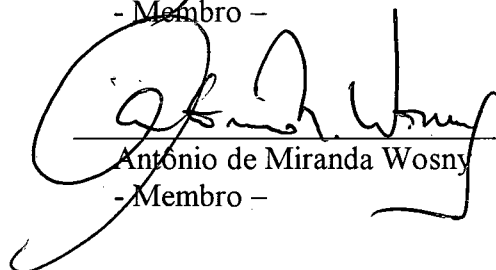
Dra. Eliana Marília Faria
- Presidente -



Dra. Denise Elvira Pires de Pires
- Membro -



Dra. Rosita Saupe
- Membro -



Antônio de Miranda Wosny
- Membro -

Dra. Marta Lenise do Prado
- Suplente -

Vá ao Povo...

Viva com Ele...

Aprenda com Ele...

Ame-O ...

Comece com o que Ele sabe...

Construa sobre o que Ele tem...

"Solidários, somos gente;

Solitários, somos peça.

De mãos dadas, somos força;

Desunidos, impotência.

Isolados, somos ilha:

Juntos, somos continente.

Inconsistentes, somos massa;

Reflexivos, somos grupo.

Organizados, somos pessoas;

Desorganizados, somos objetos de lucro.

Em equipe, ganhamos, libertamo-nos.

Individualmente, perdemos, continuamos presos.

Participando, somos povo;

Marginalizando-nos, somos rebanho.

Unidos, somos soma.

Na massa, somos números.

Dispersos, somos vozes no deserto;

Unidos, fazemo-nos ouvir.

Amontoando palavras, perdemos tempo;

Com opções concretas, construímos sempre.

ACS BI - Ibirataia - Bahia.

Agradecimentos

Agradeço a *DEUS*, por estar viva e lutar pela vida....

Agradeço a *DEUS*, por cada dia que acordo e partilho minha vida....

Agradeço a *DEUS*, por colocar *VOCE* no meu caminho...

Agradeço a *DEUS*, por me ensinar a amar e aprender com todas as pessoas que partilham da minha vida.

RESUMO

O presente trabalho busca refletir acerca do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, na experiência do município de Florianópolis - Santa Catarina. O PACS é um programa do Ministério de Saúde, implantado à partir de 1992, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e controlar as doenças diarreicas e a desnutrição no nordeste do país. Após 8 anos de implantação, o PACS faz parte da estratégia do governo de descentralizar as ações básicas de saúde, proporcionando o acesso e a universalização do atendimento à saúde, priorizando alguns marcadores como crianças de 0 a 5 anos, gestantes, além de portadores de doenças como a hipertensão, a diabete, a hanseníase e a tuberculose. A reflexão proposta partiu da necessidade de aprofundar o papel do Agente Comunitário de Saúde – ACS, assim como sua formação e atuação junto com a equipe de saúde e a comunidade. Florianópolis conta hoje com 561 ACS distribuídos nas cinco regionais de saúde que compõem o município. Destes 249 ACS estão participando do curso de qualificação profissional como Auxiliar de Enfermagem. A metodologia adotada para este estudo foi o de uma abordagem qualitativa em um estudo descritivo-analítico. Participaram deste estudo um total de 13 ACS distribuídos nas diferentes regionais do município. Levou-se em consideração que dentre os participantes de cada área, estivessem ACS que estão participando do curso de Auxiliar de Enfermagem. Na experiência de Florianópolis, o estudo revela alguns fatos que devem ser levados em consideração, destacando-se aqui os principais: Os ACS não se sentem preparados para atuarem na comunidade; a formação ainda é insuficiente para sua atuação efetiva; há problemas de relacionamento e espaço de trabalho entre os ACS e a equipe de saúde; a desvalorização salarial desmotiva os ACS. Também foi revelado pelos sujeitos de estudo, a visão do ACS sobre o seu papel, que relataram ser o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, ser o psicólogo da comunidade, que controlam a comunidade, trabalham com os mais pobres e realizam o censo. Relataram ainda que a escolha pelo trabalho em saúde como ACS se deu principalmente pela falta de outro emprego, por uma questão de sobrevivência e para ajudar a comunidade com um trabalho solidário. Este estudo proporcionou realizar uma reflexão do PACS e a formação do ACS para desempenhar seu papel com segurança e qualidade. Deixando aqui algumas sugestões, com o intuito de contribuir para a melhoria de assistência integral da população com a implementação do PACS.

ABSTRACT

In this work, reflections are made on the Health Community Agents Program (PACS) in the experience of the municipality of Florianópolis-Santa Catarina. The PACS is a program of the Ministry of Health, implanted after 1992, seeking to reduce child mortality and control diarrhea diseases and the malnutrition in the northeast region of Brazil. Eight years after being implanted, the PACS is now part of the government strategy to decentralize basic actions in health, offering access to and universalization of attendance to health, giving priority to a few markers like 0-to-5-year children, pregnant women, and also those who have diseases such as hypertension, diabetes, leprosy and tuberculosis. The proposed reflection was born from the need to deepen the role of Health Community Agents-ACS, as well as their formation and performance next to the health team and the community. Florianópolis has nowadays 561 ACS distributed over the five health regional areas in which the municipality is divided. Of these ACS, 249 are participating at the professional qualification course in the position of Nursing Auxiliaries. The adopted methodology for this study was that of a qualitative approach along a descriptive-analytic modality. A total of 13 ACS participated in the study, distributed over the various regional divisions of the municipality. Attention was given to have among the participants of each area ACS that are now attending the Nursing Auxiliary course. In the experience lived by the city of Florianópolis, the study discloses a few facts which should be considered, and the most important ones are: The ACS do not feel prepared to act in the community; formation is still not sufficient for their effective action; there are relation problems and of work space between the ACS and the health team; wages devaluation causes lack of motivation among the ACS. Also revealed by the study participants was the way they looked at their role, which they reported to be the link between the community and the health service, being the community psychologists, those who control the community, who work with the poorer and conduct the demographic census. They also informed their choice to work in the field of health as ACS was mainly due to the impossibility to find other jobs, or a question of survival, and to help the community with a solidary work. The present study made possible to conduct a reflection on the PACS and the formation of ACS, so they could perform their functions with security and quality. A few suggestions are offered here, seeking to contribute in enhancing integral assistance to the population by implementing the PACS.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E FIGURAS	10
LISTA DE SIGLAS.....	12
Capítulo I.....	13
INTRODUÇÃO	13
Capítulo II.....	18
CONTEXTUALIZACAO DO PROBLEMA.....	18
2.1. A Pastoral da Saúde	18
2.2 O Programa de Agentes Comunitário de Saúde	22
2.3 O Município de Florianópolis.....	27
2.4 Organização dos Serviços de Saúde do Município.....	30
Capítulo III.....	38
REFERENCIAL TEÓRICO.....	38
3.1 - A Saúde Pública no Brasil.....	38
3.2 - A Política de Financiamento do SUS - As Normas Operacionais Básicas – NOBs	52
3.3 Saúde e Cidadania.....	59
Capítulo IV.....	71
METODOLOGIA	71
Capítulo V.....	75
RESULTADOS E ANÁLISE.....	75
Capítulo VI.....	117
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: POSSIBILIDADES DE SUA INSERÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE	117
Capítulo VI.....	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
Capítulo VII.....	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Composição da Rede Básica Municipal de Saúde.SSDS/PMF,1997.....	30
Quadro 2 - Perfil de Oferta de Serviços nos Centros de Saúde I e II, segundo Modelo Assistencial proposto em 1991. SSDS/PMF,1993.	31
Quadro 3 - Principais características das Normas Operacionais Básicas.....	55
Figura 1 – Escolha pelo Trabalho em Saúde como ACS	87
Figura 2 – Visão do papel do Agente Comunitário da Saúde	90
Quadro 4 – Programa de Treinamento para os ACS, do município de Florianópolis, 1999.	95
Figura 3 – Percepção do ACS em relação ao modelo assistencial em prática, na rede básica do município.	106

RELAÇÃO DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AFLOV – Associação Florianopolitana de Voluntários
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária a Saúde
AS – Agente de Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBS – Comunidade Eclesiais de Base
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSI – Centro de Saúde I
CSII – Centro de Saúde II
CSIII – Centro de Saúde III
CVE – Vigilância Epidemiológica
DIAR – Diretoria de Inspeção e Assistência a Rede de Saúde
DST – AIDS – Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis
FOCAL – Fundação Catarinense das Américas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Médica e Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPUF – Instituto de Planejamento e Urbanização de Florianópolis
MS – Ministério da Saúde
NOB – Normas Operacionais Técnicas
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAB – Piso Atenção Básica
PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
SAI/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SISVAN – Sistema de Informação
SMSDS – Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TFA – Teto Financeiro de Assistência
UCA – Unidade de Cobertura Ambuatorial
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto
UNICEF – Fundos das Nações Unidas para a Infância
USP – Universidade de São Paulo

Capítulo I

INTRODUÇÃO

O presente trabalho configura a minha dissertação de mestrado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Tem o propósito de refletir sobre o Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS, adotado pela Secretaria Municipal de Saúde-SMS, do Município de Florianópolis.

Para explicitar algumas das razões que me levam a querer estudar esta temática, creio ser oportuno colocar um pouco da minha trajetória profissional.

Desde acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSC, (me graduei em 1985), minha inclinação para atuar como profissional, sempre esteve dirigida à Saúde Coletiva, por acreditar que esta área significou e continua significando, um campo de trabalho que merece ser reconhecido como um dos mais importantes, do setor saúde.

As temáticas que emergiram e que emergem das discussões nos dias atuais, por um lado, estão dirigidas à reflexão e à busca de um Sistema de Saúde equânime e com controle social, de outro, a questão dos recursos humanos qualificados nos Serviços de Saúde para prestar uma assistência de qualidade. Uma outra questão que está implicitamente ligada a esses pontos, diz respeito aos recursos destinados ao setor saúde para que se efetivem os conteúdos da proposta do Sistema Único de Saúde - SUS e da Constituição Brasileira, sendo este um dos maiores entraves nas políticas adotadas pelo Estado que não o tem privilegiado, assumindo a conduta neoliberal, ou seja, o Estado mínimo.

O tema Agente Comunitário de Saúde - ACS é polêmico e merece ser discutido, pois pode, se não nos atentarmos, prejudicar ainda mais a qualidade assistencial prestada à

população, especialmente a mais carente, para a qual este programa foi pensado, estrategicamente.

Existem resistências quanto à inclusão deste sujeito trabalhador nos quadros funcionais, especialmente da equipe de saúde, que se ressentem, da perda de autonomia em seu trabalho (porque traz mais problemas, mais demanda, mais reivindicações); o profissional se sente desvalorizado, especialmente quanto à questão salarial; transformado, em cumpridor de tarefas, principalmente no que diz respeito à produtividade (é assim o modelo proposto); tende a exercer seu papel de forma desmotivada e até em certos casos, descompromissada, vendo então, o papel do ACS como uma interferência no seu trabalho e não como uma aliança que poderá levar à conquista de melhores condições de trabalho e saúde para a população.

Entendo que o ACS poderia ser um grande vínculo entre a comunidade e os Serviços de Saúde/profissionais, principalmente se houvesse um espaço de discussão dos problemas de saúde local como, por exemplo: a criação dos Conselhos Locais de Saúde. Mas, os mecanismos de controle político daqueles que detêm o poder econômico, político e organizacional dos Serviços de Saúde e o pouco crescimento e amadurecimento da organização política, tanto no campo profissional quanto popular, fazem com que o controle social dos Serviços de Saúde seja, ainda, uma meta a exigir muitas lutas e muito trabalho educativo.

A definição de um modelo assistencial de saúde, hoje, no país, exige análise, revisão e reordenamento das práticas exercidas pelos profissionais de saúde envolvidos no setor.

Apesar das resistências a inserção dos ACS como força de trabalho do Sistema Único de Saúde - SUS, vem contribuindo para a concretização do processo de municipalização e controle social, uma vez que, para a implantação do PACS, o município precisa atender a alguns requisitos como : a existência do Conselho Municipal de Saúde, que participa das discussões e aprova a adesão ao programa, o Fundo Municipal de Saúde, que recebe os recursos para a saúde, e são aprovados os investimentos pelo Conselho, a Habilitação do município na gestão prevista na NOB/96¹, além da participação do profissional enfermeiro, para supervisionar no máximo 30 ACS.

¹ NOB/96 – Norma Operacional Básica do SUS 01/96, que define a responsabilidade de saúde da população do município.

O PACS, quando bem implantado, possibilita a organização dos serviços municipais de saúde; pois ele levanta informações que possibilitam aos municípios definir as Políticas de Saúde que atendam às necessidades epidemiológicas de cada região.

Muito antes de surgir o PACS, a formação de Agentes de Saúde – AS nas comunidades, já ocorria de longa data. Na realidade, sempre existiram pessoas preocupadas e motivadas a trabalhar pela saúde de seu povo, pessoas essas voluntárias, que são lideranças natas em suas comunidades.

A partir de Alma-Ata², em 1978, o tema, Agente de Saúde, foi mais institucionalizado pelas nações e pelos profissionais ligados à saúde comunitária. Surge, então, a Atenção Primária à Saúde – APS, como forma de resolver os problemas de saúde, buscando responder uma área dos problemas sociais vividos pela população. Surgem também os AS que são lideranças que, organizadas com a comunidade, passam a desenvolver ações até então realizadas somente por profissionais de saúde, intervindo na mudança do sistema de saúde.

O tempo passou e muitas discussões acerca do papel do AS foram se tecendo. Experiências de Educação Popular, que ocorrem de forma marginal no Sistema de Saúde, passam a contar com vários exemplos desenvolvidos em grandes municípios, trazendo à tona novas questões e reflexões.

Os movimentos sociais de base passam a ser um espaço de reorientação da globalidade de suas práticas, na medida que dinamizam e fortalecem a relação da população com o Setor Saúde. Hoje esses AS atuam principalmente na luta pela efetivação do SUS, participando das Conferências, dos Conselhos de Saúde atuando no Controle Social.

A igreja também teve uma grande parcela na formação do AS, organizando as lideranças de saúde nas comunidades de base, com cunho transformador das injustiças sociais.

O AS tem uma história na participação da luta pela saúde, remonta desde a década de 70, num período de debate sobre a crise do setor saúde, sobre o modelo assistencial vigente e a necessidade de um Sistema Único de Saúde.

A organização dos trabalhadores na luta pelo resgate da dívida social e a democratização aumenta, surgindo em 1976 a CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e em 1979 a ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva com a discussão no departamento de Medicina Preventiva. Esse movimento construído nos anos 70, se estrutura como luta social com possibilidades de mudança nos anos 80, definindo-se então uma articulação de atores sociais que constituiu um movimento pela mudança no sistema de saúde, surgindo a Reforma Sanitária no Brasil.

A atuação política do AS aumentou à partir da Constituição em 1988 e com a implantação do SUS em 1990 e mais recentemente na atuação do controle social, participando dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Com a implantação do PACS, em 1994, o AS volta a ser destaque, mas com uma outra roupagem, a qual discutiremos neste estudo.

As realidades e objetivos da formação dos AS são muitas vezes antagônicas entre as Instituições (governo e igreja), preocupadas com suas funções e interesses próprios, esquecendo-se do alvo principal que é a população necessitada de saúde, no seu sentido mais amplo.

Essa discussão me fascina, pois trabalhar com a formação do Agente de Saúde possibilita colocar na mão da população, o diagnóstico das necessidades de saúde da comunidade e a decisão das formas de organização e reivindicação do direito à saúde.

Muitas questões podem ser levantadas acerca do papel do ACS, mas o que mais me chama a atenção é perguntar:

Quem é esse novo Agente Comunitário de Saúde? Qual a sua formação? Qual a sua atribuição como participante de uma equipe de saúde? Qual o seu papel na sociedade? Porque muitas vezes ele não é aceito pelos profissionais de saúde? Para que veio o PACS?

Essas e outras questões estão sempre vindo à tona quando se fala do ACS, pessoa por alguns respeitados e por outros ignorados, mas que a cada dia ganha mais força e espaço no modelo de saúde vigente no Brasil.

² Alma-Ata – Cidade da antiga União Soviética, onde aconteceu em 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, estabelecendo como estratégia para atingir “Saúde para Todos no ano 2000”. A Conferência de Alma-Ata reorientou a Atenção Primária a Saúde em todo mundo.

“ Durante minha fase acadêmica acreditava que a partir de um trabalho comunitário, o profissional de saúde enfermeiro poderia participar ativamente na mudança do modelo assistencial, centralizado no médico, na doença e no hospital. Dado que a causa dos problemas de saúde são mais que “médicas”, em geral, as soluções não estão dentro do Centro de Saúde, não alcançando dessa forma o resultado desejado. Não se dá, também, a suficiente atenção ao fato que a saúde é, também, uma questão política, social, econômica e cultural,

Na disciplina do Mestrado, Prática Assistencial, desenvolvi uma reflexão com um grupo de Agentes de Saúde, ligado à Pastoral de Saúde, reflexão essa que visou identificar os limites e possibilidades destes sujeitos, em nível da comunidade.

Neste trabalho ficou evidenciado que o Agente da Pastoral da Saúde, do ponto de vista da Pastoral, é um sujeito motivador e articulador da comunidade, especialmente no que diz respeito às soluções populares para os problemas de saúde por eles vivenciados, além da busca de alternativas, também populares, para os mais variados problemas.

Esse Agente da Pastoral da Saúde tem uma formação social, política e está inserido nas organizações populares que reivindicam e propõem mudanças no Sistema de Saúde, participando dos conselhos locais e municipais, assim como de conferências e fóruns populares de saúde.

Ficou também evidenciado que, apesar do importante trabalho por eles desenvolvido (e reconhecido pela comunidade), os mesmos têm dificuldades em articular-se com o Serviço Local de Saúde, muito provavelmente pela resistência, como já referido anteriormente, nos quais os profissionais de saúde se internalizam, centrados que estão para prestar apenas consultas dirigidas à doença, atendendo o modelo vigente.

Como trabalho na área de saúde coletiva e um dos temas de discussões de saúde, hoje, no Sistema Local de Saúde é o ACS, julgo oportuno estudá-lo porque entendo ser relevante para a sociedade e para os profissionais de saúde, especialmente para as enfermeiras, que estão diretamente envolvidos com a formação e supervisão destes ACS.

No Brasil hoje temos mais de 100 mil ACS atuando de várias formas e em diversas realidades, é um contingente ao qual não podemos deixar de prestar atenção e muito menos ignorar, pois estão fazendo parte do Sistema de Saúde, atendendo a população e prestando um serviço, muitas vezes desqualificado ao usuário do SUS.

Capítulo II

CONTEXTUALIZACAO DO PROBLEMA

2.1. A Pastoral da Saúde

Até o início da década de 70, a assistência à saúde existente no Brasil tinha um enfoque central na medicina curativa praticada nos consultórios particulares, nos hospitais e nos ambulatórios da Previdência Social. O Ministério da Saúde era o responsável pelas ações de cunho preventivo, realizada de forma incipiente, traduzido em atividades feitas isoladamente por órgãos do governo, como a LBA, Fundação SESP, INAN, DASP, PIASS. As ações de saúde preventiva também se destinavam aos momentos de epidemias ou de problemas que podiam retardar o processo de industrialização do país. As Igrejas nesta época atuavam em atividades de assistência à saúde dentro de hospitais de caridade e em trabalhos comunitários.

A década de 70 foi marcada pela crise econômica no Brasil, pelo questionamento sobre a ditadura militar da época, pelo surgimento da organização dos trabalhadores, assim como dos trabalhadores da saúde, paralelamente a estes fatos surge na Igreja Católica, um movimento por uma igreja popular com a opção preferencial pelos pobres. Os trabalhadores de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços oficiais e desejando uma atuação mais significativa para as classes populares, aderiram às experiências informais de trabalhos comunitários, especialmente junto à Igreja Católica.

Com a tendência da Igreja Católica de procurar voltar-se para os pobres, tem-se neste momento histórico, um grande papel organizador das comunidades através das Comunidades Eclesiais de Base - CEBS. Surgem, então, as pastorais sociais, dentre elas a

Pastoral da Saúde, que é formada por leigos e religiosos, sendo alguns profissionais de saúde, preocupados com a promoção da saúde da população.

Esse segmento da Igreja Católica, também conhecido como Igreja popular, em suas atuações locais foram desenvolvendo um método de educação que resultou em formas democráticas de participação da população no enfrentamento de seus problemas, em um nível pouco visto anteriormente na história brasileira. A prática desses grupos permitiram, para um número muito grande de pessoas das camadas marginalizadas, a participação no processo político. Esta ampliação das bases, bem como a valorização do espírito de solidariedade, de justiça e de organização, têm proporcionado ainda hoje, novos espaços de discussão da saúde no seu sentido mais amplo. Dessa forma, essa prática de educação popular da Igreja Católica tem contribuído no desenvolvimento de novos caminhos e novas visões para a construção da cidadania, possibilitando interferir nos destinos do setor saúde.

No Brasil, a Igreja Católica é a instituição civil importante junto à população empobrecida e aos seus vários grupos e movimentos. Na maioria das regiões é impossível fazer um trabalho comunitário em saúde sem se relacionar com as várias organizações populares ligadas à Igreja e com os seus agentes.

A Igreja Católica Popular mostra sua penetração, sua força viva nos bairros pobres, quando questiona o tradicionalismo, o catolicismo ritualista e seus profissionais de fé. Muitos religiosos, sedentos de viver um Deus Libertador, marcaram sua trajetória nas décadas de 70 participando de trabalhos populares em comunidade. Muitos autores trataram da relação entre a atuação da Igreja Católica e o início dos movimentos populares em todo Brasil, dentre eles destaque aqui o de Sader (1988, p.28) que diz:

Contraopondo à 'morte' referida ao egoísmo e ao comodismo, aparece a 'vida' da ação comunitária, visando uma 'libertação'. Contraposto a um catolicismo centrado na salvação individual e no conformismo político, aparece um outro tipo de engajamento católico (SADER, 1988, p. 28).

Também, referindo-se ao tema, creio ser oportuno buscar em Frei Betto os aportes para essa discussão. Diz ele:

A década de 80 marca a emergência dos movimentos populares na América Latina... A opção pelos pobres não foi um movimento de ida-ao-povo somente da Igreja progressista mas também das tendências

políticas que se sentiam cada vez mais distantes do proletariado que pretendiam representar... na falta de espaços orgânicos de rearticulação política, devido à severa repressão militar, essa nova esquerda buscou a esfera pastoral das CEBs como meio de inserção no universo popular... (FREI BETTO, 1993, p. 83).

Novos sujeitos surgiram no fim dos anos 70, quando a Igreja Católica viveu uma das formas mais radicais de opção pelos pobres. Em Florianópolis, religiosas se desligaram de uma Congregação³ tradicional na cidade e partiram para um trabalho nas periferias da cidade, através de uma nova Congregação da Irmãs da Fraternidade Esperança, mais tarde em 1981 iniciou-se a organização da Pastoral da Saúde em Santa Catarina, à partir do envolvimento dessas religiosas da Congregação Fraternidade Esperança.

As CEBs em SC também nasceu das experiências de participação de leigos na estrutura da Igreja Católica, chegando a assumir grande importância na vida social e política do Estado. Caracterizavam-se por não se restringir a grupos movidos por ação de caridade, mas sim por constituir-se em experiência de grupos e formas de organização que discutem e buscam solucionar os problemas nas populações empobrecidas, unindo fé e política. Assim, padres, religiosos e leigos foram assumindo esse modelo de trabalho de educação popular, a partir de um tipo de trabalho, ligado a uma forte atuação social e política.

Um segmento da Igreja Católica no Brasil fez sua opção pelos pobres, começando a se posicionar politicamente, ficando na defesa da população menos favorecida, servindo assim de caixa de ressonância da conjuntura política, seja ela a família, a comunidade, a Universidade ou a Igreja.

O que incomoda é a Igreja ao lado dos oprimidos. É isso que tanto incomoda aos setores vinculados à elite que nunca acusou a Igreja de “se meter em política” enquanto os bispos e padres abençoavam indústrias, agências bancárias, capelas de latifúndios e celebravam suntuosos casamentos ou participavam de desfiles militares. Mas quando a Igreja se coloca ao lado dos injustiçados, do trabalhador que reivindica mais vida na forma de salário melhor, por melhores condições de vida e saúde, erguem-se os protestos de que a Igreja estaria se metendo em política (FREI BETTO, 1993, p.235).

³ Congregação: grupo de mulheres religiosas com determinado ideal, que emitem votos de pobreza e obediência à Deus.

O Papa Paulo VI dizia que “*a política é a forma mais perfeita da caridade*”. Porque ela diz respeito a todos e a quase tudo, do preço do pão às disciplinas que se ensinam na escola, do direito do trabalhador ao sistema social de saúde, tudo depende do projeto político vigente. É missão da Igreja colocar-se ao lado de tudo aquilo que ajuda a realizar o projeto de Jesus, “*que todos tenham vida e vida em abundância*” (João 10,10). E denunciar tudo o que reduz o sagrado direito à vida do povo: opressões, dívida externa, salários baixos, injustiças, etc.

O exercício político como acúmulo de poder, mesmo na Igreja Católica, é incompatível com a experiência mística. Há uma mística na base da dinâmica das comunidades. A fé é a fonte profunda que motiva a busca por melhores condições de vida, por justiça, por fraternidade: é ela que dá o impulso para as lutas, as mobilizações, as ações coletivas.

A política que não se baseia na participação popular tende a ser privilégio de um grupo, de uma classe.

Essa participação popular deve abranger as três esferas da vida social : Política, por mecanismos que permitam que todos participem das decisões; Ideológica, pelo direito de crítica e pelo dever da autocrítica; Econômica, pelo igual direito aos bens necessários à vida, e o que governa como aquele que serve, nessa dimensão evangélica a política é compatível com a mística pois as exigências fundamentais coincidem: descentralização de si nos outros, fidelidade à vontade alheia e humildade no compromisso com a verdade (FREI BETTO, 1993, p. 195).

O papel da Igreja Católica na formação dos agentes da pastoral da saúde é importante, pois ela trabalha com o ser humano como um todo, suas necessidades físicas, biológicas, culturais e espirituais, nas reuniões de comunidade, nas celebrações, o fato da pessoa ser reconhecida, de querer saber sua opinião, de poder expressá-la e de sua fala ser levada em conta, provocam uma reação fundamental na pessoa como cidadão: ela descobre que é “alguém” – que apesar de trabalhador, às vezes pobre e sem estudos, tem algo a dizer, a aprender e que é importante para o grupo e para a comunidade.

Como já dizia Paulo Freire (1980), desde o fim dos anos 50, o trabalhador “*aprende a dizer sua palavra*” – ele passa a acreditar em si mesmo, a ter auto confiança, a crer em sua capacidade de dizer e de fazer.

Assim como os demais trabalhos de educação popular desenvolvido nos anos 70, a Igreja Católica à partir da Pastoral da Saúde, na formação do Agente da Pastoral da Saúde, insistiu muito na existência de um saber popular, saber que é distinto do saber científico, do saber erudito, mas que também é uma forma de saber e deve ser valorizado e socializado. Um dos resultados deste trabalho foi um conhecimento cada vez mais popularizado da medicina tradicional, do uso das plantas medicinais e formas alternativas de tratamentos de saúde, utilizados secularmente pelos setores populares e transmitidos de geração em geração de forma oral. Mas a revalorização do saber popular – muitas vezes o único acesso à saúde pela população – foi importante sobretudo para que as pessoas pudessem também opinar, decidir e intervir sobre os rumos políticos da saúde do país.

É preciso ainda citar, atualmente, um novo tipo de participação da Igreja Católica, no espaço legítimo dos Conselhos de Saúde, é a nova forma do Agente da Pastoral da Saúde, representar os usuários do SUS dentro do município, permitindo a ação da sociedade civil organizada junto aos governos, exercendo seu papel de cidadão à partir do controle social, elegendo prioridades de saúde, examinando e aprovando o orçamento da saúde do município.

Sendo assim, o Agente da Pastoral da Saúde tem o seu papel na sociedade de articulador e organizador junto às comunidades, é um cidadão voluntário, centrando força na educação transformadora, a partir da comunidade sob três critérios: justiça, solidariedade e mística. O Agente da Pastoral da Saúde é um agente de mudança social, ajuda o povo a ser agente de sua própria saúde e não objeto.

2.2 O Programa de Agentes Comunitário de Saúde

Com a mudança da Política Nacional de Saúde, a reorganização do setor saúde desencadeada pela Constituição de 88, iniciou a implementação do SUS em 1990 com a Lei 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação comunitária na gestão do SUS. Surge em 1992 o Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS, com objetivo de diminuir a mortalidade infantil no Nordeste do país e controlar as doenças diarreicas e a desnutrição.

A proposta destes ACS se diferencia dos Agentes de Pastoral da Saúde, principalmente pela maneira pelo qual são formados, os ACS são pessoas moradoras da

comunidade, assim como o Agente da Pastoral da Saúde, mas não são voluntários e não tem objetivo de organização política e social da comunidade, apenas são treinados para responderem a um objetivo e uma ação de saúde específica, por exemplo, no caso do Nordeste do Brasil, quando foi implantado, para acompanhar as crianças e controlar as doenças diarréicas.

No município de Florianópolis, objeto deste estudo, os ACS realizam ações incluídas no grupo da Assistência Básica da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SAI/SUS, quando da implantação do Piso de Atenção Básica – PAB.

Ou seja, os ACS realizam o cadastramento das famílias, acompanham hipertensos, diabéticos, tuberculosos, hansenianos, realizam visitas a crianças de 0 a 5 anos e gestantes, além de preencher fichas que alimentam o Sistema de Informação de Atenção Básica⁴ – SIAB (anexo 1).

Em 1994, juntamente com a implantação do Programa da Saúde da Família (PSF), o PACS começou a se estender pelo Norte e Centro-oeste do país. Já na 10ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, em 1996, os ACS já apareciam como uma organização em nível nacional, presentes em grande número, lutando pela sua profissionalização e formação. A partir daí, e com a implantação da NOB/96, outros Estados no Sudeste e Sul do país foram implantando o PACS. Em 1998 o PACS estava em todos Estados brasileiros, Santa Catarina foi o último Estado a implantar o PACS no Brasil, conforme série histórica do PACS 1994-1998 da Secretaria do Estado da Saúde – SES (anexo 02).

Acredito ser oportuno lembrar que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o elo de ligação entre a comunidade e o Sistema de Saúde em nível de Atenção Primária (nível local). Ele é conhecedor da realidade local e dos problemas de saúde onde vive e por isso pode identificar, junto com a comunidade, os principais problemas de saúde de sua região.

A maioria dos profissionais de saúde, treinados que são para ver os problemas da saúde em termos mais biológicos do que o processo de saúde e doença como determinação social, tendem a formular e promover soluções que atendem apenas à doença, utilizando-se muito mais da tecnologia de apoio (exames ditos complementares, por exemplo), não

⁴ Atenção Básica – “ é o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (MS,1999:9).

ouvindo e não se articulando de forma política, ética e cultural com a população, sujeitos do processo, reforçando o modelo vigente.

Devido a convivência que os ACS têm com os moradores, a tendência é que os mesmos detenham informações sobre a realidade local e assim consigam criar mecanismos e articulações que dificilmente os profissionais de saúde atingiriam a curto prazo. Por esta razão, a existência deste trabalhador na equipe Local de Saúde tem, ao meu ver, esse papel articulador, uma vez que é prerrogativa de sua participação, ser morador da comunidade onde o Centro de Saúde se insere. Isso demandaria, para os serviços e para os profissionais de saúde, uma outra postura profissional, política e ética.

A vivência com a comunidade é fundamental para a compreensão mais profunda dos valores, das necessidades e da sabedoria das classes populares. O ACS faz parte desse local, talvez por isso ele seja tão importante na relação de educador e vigilante em saúde. Por isso, pode-se esperar muito mais do que assumir atitudes voltadas para o combate as doenças.

Essa discussão dos problemas de saúde, iniciada a partir do conhecimento popular pode possibilitar a ajuda na participação das pessoas no processo de busca de uma maior compreensão das raízes da doença. As pessoas são ouvidas pelo ACS, se sentem “em casa” e não se sentem inibidas para se expressarem, o que geralmente não acontece nos atos terapêuticos tradicionais, seja na consulta médica ou outra qualquer ação que ocorre dentro dos Centros de Saúde. Quando a pessoa começa a entender a causa de sua doença, inicia um processo de cuidado, onde a pessoa se torna sujeito do processo saúde/doença.

Não estou querendo dizer com isso que ACS deva ser o único a realizar esse papel, ao contrário, cabe a todos os profissionais da equipe, mas a existência do ACS na equipe de saúde, tem esse papel motivador e articulador entre a comunidade e o Serviço Local de Saúde, como já referido.

O PACS iniciou em 1992 e desde sua implantação até 1997, o Brasil contava com 54.934 ACS, distribuídos principalmente na regiões Centro-oeste, Nordeste e Norte (anexo 2). Em 1998, com a implantação e incentivo da NOB/96, esse número dobrou e o programa ganhou proporções nacionais, ou seja, todos os Estados implantaram o PACS, inclusive Santa Catarina. Em maio/99 eram 90.770 ACS distribuídos em 3.653 municípios, conforme dados da SES.

Atualmente são, 113.564 ACS distribuídos em 4.073 municípios, acompanhando 65.299.300 pessoas. A meta até o final do ano 2000 é de possuir 117.500 ACS, segundo o Ministério da Saúde (MS- Folder/2000).

Para o MS, esse Programa é prioritário na reorganização da assistência, sendo este o critério para alocação de novos recursos aos Estados. Então, o PACS pode ser definido como uma estratégia que integra a Agenda Básica da Comunidade Solidária, criado pelo Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde - MS, com objetivo de proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações, tendo como prioridade a criança e a gestante.

A Diretora do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Política de Saúde, do Ministério da Saúde, coloca que o PACS surgiu como uma etapa transitória para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no processo de reorganização dos serviços de atenção básica em todo país (MS-FOLDER/2000).

O PACS, iniciado em 1992, favoreceu a aproximação dos serviços de saúde com a população, possibilitando maior acesso a serviços e informações em saúde. A partir de 1994, quando teve início a implantação do PSF, os ACS foram naturalmente incorporados às equipes de Saúde da Família (MS-FOLDER/2000).

Na prática, o que se observa em sua maioria, são equipes do PSF funcionando, mas o trabalho do ACS desvinculada da mesma. Na realidade, com o incentivo financeiro da NOB/96 vários municípios optaram pelo PACS, pois praticamente a despesa do programa é paga pelo Ministério da Saúde, além do ACS não ser um funcionário público, pois poderá ser contratado por um convênio ou contrato com o município, desresponsabilizando o município do vínculo empregatício.

Em outubro de 1999, o MS lança um Decreto que esclarece e valoriza o trabalho de mais de 100 mil ACS no país, sendo 101.878 distribuídos em 3.852 municípios brasileiros (anexo 03). Nesta mesma data foi assinado um protocolo de cooperação entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde que trata da participação dos ACS no Programa Nacional dos Direitos Humanos, onde incorpora dentro de suas linhas de ação, questões referentes a princípios básicos de Direitos Humanos e Cidadania (anexo 04).

Também um Decreto Presidencial nº 3.189, de 4 de outubro de 1999, fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, que passa a ser considerada de “relevante interesse público” (anexo 05).

O PACS e o PSF são, hoje, estratégias para a organização da atenção básica nos municípios. Os recursos federais para o apoio à implantação do PSF e do PACS são alocados e repassados aos municípios sob a forma de incentivos, que compõem a parte variável do PAB. Com a mudança do financiamento do SUS pela NOB/96, o município passa a receber do MS, segundo portaria do gabinete do ministro nº 3.122, de 2 de julho de 1998 (anexo 06), estabelecendo um incentivo financeiro ao PACS, de R\$ 2.200,00 reais/ano, para cada ACS contratado no PACS, ou seja, o município recebe do MS a importância de R\$ 183,00 reais/mês por ACS.

Também, segundo Portaria do Gabinete do Ministro nº 1.329, de 12 de novembro de 1999, que estabelece ao PSF o cálculo de incentivo financeiro, proporcional a cobertura populacional. Florianópolis cobre em média 40% da população com equipes do PSF, por isso recebe a importância de R\$ 44.100,00 reais por equipe/ano.

Dentre os 4.849 municípios brasileiros, habilitados na gestão plena da atenção básica, cerca de 84% já possuem o PACS em funcionamento. Daí, se pode imaginar a proporção em números que este programa alcançou em menos de 10 anos.

Hoje Santa Catarina conta com 4392 ACS em 67 municípios, assim como 345 equipes do PSF no Estado (SES/2000). Destes, 561 ACS são do município de Florianópolis, assim como 25 equipes do PSF (SMS Ago/2000).

O município é quem opta pela implantação do PACS, promove a seleção dos ACS e realiza seu treinamento. Todo processo de implantação e de funcionamento do PACS conta com recursos, orientação e apoio dos três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal.

Para adotar o PACS, o município precisa atender a alguns requisitos, sendo indispensável que disponha de: Conselho Municipal de Saúde, Fundo Municipal de Saúde, Unidade Básica de Saúde de Referência na qual o ACS será cadastrado, um enfermeiro supervisor para cada 30 ACS, habilitação do município na Gestão prevista pela NOB/96.

As responsabilidades de cada nível de governo em relação ao PACS, bem como as Diretrizes Operacionais do Programa e as atribuições básicas do ACS estão detalhadas no documento de Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde –

PACS, do Ministério da Saúde, aprovadas pela portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 (anexo 7).

Nas suas atribuições, cada ACS é responsável pelo acompanhamento mensal de uma micro-área, onde residem em média de 400 a 750 pessoas, ou seja, 100 famílias em zona rural ou áreas de risco, ou 150 famílias em zona urbana. Um conjunto de 10 micro-áreas contíguas compõem a área, que está sob a supervisão de uma enfermeira. A enfermeira deverá supervisionar até 3 áreas na mesma área de abrangência do Centro de Saúde.

Além dos temas anteriormente colocados, creio ser oportuno apresentar, embora de forma sintética, um pouco das condições estruturais, econômicas e sociais do município, dados estes retirados do último Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 1997-2000 e do Relatório de Gestão do Município de Florianópolis de 1999.

2.3 O Município de Florianópolis

O município de Florianópolis apresenta uma população total de 273.528 habitantes, sendo 251.646 na zona urbana e 21.882 na zona rural, o que registrou uma baixa no ritmo de crescimento de 2,8% para 1,2% nos últimos 5 anos. Destes 92% encontram-se residindo em zona urbana e 8% na zona rural. Possui uma densidade demográfica de 615,24 hab/km². A maior concentração, 189.132 hab. estão na sede, ou seja, centro e continente, seguido de outras regiões mais populosas, quais sejam: Lagoa, Ribeirão da Ilha, Sto. Antônio de Lisboa, Campeche, Ingleses, Canasvieiras e Cachoeira do Bom Jesus, todos com mais de 6.000 hab. cada (Plano Municipal de Saúde/1997-2000 e Relatório de Gestão do Município/1999).

A expectativa de vida do Florianopolitano é de 75 anos de idade segundo o censo de 1991, indicador este compatível com aqueles encontrados em países desenvolvidos. A população feminina é maior que a masculina, são 132.515 homens e 141.013 mulheres (Censo de 1991), sendo que a maioria se encontra na faixa etária entre 20 e 40 anos, aproximadamente 25% da população são crianças menores de 15 anos, e 8% são idosos com mais de 60 anos (PMF/SMSDS/ Relatório de Gestão/1999).

A média de ocupação por domicílio é de 3,69 pessoas. Do total de domicílios no município, 86.266 domicílios são particulares e 261 são coletivos, sendo que 23% encontram-se desocupados, principalmente nas praias. São considerados domicílios

coletivos quando ocupados por mais de três famílias, casa de religiosos, hotéis, quartéis e asilos.

Quanto à determinação da chefia de domicílio por sexo, vêm ocorrendo mudanças nos padrões e arranjos familiares, ou seja, 74% das unidades são chefiadas pelo sexo masculino e 26% pelo sexo feminino. Segundo o censo de 1996, nos últimos 15 anos, vem se elevando em 2,7% o número de domicílios chefiados por mulheres.

A população migrante é expressiva no município de Florianópolis, já em 1980 representava 35,74% da população, ou seja, 1/3 da população é de procedência do interior do Estado e estados vizinhos, mais da metade dos migrantes (69,82%) procede do próprio Estado de Santa Catarina.

A economia do município está centrada no setor terciário. Recentemente, o setor secundário vem apresentando crescentes oportunidades de empregos e investimentos, principalmente na indústria de vestuário.

Como Capital do Estado de Santa Catarina e de localização do aparato administrativo, com concentração das sedes de entidades e de órgãos públicos (seja nacional, estadual e municipal) e também de serviços especializados em saúde e educação, além de polo turístico, determinam a condição de alta dependência no setor terciário.

Nos últimos anos a cidade vem aumentando ainda mais os fluxos migratórios que resultam na formação de bolsões de pobreza que podem ser considerados como favelas, constituídos em geral por um contingente rural que ficou à margem da modernização do setor agrícola e, dado as dificuldades conjunturais de âmbito nacional, vem para a capital em busca de melhores condições de trabalho e acesso aos bens e serviços, especialmente a saúde e a educação.

Segundo o Censo de 1991, o setor terciário detinha 78,92% das atividades, o secundário 18,12%, e o primário 2,96%.

Com relação as oportunidades de empregos aos trabalhadores em geral, Florianópolis oferece 60,39% ao sexo masculino e 39,61% ao sexo feminino. Em relação ao rendimento mensal do chefe do domicílio, aponta que 27,85% recebem até 2 salários mínimos; 29,14% recebem de 01 a 05 salários mínimos, 20,19% de 05 a 10 salários mínimos; 13,80% de 10 a 20 e apenas 5,63% dos chefes de domicílios recebem mais de 20 salários mínimos (IBGE/1991).

Florianópolis possui áreas de risco de saúde devido às condições sócio-econômicas e exclusão das políticas sociais. Segundo o IPUF⁵, em 1992, foram contados 46 núcleos de população carente, vivendo em situações precárias. Destes, 28 estão localizados no interior da ilha e 18 no continente. Geralmente, encontram-se nas encostas dos morros do centro da ilha, nos mangues, na via expressa ou sobre dunas. Via de regra todas as áreas de ocupação possuem problemas de urbanização.

Quanto à infra-estrutura dessas áreas de risco, 46% possuem abastecimento de água tratada, 55% energia elétrica, 12% iluminação pública e 88% iluminação incompleta, 60% possuem coleta de lixo satisfatório, e apenas 2 comunidades possuem rede de esgoto, o restante é incompleto ou a céu aberto. Essas comunidades possuem vias de acesso, embora sem calçamento (IPUF/SMSDS, 1992). Possuem creches, escolas públicas e associações de moradores, como formas de organização.

Segundo levantamento realizado pela Secretaria Municipal da Educação em 1994, a rede estadual contribui com 44% das vagas escolares, enquanto a rede particular com 36,34% e a municipal com 16,59%, do total das vagas existentes no município.

O coeficiente de mortalidade geral em Florianópolis em 1995 foi de 5,8, revelando uma tendência de estabilização no período 81/87, mantido no período 91/95. A mortalidade geral proporcional por causas em 1995 foram Doenças do Aparelho Circulatório com 30,6%, Neoplasia com 18,5%, Causas Externas 12,4%, Doenças do Aparelho Respiratório 13,8%, Doenças Infecciosas e Parasitárias 2,3% e outras (SES/SC).

A mortalidade proporcional por faixa etária em 1995 ficou com 67,9% com pessoas com idade acima de 50 anos; 22,5% de 20 a 49 anos; 2,4 de 5 a 19 anos; 1,3 de 1 a 4 anos e 5,9 menores de 1 ano de idade.

A mortalidade infantil geral em 1995 foi de 19,1% (por mil nascidos vivos); a mortalidade infantil tardia, crianças de 28 a 365 dias de idade, em 1995 foi de 9,8% (por 1000 nascidos vivos) e a mortalidade neonatal em 1995 foi de 9,2% (por 1000 nascidos vivos) (SES/SC). Hoje o município registra um índice de 11,2% na taxa geral de mortalidade infantil (SMSDS, 2000).

⁵ IPUF – Instituto de Planejamento e Urbanização de Florianópolis.

2.4 Organização dos Serviços de Saúde do Município

Em relação aos Serviços de Saúde oferecidos pela Secretaria Municipal do município de Florianópolis, estão assim constituídos: quanto à organização esta se deu por regionais, quais sejam: centro, continente, leste, norte e sul com os seus respectivos Centros de Saúde, como pode ser observado no quadro 1 que segue:

Quadro 1 - Composição da Rede Básica Municipal de Saúde.SSDS/PMF,1997.

Regional/Unidade Sede (CSIII)	CSII	CSI
Centro CSIII Rio Branco	Agronômica Saco dos Limões	Mont Serrat Prainha
Continente Policlínica II	Abraão Aracy Vaz Calado Balneário Capoeiras Sapé	Coloninha Jardim Atlântico Monte Cristo Morro da Caixa Vila Aparecida
Leste Lagoa da Conceição	Itacorubi	Barra da Lagoa Canto da Lagoa Córrego Grande Pantanal Rio Tavares
Norte Saco Grande II	Cachoeira do Bom Jesus Inglezes Santo Antônio	Canasvieiras Jurereê Monte Verde Rio Vermelho Vargem Grande Vargem Pequena Saco Grande I
Sul Costeira do Pirajubaé	Carianos Ribeirão da Ilha	Alto Ribeirão Armação Caeira da Barra do Sul Campeche Tapera Pântano do Sul Morro das Pedras

Quanto ao perfil da oferta de serviços de saúde nos Centros de Saúde do tipo I e II pode ser observado no quadro 2 a seguir apresentado.

Quadro 2 - Perfil de Oferta de Serviços nos Centros de Saúde I e II, segundo Modelo Assistencial proposto em 1991. SSDS/PMF,1993.

Tipo de Centro de Saúde	Nº de Unidades	Tipo de Serviço/Programação
CSI	33	Atendimento Básico de Enfermagem Imunização Clínica Médica Geral Clínica Odontológica Geral Marcação de Consultas Especializadas e Exames Especializados Fornecimento de Medicamento Básico
CSII	15	Atendimento Básico de Enfermagem Imunização Clínica Médica Geral Clínica Odontológica Geral Marcação de Consultas Especializadas e Exames Especializados Fornecimento de Medicamento Básico Atendimento do Enfermeiro Clínica médica em Pediatria Clínica Médica em Gineco-Obstetrícia Clínica Odontológica Geral Exame Preventivo do Câncer Planejamento Familiar

O município conta ainda com 27 equipes do Programa de Saúde da Família – PSF implantadas desde 1996, lotados em 22 dos Centros de Saúde, conforme anexo 08.

Atualmente a Secretaria de Saúde destituiu as 5 regionais de saúde e está trabalhando com 3 regiões, sendo elas: Continente, Centro/Sul e Norte/Leste, também está trabalhando apenas com CSI e CSII, eliminando a referência nos CSIII.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com 818 servidores, sendo 647 do município, 62 do estado, 81 do INAMPS e 22 cedidos de outros órgãos, ainda estão sub divididos por categorias profissionais, conforme detalhamento no anexo 09.

Mesmo com alguns programas que tendem mudar o modelo assistencial do município, pode-se inferir que se há investimento nos serviços básicos de saúde, este é

direcionado prioritariamente ao modelo tradicional de assistência médica-odontológica, através do método de consultas individuais. Ainda é precária a tentativa de orientar a assistência com base na integralidade das ações e numa integração multiprofissional e de equipe com a formação de efetivas equipes locais de saúde. Não se mudou ainda o perfil e conduta dos profissionais que trabalham no PSF, o que tem dificultado a implantação deste programa como proposta de mudança do modelo assistencial, assim também como a proposta do trabalho integrado do ACS com o Centro de Saúde e as equipes do PSF.

O programa Capital Criança implantado em maio de 1997, como prioridade no município, possibilitou um sistema de referência e acompanhamento específico para mulheres em processo de gestação, parto e puerpério, assim como acompanhamento mensal à criança, desde o nascimento até um ano de vida e após, trimestralmente, até os 5 anos de vida. Este projeto encontra-se implantado em 32 Centros de Saúde e foram agendados 80% dos nascidos vivos do Município, desde a sua efetivação. No ano de 1999 registrou-se no Programa Capital Criança o nascimento de 5.699 nascidos vivos (SINASC,1999). Até maio de 2000 o programa atendeu 18 mil recém nascidos, com a realização de 43.520 consultas pré-natal, 9.400 consultas Neonatal precoce, 3.239 ultrasonografias segundo dados da SMSDS/PMF (2000).

Este programa visa reduzir a morbidade e o número de mortes evitáveis nos grupos materno e infantil, de zero a cinco anos de idade, através do redimensionamento e qualificação da assistência à saúde. Apesar do projeto ser importante, existem dificuldades em relação à demanda espontânea dos Centros de Saúde, que aumentou ainda mais com o agendamento do Programa Capital Criança.

Os Centros de Saúde foram organizados de acordo com a complexidade da atenção, com sistema de referência e contra referência interno, mas que na realidade pouco funciona.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde ao todo são instalados 125 consultórios médicos com capacidade de produzir, segundo parâmetros adotados no município, uma média de 60 mil consultas mensais distribuídos em 2 turnos de atendimento. Da mesma forma estão instalados 54 consultórios odontológicos que têm um parâmetro de produzir 15120 atendimentos odontológicos mensais, se trabalhados em 2 turnos.

Considerando apenas esses dados de capacidade instalada e os parâmetros de produção médico-odontológicos, poderiam ser produzidas cerca de 660.000 consultas médicas anuais e em torno de 166.320 atendimentos odontológicos anuais, o que equivale dizer que a rede básica por si só possui uma capacidade de oferecer 2,4 consultas médicas/hab/ano e 0,6 atendimentos odontológicos/hab/ano.

Entretanto, esses números não representam as metas de produção da rede básica, visto que devem ser considerados outros fatores, tais como: a necessidade de consultas e atendimento odontológico frente à distribuição da população, perfil epidemiológico e distribuição da própria rede, a disponibilidade de recursos humanos, a manutenção da área física e de equipamentos e o modelo de prestação de serviços, que se deseja implantar.

Com a situação atual de cerca de 5640 horas/médicas/dia e 3300 horas/odontológica/dia nas Unidades de Saúde, há um potencial de oferta de cerca de 72192 cons/médica/mês e 24640 atendimentos odontológicos/mês, ou seja, 3,6 cons/hab/ano e 1,2 atendimento odontológico/hab/ano.

Apesar da oferta de consultas médicas e procedimentos odontológicos produzidos na rede estar além de sua capacidade teórica, em relação ao atendimento médico pelo padrão esperado de 2,34 cons/hab/ano, observa-se que apesar de espaço físico e oferta de serviço, a rede básica municipal atende 48% desta demanda específica e 46% de cobertura odontológica de acordo com o parâmetro de 1 cons/hab/ano.

Possivelmente esta contradição entre o produzido e o esperado na produção se deva ao fato do não cumprimento total do horário de trabalho pelos profissionais médicos e dentistas.

A cobertura vacinal, atividade do profissional de enfermagem, nos últimos anos tem sido como segue: 93,02% para a tríplice, 4,12% para a dupla gestante, 93,89% para a Sabim, 72,34 para a hepatite b, 93,94% para o sarampo e 121,27% para BCG (PMF/SMSDS-CVE).

Como referido no Plano Municipal de Saúde de 1993, os núcleos populacionais mais numerosos foram os que receberam as primeiras Unidades de Saúde, normalmente instaladas em área física inadequada e sem critérios de acessibilidade. A implantação da maioria das Unidades não respeitou critérios técnicos, acarretando problemas, tais como: o acesso limitado pelo fluxo de transporte coletivo, nem sempre adequado à distribuição da

rede, o que contribui para o aumento da demanda aos serviços oferecidos no centro da cidade; o aspecto físico dos Centros de Saúde, em muitos casos, inibe a confiança da população no serviço prestado; o porte da maioria das unidades acarreta baixa resolubilidade; a maioria das Unidades não dispõe de condições adequadas, do ponto de vista da área física, para prestar assistência com qualidade.

Desde 1991 por ocasião da implantação do SUS, na qual se incluiu a municipalização dos serviços, foram realizadas ampliações e reformas nos centros de saúde.

Foi concluída a construção do CSII Agrônômica, e está prevista a conclusão do CSII Saco Grande, além de novos CSII na Costeira do Pirajubaé, Monte Cristo, Armação.

O nível central da Secretaria Municipal de Saúde sofreu reforma ao final de 1996 que ampliou suas instalações e melhorou suas condições de trabalho. A área física do Laboratório de análises clínicas também foi ampliada p/ 430m.

A área física total da rede básica é de 9.106,02m, cuja maior concentração está destinada para a área de prestação de serviços médico-odontológico. Na grande maioria dos Centros de Saúde, o profissional enfermeiro não dispõe de área física específica para as suas atividades.

Com relação aos Recursos Humanos do setor, numa rápida análise da situação, levanto aqui três pontos principais, quais sejam:

1- insuficiência de recursos humanos para cumprimento da proposta do modelo de assistência; qualificação do quadro dos recursos humanos para execução dos projetos e ações inseridos na proposta; competência gerencial em recursos humanos. Em 1991 quando se deu efetivamente a municipalização da rede básica, tentou-se, num primeiro momento, o direcionamento dos esforços em recursos humanos para ajustá-los quantitativamente ao modelo assistencial estabelecido. As Unidades CSII sendo mais complexas que as CSI possuem um perfil teoricamente mais qualificado e ao mesmo tempo englobam o quadro básico dos CSI. Trata-se de uma equipe mínima prevista para atender as necessidades básicas. Quase todas as categorias, com exceção de médicos clínicos gerais, odontólogos e auxiliares de serviços gerais, encontram-se abaixo da quantidade desejável, principalmente os profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, tendo em vista a demanda dos

Centros de Saúde e a importância das atividades de prevenção e orientação em grupo que não acontecem na maioria pela falta de recursos humanos. Os médicos especialistas também têm alta rotatividade, em razão da distância entre o centro e o local de trabalho, além dos salários serem pouco atrativos. Sabe-se ainda que os auxiliares de serviços gerais, em grande número, têm desvio de função, devido à falta de pessoal de enfermagem.

2- Nos últimos anos não houve concurso que possibilitasse a ampliação de profissionais com perfil para a atenção básica à saúde, de forma integral, principalmente dentro do Programa de Saúde da Família; a maioria dos profissionais tem vínculo empregatício com o município, havendo também cedência do Estado p/ o município, de profissionais de saúde. Hoje, percebe-se que aumentou a procura, tendo em vista que a remuneração no município é maior do que em outros setores da saúde. Em junho/2000 houve concurso público, mas deste só serão chamados e contratados em 2001, segundo SMSDS, devido a Lei da responsabilidade fiscal que coloca como teto de investimento em recursos humanos apenas 52% do orçamento do município.

3- A qualificação de pessoal para o cumprimento dos projetos e das ações propostas desde a incorporação do SUS, não tem sido vinculada ao Setor de Recursos Humanos, que se caracteriza por ter poucos funcionários e com a função quase que exclusiva em controlar as frequências e férias e de acionar os remanejamentos necessários.

A falta de preparo faz do setor de recursos humanos um frágil apêndice das funções meramente burocráticas levando, ainda, a incapacidade gerencial de formular estratégias em busca de uma maior estabilidade, no quadro de pessoal.

A Secretaria possui serviços de atenção a grupos específicos como: saúde da Mulher, que funciona nos CSII e Policlínica, Saúde Mental com o NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral, SISVAN – Programa de Vigilância Nutricional do Ministério da Saúde, DST/AIDS e Saúde Bucal.

No processo de Controle Social, o município conta com um Conselho Municipal de Saúde que foi criado em 1989 e rearticulado em 1993, que passa a ter sua atuação mais destacada, constando desta data sua primeira ata de reunião. O Conselho amplia a sua participação em 1993 com o orçamento participativo, que foi encerrado com a nova gestão municipal em 1997.

O Conselho se reúne mensalmente, na primeira segunda feira do mês, na sala de reuniões do CSII Agronômica, onde delibera, controla, fiscaliza e aprova as ações de saúde. A composição do conselho é de 26, com representantes dos usuários, prestadores de serviço, profissionais de saúde e governo. Atualmente está na sua 4ª composição de conselheiros. Já realizou 4 Conferências Municipais de Saúde em 1995, 1996, 1998 e 2000.

Dentro desta realidade de saúde levantada, em Florianópolis, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, foi implantado em 1998, respondendo a programas pré estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde e supervisionado pela enfermeira da sua área de atuação. Esses ACS são contratados pela Associação Florianopolitana de Voluntários – AFLOV e são remunerados com um salário mínimo, respectivamente R\$ 151,00, além dos encargos sociais e insalubridade que a Secretaria da Saúde repassa à mesma, os ACS são contratados pela CLT, sendo que dessa forma não são funcionários públicos do município.

O repasse da verba para o PACS entra no município via Fundo Municipal de Saúde, conforme o número de agentes contratados no município, hoje Florianópolis possuem uma média de 550 ACS, que tem uma despesa de em média R\$ 130 mil reais/mês, conforme prestação de contas do Conselho Municipal de Saúde. Esses 561 ACS estão distribuídos no municípios por micro-áreas, dentro das 48 áreas de abrangência das Unidades de Saúde, divididas nas 5 regiões que são Centro, Continente, Leste, Norte e Sul (anexo 10).

Muitas discussões acerca da função ACS nos serviços de saúde prestados à população já foram realizadas. Questiona-se o fato do Estado estar adotando medidas compensatórias, transferindo ao ACS a responsabilidade dos cuidados de saúde à população. Qual a formação que esse agente está tendo para orientar a comunidade? Como se dá a relação com a demanda já existente e os serviços de saúde prestados pelos profissionais de saúde nos Centros de Saúde?

O que se vê são muitas necessidades levantadas à partir dos ACS, aumentando assim as expectativas da população, sem garantia do acesso aos Serviços de Saúde nem de uma eficiente resolutividade dos problemas de saúde, em todos os níveis.

Afinal, o que falta à maioria da população? Informação? Conhecimento? Ou faltam-lhe exatamente aquelas condições essenciais que determinam o modo de nascer, viver,

adoecer e morrer como: moradia, educação, emprego, segurança, alimentação, acesso aos serviços de saúde, dentre outras?

A ausência da ligação dos Serviços de Saúde e a população é gerada pela falta, até então, do ACS? Ou ao contrário, é a ausência de prioridades na saúde, o acesso aos Serviços de Saúde pela população de forma equânime e a sua conseqüente resolutividade no que lhe cabe? Que formação profissional, política e social se deseja desse trabalhador? Ou será um agente que fornecerá, apenas as informações necessárias para o preenchimento de cadastramentos e alimentar mensalmente o sistema de informação ambulatorial básica – SIAB para o Ministério da Saúde afim de repasses de verbas federais ao município?

Essas e tantas outras questões vêm à tona quando se discute a iniciativa do MS de implementar um programa com mais uma categoria sob a responsabilidade do enfermeiro.

A partir dessas considerações, meu objeto de conhecimento relativo ao tema, é o de responder a seguinte questão:

Como o Programa de Agente Comunitário de Saúde está sendo desenvolvido na experiência do município de Florianópolis?

Para tanto, o objetivo deste trabalho é o que segue:

Realizar uma reflexão acerca do PACS a partir da experiência dos ACS do município de Florianópolis.

Capítulo III

REFERENCIAL TEÓRICO

O Referencial Teórico selecionado para fundamentar este estudo está composto em três partes: a primeira trata de um recorte da Saúde Pública no Brasil, centrado nas décadas de 70, 80 e 90. A segunda parte trata da Política de Financiamento do SUS e das Normas Operacionais Básicas e a terceira aborda o tema Saúde e Cidadania.

3.1 A Saúde Pública no Brasil

A trajetória histórica da prestação de Serviços de Saúde no Brasil tem tentado adaptar-se aos interesses e evoluções da política econômica e social de cada época, quase sempre não atendendo às necessidades de saúde da população ou à eficiência e eficácia dos serviços oferecidos.

O processo de conhecimento na área da saúde tem sido competente nos saberes sobre saúde-doença, mas pouca capacidade de resposta quanto à organização do sistema e na solução dos problemas de saúde no país.

Neste panorama conjuntural extremamente difícil, está cada vez mais evidente que o indivíduo deve ser sujeito de sua própria vida e saúde. Para isso, é preciso avaliar e retomar a forma de organização dos Serviços de Saúde e o conteúdo da prestação destes serviços à população.

Segundo Pires (1998),

o modelo assistencial em saúde no Brasil começa a entrar em crise nos anos 70, numa conjuntura de crise econômica e política. Desfaz-se a ilusão do milagre econômico e verifica-se um aumento dos índices de pobreza, ao mesmo tempo que os trabalhadores ressurgem em cena, reivindicando maior participação nos benefícios produzidos por toda a sociedade. Constitui-se um quadro conjuntural que força o Estado a abrir espaço para o debate e para experimentação de novos modelos (PIRES, 1998, p.97).

A necessidade de disciplinar os serviços de saúde no país foi reconhecida pela Presidência da República em 1975, quando promulgou a lei 6.229, como resultado da V Conferência Nacional de Saúde, em que o Congresso Nacional dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Essa lei definiu, em grandes linhas, as responsabilidades das várias instituições, como a Previdência Social encarregada da assistência curativa, segundo Pires (1998)

em 1977, ocorre uma grande reestruturação na previdência, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS), gerido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e define-se o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) como responsável pela assistência médica (PIRES, 1998, p. 97).

O Ministério da Saúde, auxiliado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ficam responsáveis pelos cuidados preventivos de alcance coletivo.

Nesse modelo de saúde em que se privilegia a saúde curativa em detrimento da saúde preventiva, traz conseqüências nefastas para a grande maioria da população, além de explicitar seu caráter ideológico que prefere, como fala Luz (1979) manter as relações mais estreitas com o setor produtivo, com indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares. Acrescenta, citando Melo, de que

as ações de saúde do Ministério da Previdência (MPAS) e particularmente do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), se realizam, quanto a gastos, em mais de 90% através do setor privado (LUZ, 1979, p.60).

Na década de 70, iniciou-se um movimento nacional contrário a hegemonia da política de saúde vigente até então constituído, inicialmente, por uma parcela da intelectualidade e dos profissionais da área da saúde. Surge o Movimento Sanitário que começou a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre o Sistema de Saúde,

caracterizava-se tal movimento, não apenas por fazer denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos com ela envolvidos, mas também por apresentar propostas de transformação do Sistema de Saúde (MOCINHO, 2000, p.20).

Esse movimento embora reprimido pela ditadura, ampliou-se, com a adesão de parlamentares, lideranças políticas, lideranças sindicais e populares, envolvendo, inclusive, técnicos das instituições oficiais de saúde e promovendo debates para a divulgação de suas idéias. O movimento, com um trabalho intenso e articulado, conquistou alguns importantes postos de condução de política setorial (RODRIGUES, 1994, sp.).

Segundo Mocinho (2000),

as propostas do movimento da Reforma Sanitária dirigiam-se basicamente à construção de uma política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, a universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (MOCINHO, 2000, p.20).

No final da década de 70, os movimentos sociais levaram o governo a propôr políticas que contivessem movimentos através de programas sociais. Ocorreu o ressurgimento dos movimentos populares, principalmente dos movimentos sindicais e sociais urbanos dos grandes centros, bem como o da Igreja Católica.

As Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em 1975, 1977 e 1980, respectivamente V, VI, VII, incluíram em seus discursos estratégias de extensão de cobertura das ações de saúde, principalmente nas regiões carentes.

Foram discutidas e implementadas algumas políticas setoriais, destacando-se: em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, com o objetivo de implantar uma rede de serviços de atenção primária à saúde, estabelecendo a hierarquização, a descentralização e a universalização.

No início de 1980, em consequência da crise política, é realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, com a qual foi elaborado um novo projeto denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, com o objetivo de universalizar os cuidados primários de saúde em todo país, tendo como base as diretrizes da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), e do movimento sanitário. Este projeto por ser considerado progressista para a época ficou apenas na teoria, não foi implantado pois

era uma proposta no caminho do SUS, o que na época não possuía ressonância política .

Uma das origens do referencial teórico do novo modelo sanitário, então proposto, foi a noção de medicina comunitária (DONNANGELO, 1976, sp.).

Ampliaram-se os debates e a produção teórica nos congressos e encontros de saúde pública. A partir de 1975, surgem movimentos organizados formados por profissionais de saúde como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) em 1979, a Associação dos Médicos Sanitarista, a Associação Paulista de Saúde Pública entre outros.

O I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, organizado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES e pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados discutiu publicamente, em 1979, a proposta de reorganização do sistema. As conclusões desse seminário ressaltaram que as modificações procuradas na política nacional de saúde somente seriam realizáveis na medida em que diferentes setores da sociedade se fizessem representar, através de suas organizações próprias e, especialmente, nos níveis decisórios do sistema de saúde (BRASIL, 1993a).

Entretanto, as propostas do movimento sanitário não conseguiram alterar significativamente os padrões de produção de serviços de saúde, predominando a produção privada e o enfoque medicalizante. Para romper esta lógica, apostou-se na construção de um modelo que buscasse novos conceitos de saúde e doença a partir da realidade social das populações, principalmente, no aumento do controle social das forças organizadas da sociedade, em nível setorial.

No início da década de 80, surgiram propostas de mudança na política de saúde, através de vários determinantes, tais como: o avanço do processo de democratização do país, aumento da insatisfação popular; nível de produtividade muito aquém da capacidade instalada dos serviços públicos, principalmente o INAMPS e a crise da Previdência Social.

Em maio de 1982, o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, elaborou um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, em decorrência das dificuldades financeiras da previdência e das necessidades crescentes de ampliação de assistência médica, que visava à contenção dos gastos e à instituição do Programa de Ações Integradas de Saúde - PAIS.

A proposta contemplava o estabelecimento de convênios com as Secretarias de Saúde, estaduais e municipais, objetivando a integração e a racionalização da atuação do setor público. O PAIS evoluiu, transformando-se na estratégia das Ações Integradas de Saúde - AIS, considerada, como um passo importante para a integração institucional, necessária para a viabilização da reforma.

Essa estratégia caracterizava-se pela tentativa de gestão e programação conjunta das três esferas de governo. No período de 1984 a 1987, as AIS viabilizaram a expansão da capacidade instalada da rede ambulatorial pública, mas acabaram se transformando, também, em compra de serviços públicos de estados e municípios, estimulando no setor público a produção de uma assistência médica individual, em detrimento das ações coletivas que já eram precárias (LUCHESE, 1996, p.98).

As Ações Integradas de Saúde (AIS) surgiram sob a forma de um Programa (PAIS) dentro do Plano do CONASP, objetivando, principalmente integrar as ações de saúde do Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Cultura e dos governos Estaduais e Municipais.

O Plano das Ações Integradas de Saúde (AIS), segundo Mocinho (2000),

contemplava interesses municipais e estaduais, conferindo maior racionalidade aos serviços básicos do setor público através do estabelecimento de convênios com o Ministério da Previdência e Assistência Social e, à partir do final do regime autoritário, na Nova República, adquiriram um modelo estratégico que incluía a co-gestão, a desconcentração e a universalização da atenção à saúde (MOCINHO, 2000, p.23).

O Movimento Brasileiro caracterizado por um processo de transição política teve o ano de 1984 como um marco histórico e decisivo, onde a população organizada exigiu eleições diretas, o fim do regime militar e diagnosticaram o Sistema Nacional de Saúde como descoordenado, caótico, pouco eficiente, entre outros.

Segundo Pires (1998), os anos 80 foram extremamente ricos no que diz respeito à organização da sociedade civil, o movimento sindical luta pelos direitos dos trabalhadores, ganhando adesão da sociedade, os trabalhadores do setor saúde também se organizam, denunciam as distorções do modelo de saúde e lutam pela inclusão do direito à saúde dentro dos direitos de cidadania da população brasileira (PIRES, 1998, p.98).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, concretizou as propostas oriundas do debate democrático, possibilitando aos representantes da sociedade civil organizada, técnicos, intelectuais, profissionais de saúde, políticos e representantes de todas as classes, chegar ao consenso da necessidade urgente de uma ampla e inegável reforma sanitária no país (LUCHESE, 1996, p.108).

O Presidente da VIII CNS relata nos dias de hoje que:

foi um prazer, uma satisfação vermos a sociedade civil participando ativamente, reivindicando seus direitos, sua liberdade de exercer a cidadania. Até então, só tinha direito à saúde gratuita no Brasil o trabalhador que tivesse carteira assinada. O setor saúde era absolutamente desorganizado. A primeira providência para buscar superar essas dificuldades foi a criação de um Sistema Único de Saúde, com ênfase na descentralização, com força total para os municípios. A ditadura tinha concentrado tudo, era preciso descentralizar. Isso só se daria se integrássemos democracia, com alimentação, educação, habitação, emprego, direito à informação e direito à vida (AROUCA, 2000, p.5).

O ponto alto da articulação entre profissionais de saúde e população se deu com a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se caracterizou como o mais democrático e representativo evento já realizado. Esta conferência definiu que:

Em sentido mais abrangente, a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Com o Lema “Democracia é Saúde”, o presidente da VIII Conferência fez um discurso histórico sobre a

necessidade de democracia para se ter saúde; saúde como qualidade de vida; como bem estar social; direito ao trabalho; um salário digno; direito a ter água, vestimenta, educação e acesso à informação sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo (AROUCA, 2000, p.5).

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve como desdobramento a formação da

Comissão Nacional da Reforma Sanitária, cujo relatório final influenciaria de maneira decisiva os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte (MOCINHO,2000, p.25).

A Reforma Sanitária significou um caminho irreversível para a promoção da saúde, no âmbito da sociedade brasileira. Portanto, segundo o Ministério da Saúde, a Reforma Sanitária é o conjunto de propostas que tem por objetivo, mudanças nos aspectos que determinam o estado de saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, tais como: emprego, habitação, educação, alimentação, serviços de saúde, saneamento básico, etc. É também o nome dado ao movimento que reúne parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares, além de profissionais de saúde, na luta pela melhoria da saúde do povo brasileiro (XAVIER, 1988, p.193).

O projeto da Reforma Sanitária, aprovado na VIII Conferência Nacional de Saúde, sustentou-se numa conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer. A saúde, neste sentido, é definida como um direito do cidadão e, conseqüentemente, um dever do Estado (GERSCHMAN,1995, sp).

Mendes (1995), coloca a respeito do Movimento da Reforma Sanitária:

a reforma sanitária coloca três aspectos fundamentais: primeiro o conceito abrangente de saúde, segundo vê a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e terceiro como elemento de caráter estratégico, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a Instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular (MENDES,1995, p. 42).

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196, diz que:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

A Constituição de 1988 reconheceu e incorporou as aspirações da população brasileira de construir uma sociedade mais justa, menos desigual, com uma única categoria: a de cidadão brasileiro. Os direitos sociais inscritos no texto constitucional são o

alicerce para a construção dessa sociedade, confirmado em 1989 na Constituição do Estado de Santa Catarina.

Consolidou-se, então, a idéia com a promulgação da Carta Magna, de um Sistema Único de Saúde - SUS, com diretrizes de universalidade⁶, integralidade⁷ e equidade⁸ no atendimento; com descentralização⁹ e hierarquização¹⁰ de suas ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Sua promulgação em 1990 foi, porém com vinte e quatro vetos do então Presidente de República Fernando Collor de Melo, na Lei 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde através da regulamentação dos artigos de nº 196 a 200, referentes à saúde constantes na Constituição Brasileira (MOCINHO, 2000, p.25).

Os referidos vetos do Presidente diziam basicamente sobre a forma de financiamento e a participação popular, entretanto, no mesmo ano, por pressão da sociedade, foi realizado um novo projeto de Lei, o de nº 8.142, que restituía a Criação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde como forma de controle social e ainda garantia o repasse financeiro regulares através dos Fundos de Saúde. As Leis 8.080 e 8.142 de 1990, compõem a garantia da sociedade de direito à saúde e participação popular.

Segundo Pires (2000),

como parte do processo de mudanças legais, em 1991, com a reforma administrativa, a área da saúde (INAMPS) é integrada ao Ministério da Saúde, fazendo parte do SUS e o INSS, passa a integrar o Ministério do trabalho e Previdência Social, que coordena os órgãos ligados às atividades previdenciárias (PIRES, 2000, p. 99).

O processo de descentralização dos Serviços de Saúde tem resultado em expressiva

6 Universalidade – um dos princípios doutrinários do SUS, significa que o Sistema deve garantir a atenção à saúde a todo e qualquer cidadão.

7 Integralidade – um dos princípios doutrinários do SUS, roga que, o Sistema considere o todo, intervenha no todo. Cada cidadão seja percebido como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, num meio ambiente.

8 Equidade – um dos princípios doutrinários do SUS, todo indivíduo é igual perante o SUS, e deve ser atendido conforme suas necessidades, com o importante fator de que as diferenças são consideradas.

9 Descentralização refere-se ao processo de transferência de um nível de governo para outro, ou seja do nível federal para o estadual e o municipal, trata-se de transferir poder de decisão e recursos necessários para que as ações possam ser desenvolvidas (Ortiga,1999).

10 Hierarquização – refere-se em definir as ações de saúde em ordem hierárquica, organizando a atenção da saúde conforme o nível de complexidade.

ampliação da rede de estabelecimentos básicos de saúde sob responsabilidade das administrações locais, das prefeituras municipais. A decisão das autoridades, em assumir compromissos, vem acompanhada da cobrança de retorno, ou seja, maior oferta de serviços e satisfação da população e assim, apresentam-se desafios de produtividade e qualidade nos serviços de saúde.

Segundo Pires (1998),

Os interesses do setor privado e dos defensores do mercado, associados à crise financeira do Estado e as políticas Neoliberais que restringem o papel do Estado, resultam em mudanças muito pequenas na prática assistencial. Enquanto as denúncias dos reais problemas do SUS ganham proporções e são aproveitadas por esta forças contrárias para um trabalho de desvalorização do serviço público e dos trabalhadores do serviço público e para defender a ilusão da eficácia do setor privado (PIRES, 1998, p. 99).

A IX Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em agosto de 1992, em Brasília, foi um evento de avaliação da situação de saúde do Brasil e de propostas de diretrizes para formulação da Política de Saúde.

A IX Conferência tem uma relação muito grande com as conquistas da VIII Conferência. Marca bem a temática e importância da municipalização no SUS, pois, é o município que está mais perto da população e de seus problemas. A ele cabe a responsabilidade maior pela atenção à saúde, esta, um leque de bens e serviços a que os cidadãos tem direito... o cidadão já paga através de impostos, o governo não está dando nada de graça (CANTARINO, 2000, p.5).

Nesta conferência a descentralização da política foi estreitamente associada à municipalização e esta última, definida como tema central da Conferência: “Municipalização é o Caminho”

Foram discutidos os temas Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. Em um documento que foi aprovado em plenária, que recomendou o Sistema Único de Saúde e a Criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

A IX Conferência significou um grande esforço de luta e de mobilização política com a reunião de amplas forças sociais para discutir democraticamente os problemas do setor saúde, porém, evidenciou um certo esgotamento de um determinado modo de

exercício da política, apoiada em princípios de condução e até um certo vácuo, em termos dos encaminhamentos necessários para a sua efetivação (GERSCHMAN, 1995, sp).

Dessa forma, a IX Conferência se amplia, transformando-se num espaço de manifestação da sociedade, no sentido de reafirmar os direitos de cidadania, avançar no debate, nos vários níveis de Estado.

O mesmo aconteceu na X Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996 com o tema central “Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”, espaço de um grande acontecimento democrático, com a obrigação legal da avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a política nacional de saúde (X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

Essa diretriz está assentada na premissa que assim procedendo, os segmentos representativos da comunidade, ou seja, com a participação popular poderá haver a escolha da melhor estratégia de saúde, com muita responsabilidade, atenuando os partidarismos e democratizando a ação política, comprometida, apenas com a saúde.

Às vésperas da XI Conferência Nacional de Saúde, que tem como tema central: “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção Básica com Controle Social”, reafirmando os postulados consagrados na Constituição de 1988, e discutindo estratégias para que na prática sejam alcançadas.

Segundo o coordenador do Conselho Nacional de Saúde,

o objetivo dessa Conferência é o Controle Social, pelo ângulo como o SUS é visto, sentido e desejado pela população usuária. A prática fica mais clara e atrelada à construção do novo modelo assistencial para a população (SANTOS, 2000, p.5).

As conferências são espaços democráticos, legítimos, resultados de um intenso processo de democratização, conquista do povo brasileiro, pensando saúde e exercendo sua cidadania.

Quando se fala em saúde não se pode reduzir ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventiva, curativa ou reabilitadora; é muito mais que isso. Deve expressar a qualidade de vida da população, refletindo as suas condições objetivas de vida que têm sua origem num patamar transcendente à simples oferta e consumo de serviços médicos.

Falar em saúde implica, portanto, numa indagação permanente dos seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais e a inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais como a da educação, meio ambiente, alimentação... Saúde será a resultante da ação articulada desses diferentes setores e os eixos integrados dos setores com as políticas econômicas.

No entender do Ministério da Saúde, não é um conceito abstrato,

define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população. É a necessidade básica do direito à cidadania, direitos sociais dos brasileiros a: educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade, assistência aos desamparados através de uma política social concreta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

A parceria entre comunidade, os serviços e os trabalhadores de saúde é, provavelmente, uma das formas que traz maiores possibilidades de garantir na prática o que está na Lei. Esta parceria não deve levar a uma participação passiva, mas política, representante da sociedade civil, com força indispensável para que saiam do papel as conquistas referentes a um sistema único de saúde, público e com atenção integral.

As últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas às mudanças ocorridas no âmbito político-institucional, decorrentes do processo de redemocratização mais geral. Paralelamente a esse processo, manifesta-se uma crise mais ampla no campo econômico, social e político e que veio a determinar, inclusive, mudanças no modelo de assistência, mudanças essas decorrentes em parte, do crescente custo da assistência médico-hospitalar.

Assim, o conjunto de princípios, diretrizes e direitos previstos pelo SUS, vem sendo colocado em prática de forma incipiente pelos governantes, principalmente nos últimos anos, com influências das tendências neoliberais e de seus pressupostos de desregulamentação de direitos sociais.

Esse projeto neoliberal estabelece sua política econômica monetarista, com ampla privatização dos serviços públicos, e adota cortes nos gastos sociais, desrespeitando os direitos constitucionais.

O serviço público é a única opção de atendimento à saúde de que a grande maioria

da população dispõe e é necessário um esforço coletivo para que esse serviço se transforme qualitativamente e contribua para melhores condições de vida da comunidade.

Nesse contexto surge em 1994, a proposta do Programa de Saúde da Família – PSF, com normas e diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, que tem como objetivo desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde da família e comunidade, contribuindo com a organização do sistema local de saúde.

Segundo entrevista com a Diretora do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (REBEN, 2000)

O PSF não é uma proposta nova. Estamos recuperando uma série de iniciativas e de movimentos inerentes ao próprio Movimento Sanitário no sentido de reordenamento do modelo assistencial de saúde e de consolidação do SUS (REBEN, 2000, p. 7).

A estratégia do PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente, e junto com essa estratégia surge o Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS. A decretação pelo Presidente da República de que 1997 é “O Ano da Saúde”, seguida de um conjunto de medidas que, na visão do Governo Federal trará melhorias substanciais ao setor, causou grande impacto naqueles que trabalham ou acompanham as permanentes transformações na política nacional de saúde, implementadas nos últimos anos.

Rizzotto (2000) descreve na fala do ministro da saúde Carlos César de Albuquerque

a missão institucional do MS é promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade... Segundo a autora “as ações e metas prioritárias, divulgadas, são para dar conta da “missão” do MS, seguem a mesma lógica seletiva, focalizadora e de envolvimento da comunidade (RIZZOTTO, 2000, p. 215).

Rizzotto ainda retira do documento da Presidência da República (1997:3 e 4), as metas e ações concentradas em três grandes frentes: quais sejam: 1º - Prevenção, cujas ações seriam desenvolvidas através do PACS, PSF, Gestão de atendimento básico, Farmácias Básicas, Combate às endemias, Saúde da mulher, Saúde da Criança e DST/AIDS. 2º - Melhoria da qualidade dos serviços; que se daria pela gestão Plena do

Sistema Municipal, regulamentação dos planos de saúde, montagem de equipes para resgate e primeiros socorros, alternativas às internações hospitalares, readequação da rede através do REFORSUS¹¹ e Revisão da tabela do SUS. 3º - Mobilização; estimulando a participação nos Conselhos de Saúde, transparência nas contas do governo e disque-saúde (RIZZOTTO, 2000, p.215).

Buss et al (1997, p. 3) ao analisarem as iniciativas do “Ano da Saúde”, dizem que

até agora o que tínhamos era uma série de iniciativas isoladas e não a explicitação de uma política, seja ela boa ou má. Segundo eles o simples fato de colocar no papel um projeto para a saúde “é um fato positivo.

Já Mendes et al (1997, p. 19) dizem que

as ações e metas contidas no documento parecem atender à oportunidade política de uma grande e emergente reforma sanitária, restringindo-se a um enunciado de um conjunto de medidas que parecem mais dirigidas a responder problemas conjunturais.

“O Ano da Saúde” tem como objetivo fazer com que os Estados e Municípios assumam integralmente suas responsabilidades: prevenir as doenças, controlar e fiscalizar os planos de saúde privados, agir no combate às fraudes e garantir à população um atendimento digno, nos postos de saúde e hospitais.

O processo de municipalização do sistema de saúde começou a ser implementado, através da descentralização nas condições de gestão: antes dividia os municípios em três: incipiente, parcial e semi-plena. Hoje, com a Norma Operacional Básica – NOB/96 temos duas : Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Mas o processo é lento, porque exige pré-condições de competência muita elevada ao município. O foco central da NOB é a redefinição do modelo de gestão, o que representa um importante marco no processo de consolidação do SUS e, por conseguinte, no efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam.

Esse novo paradigma de gestão configura um instrumento altamente favorecedor na implantação de um novo modelo de atenção à saúde, até então centrado na doença. Esse é

¹¹ REFORSUS – Reforço de Reorganização do SUS. Projeto apresentado em 1995 pelo MS para obter financiamento externo. Assinados entre o Brasil, o BID e o BRID (Banco Mundial) e seus co-financiadores.

um diferencial entre a NOB/96 e as anteriores, cujo foco era a assistência. Sua normatização só saiu em 98, na Instrução Normativa 001/98, publicada em 06 de janeiro de 1998. Esse documento regulamenta e operacionaliza a NOB/96, definindo o processo de habilitação de municípios e estados às condições de gestão estabelecidas.

Hoje, o SUS deve ser entendido como um processo social em marcha. Não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para o seu término, se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso dessa proposta. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje (MENDES, 1996, p. 51).

Nesse sentido, Mendes (1996, p. 51) reforça a idéia de que o SUS deve ser entendido como processo social, que tem uma dimensão política, pois é constituído por diferentes atores sociais, tem uma dimensão ideológica, apresentada pela concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, e uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com o processo político e ideológico.

Conforme estabelece o Programa do PACS (anexo 11), e o Manual de Normas e Diretrizes do PACS/94 (anexo 12), estes ACS são responsáveis pela condução de informações sobre prevenção de doenças e promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade e têm como funções: identificar e cadastrar a população de sua área de atuação (de 100 a 200 famílias), identificando suas necessidades, potencialidades e prioridades; executar atividades para a promoção da saúde do indivíduo e da comunidade; registrar, para o controle das ações de saúde, o número de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde da comunidade; estimular a participação da sociedade nas políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de vida; realizar visitas domiciliares periódicas para o monitoramento da saúde das famílias.

São essas as questões que norteiam tal programa, entretanto, penso que é necessário aprofundar a discussão em torno do mesmo, para que não caiamos em propostas que historicamente não têm redefinido uma Política Social para o setor saúde, adequada, equânime e justa.

3.2 - A Política de Financiamento do SUS - As Normas Operacionais Básicas – NOBs

Por que discutir financiamento do setor saúde quando o tema aqui proposto é refletir acerca de um Programa de Agente Comunitário de Saúde? Parece que não, mas se atentarmos para o fato de que este programa, tem no seu bojo a incorporação de medidas financeiras por um lado, e de focalização da assistência por outro, como já nos referimos anteriormente, considero ser prerrogativa neste estudo.

O Ministério da Saúde adotou Normas Operacionais Básicas – NOBs como instrumento tático para a regulamentação do processo de descentralização e para a definição dos repasses de recursos financeiros entre a União, os Estados e os Municípios e para acompanhamento do processo.

Para Luchese (1996, sp), as normas NOB 01/91 e NOB 01/92, editadas pelo INAMPS em 1991 e em 1992, respectivamente, tiveram como característica a transformação dos serviços de natureza pública, tanto estaduais quanto municipais, em prestadores ressarcidos conforme a produção, igualando-os àqueles de natureza privada e filantrópica. Possibilitaram o relacionamento direto do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde, por meio de convênios de municipalização (Brasil 1991a) ; (BBRASIL, 1992b).

O marco que se pode considerar um ato efetivo no sentido da descentralização foi a publicação, pelo Ministério da Saúde, do documento intitulado “A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (BRASIL, 1993a).

Formulou-se uma estratégia para fortalecimento dos municípios em seu papel de gestores, estabelecendo-se mecanismos financeiros diferenciados e uma nova relação com os prestadores privados de assistência à saúde. Foi iniciado um processo longo de discussão e negociação entre gestores estaduais e municipais, setor privado, entidades de representação popular e sindical, instituições públicas federais e entidades científicas, daí surgindo uma nova versão do documento (ORTIGA, 1999, sp).

Após negociação e aprovação no Conselho Nacional de Saúde, divulgou-se, para fins de operacionalização, com a Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993, a Norma

Operacional Básica 01/93, que estabelecia as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1993b).

Instituiu-se um novo organismo colegiado de gestão do SUS em nível estadual e municipal. Na esfera estadual, as Comissões Intergestores Bipatites – CIB foram compostas, paritariamente, por representantes das Secretarias de Estados e da entidade representativa dos Secretários Municipais de Saúde. Em nível federal, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT formou-se, paritariamente, por representante do Ministério da Saúde, da entidade de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e da entidade de representação dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. Tais comissões tiveram por finalidade estabelecer a parceria entre os gestores do SUS no processo de operacionalização da política de estratégias e de diretrizes para a reorganização do sistema (ORTIGA, 1999, sp).

Nessa Norma foram previstas as seguintes formas de gestão municipal: incipiente, parcial e semiplena. Na gestão semiplena, o município passa a receber diretamente a totalidade de recursos para o custeio ambulatorial e hospitalar dos serviços públicos e privados, passando a ser o pagador das instituições privadas conveniadas ao SUS, sendo de sua responsabilidade a definição, a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação da política no âmbito de seu território (BRASIL, 1993b).

A Norma Operacional Básica 01/96 trouxe novas alterações, importantes, principalmente na forma do financiamento, que passa a ser feito, em parte, pelo Piso de Atenção Básica - PAB e por incentivos por cobertura populacional, estabelecendo-se duas modalidades de habilitação para o município: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1996a). A NOB/96 foi operacionalizada com a portaria nº 2.203 de 05.11.96, mas se efetivou, na prática, com repasse para os municípios, em janeiro de 1998.

A partir da sua operacionalização, a condição de gestão semiplena, passou a ser chamada de gestão plena do sistema municipal.

A análise dessas normas permite verificar a evolução da política de descentralização, ao longo do tempo. As duas primeiras normas foram feitas dentro do antigo INAMPS e discutidas apenas por técnicos deste órgão e do Ministério da Saúde. A Norma de 1993 teve a participação dos segmentos dos secretários municipais e estaduais, recebeu

sugestões para reformulação e foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde. A Norma de 1996 foi ainda mais amplamente discutida, inclusive pela sociedade civil, apresentada durante a X Conferência Nacional de Saúde para apreciação, sendo posteriormente publicada (ORTIGA, 1999, sp).

Segundo Castro (1991, sp), a forma convencional existente nas duas primeiras normas mantinha o mecanismo de controle (convênio) junto a prefeituras, com a centralização de recursos e de poder decisório na esfera federal e sérias implicações para o modelo de gestão descentralizado. Nas últimas duas normas, houve uma evolução favorável da forma de ingresso dos municípios, com a publicação de instruções normativas (BRASIL, 1997, 1998a), passando a habilitação a ser decidida pelas Comissões Intergestores Bipartite. Retirou-se assim, o poder que tinham os estados de decidir, de forma unilateral, quem poderia ser habilitado, e eliminou-se, a forma convencional realizada anteriormente entre estados e municípios.

As formas de financiamento vêm também se modificando, desde a NOB 01/93, sendo criados mecanismos de incentivos financeiros para os municípios que cumprirem os requisitos exigidos. Há um aumento dos mecanismos reguladores da produção ambulatorial e hospitalar, visando a aumentar o controle e evitar fraudes. Os sistemas de informação estão sendo aperfeiçoados, com o objetivo de auxiliar nessas avaliações. Na última NOB, a grande conquista foi a instituição de alguns pagamentos por critérios populacionais.

O que é importante destacar da NOB/SUS de 1996 é a implantação do Piso de Atenção Básica – PAB, pelo qual o município recebe financiamento por critério populacional, possibilitando o investimento em ações básicas de promoção e proteção da saúde. Nas NOBs anteriores, as atividades ambulatoriais eram pagas através da Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, definida quantitativamente pelo tamanho da população e segundo a capacidade instalada e o desempenho técnico, ou seja, por produção de serviços, através de Guias de Autorização de Pagamento – GAP, aos prestadores privados e públicos. Outro fato importante é que os recursos de investimento já não têm mais o controle total do Estado. Em alguns programas, os recursos são repassados diretamente aos municípios, e as diretrizes de investimentos são apreciadas e aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite.

O Quadro 3 construído por Ortiga (1999), apresenta as principais características encontradas nas NOBs formuladas na década de 90, em função dos seguintes aspectos: órgão de edição, forma de transferência de recursos entre Estado e municípios, critérios de distribuição de AIH, e uniformização da tabela de pagamento, instrumentos de programação financeira ambulatorial, criação de estímulos financeiros, forma de pagamento ambulatorial, instâncias de negociação, participação de gestores na elaboração e formas de enquadramento dos municípios.

Quadro 3 - Principais características das Normas Operacionais Básicas

Características Gerais	NOB 91	NOB 92	NOB 93	NOB 96
Órgão de edição	INAMPS	INAMPS	MS	MS
Utilização do instrumento convencional como forma de transferência de recursos entre estados e municípios	Sim	Sim	Não	Não
Critério populacional de distribuição de AIH	Por produção	População 10%	População 9,0% (1995)	População 9%
Uniformização de tabela de pagamentos	Sim	Sim	Sim	Sim
Instrumentos de programação financeira ambulatorial	UCA	UCA e GABs	UCA e GAB e RCA	Teto financeiro ambulatorial
Criação de estímulos financeiros aos municípios e estados	Não	Sim FEGE FEM	Sim FAM	PAB - fixo e variável
Pagamento ambulatorial	Produção	Produção	Produção SAI/SUS e Alto Custo APA (teto definido)	População PAB FAE - Teto definido por produção
Existência de instâncias colegiadas de negociação	Não	Não	Sim	Sim
Participação de gestores e outros segmentos na sua elaboração	Não	Não	Sim	Sim

Flexibilidade enquadramento municípios	para dos	Não	Não	Incipiente, Parcial, Semiplena e Plena	Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal
--	-------------	-----	-----	---	---

Fonte: NOB 01/91/92/93/96 (ORTIGA, 1999)

Na condição de gestão semiplena da NOB/SUS 01/93, o município recebia, mensalmente, por transferência fundo a fundo, o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes ao teto ambulatorial e hospitalar estabelecido.

Atualmente, na condição plena do sistema municipal da NOB/SUS 01/96, recebe, também mensalmente, por transferência fundo a fundo, o total dos recursos financeiros hoje divididos em PAB – Piso de Atenção Básica e o Teto Financeiro da Assistência – TFA. Este último corresponde aos recursos da assistência ambulatorial e hospitalar que não estão contemplados no PAB.

Os recursos da parte variável do PAB, desde que o município opte por implantar as estratégias correspondentes, podem também ser recebidos. Esta parte variável é composta dos seguintes incentivos: Programa Saúde da Família – PSF; Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS; Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais; Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Incentivo às Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças e Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

Os repasses fundo a fundo, previstos na NOB 01/93, somente puderam ser viabilizados a partir do Decreto Presidencial nº. 1232, de 30 de agosto de 1994. A efetivação da habilitação na condição gestão semiplena aconteceu, portanto, a partir de setembro de 1994, atrasando o processo em mais de quinze meses Brasil apud (LUCHESE, 1996).

Há evidências de que a NOB 01/93 estimulou o processo de descentralização, pois colocou o município na obrigação de cumprir os requisitos exigidos para poder receber os recursos financeiros. Para alguns, o que estimulou a cumprir esses requisitos foi a perspectiva da nova forma de financiamento. A gestão mais avançada prevista nessa NOB era a única maneira de receber a totalidade dos recursos do seu teto. Caso fossem implantadas medidas para diminuir os gastos com internações hospitalares, os recursos poupados ficariam no próprio município e poderiam ser investidos em outras áreas do

setor, não necessariamente na assistência hospitalar. Caberia ao gestor municipal a definição, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, configurando-se, assim, a entrada de novos atores na formulação de políticas locais. É provável, por esse conjunto de premissas, que o CONASEMS tenha pressionado o Ministério para que a gestão semiplena fosse efetivada.

Independentemente da existência de recursos para a efetivação das condições de gestão descentralizada, estados e municípios aderiram à sistemática e mobilizaram-se para o cumprimento dos requisitos.

Na NOB 01/93, eram considerados requisitos básicos para a municipalização da saúde: a elaboração do Plano Municipal de Saúde; a criação, por Lei do Conselho Municipal do Fundo Municipal de Saúde; o Plano de Cargos, Carreira e Salários; a proposição de contrapartida de recursos municipais para o setor; e a elaboração de relatório de gestão. Tais requisitos eram caracterizados como instrumentos técnicos para o planejamento, a programação, o controle e a avaliação das ações dos serviços de saúde (BRASIL, 1993b).

Como garantia para que o município possa pleitear sua habilitação, na nova Norma Operacional Básica 01/96, foram mantidas algumas dessas exigências previstas na NOB/93:

- Conselho Municipal de Saúde: criado por lei municipal e em funcionamento;
- Fundo Municipal de Saúde: criado por lei, devendo movimentar os recursos destinados à saúde, provenientes das três esferas de governo.
- Formalização junto ao gestor estadual, com vistas à Comissão Intergestores Bipartite, do pleito de habilitação, aprovado pelo CMS, atestando o cumprimento dos requisitos referentes à condição pleiteada;
- Plano Municipal de Saúde: elaborado com base em dados populacionais, perfil epidemiológico e oferta de serviços, compreendendo as metas físicas e financeiras. Deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, homologado pelo prefeito municipal e atualizado continuamente conforme novas situações e necessidades se apresentem;
- Relatório de gestão anual, descritivo de todas as ações desenvolvidas, as metas previstas e os resultados alcançados, com respectivos custos financeiros;

- Comprovação da dotação orçamentária do ano e dos gastos do ano anterior, relativos à contrapartida de recursos do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor;

Porém, foram acrescentados novos requisitos, principalmente no que se refere aos sistemas de informação e à criação do componente municipal nas áreas de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e no sistema municipal de controle e avaliação:

- Equipamento de informática e recursos humanos capazes de operar os sistemas: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM; Sistema de Informação Nascidos Vivos - SINASC; Sistema de Informação Doenças Notificação Compulsória – SINAM; Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS; Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS; e outros que venham a ser determinados pela legislação.

- Comprovação de capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, sendo, na gestão básica, desenvolvidas as ações básicas e, na gestão plena do sistema, estruturados os serviços na Secretaria Municipal de Saúde;

- Comprovação de disponibilidade de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de serviços de saúde: na gestão plena da atenção básica, estrutura mínima para controle e avaliação - um médico autorizador e um auditor administrativo; na gestão plena do sistema municipal, estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e composição de equipe específica para o serviço de controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996a).

Os municípios que não se habilitam a nenhuma condição de gestão permanecem na condição de prestadores de serviço ao sistema único de saúde. Ao assumir uma condição de gestão, o gestor se compromete publicamente, perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade, a assumir a responsabilidade sobre a política de saúde no município.

A opção de um gestor por entrar na condição de gestão plena da atenção básica, não significa que esta situação seja definitiva. Na medida em que seu sistema de saúde evoluir e adquirir capacidade de cobertura, de operacionalização e de gerenciamento, poderá assumir condição mais avançada, prevista na Norma Operacional Básica 01/96. De acordo com a condição de gestão, são estabelecidas responsabilidades do gestor municipal, requisitos próprios e prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

Os quadros 4 e 5 construídos por Ortiga, (1999, sp) mostra a síntese das prerrogativas dos municípios e a síntese das responsabilidades outorgadas aos municípios pela Norma Operacional Básica/Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 01/96. (anexos 13 e 14).

As prerrogativas contidas nestes documentos, revelam que muitas das atividades serão realizadas pelo ACS, daí, mais uma vez sinto necessidade de explicitar essa questão.

Um dos componentes novos que a NOB 01/96 traz é a necessidade de se fazer a avaliação e a conseqüente criação, de estruturas municipais para desenvolver essas novas atividades, com a incorporação de conceitos dessa área aos serviços.

3.3 Saúde e Cidadania

Aproximamo-nos do século XXI e a proposta de “Saúde para Todos” não saiu do discurso. Aumenta o desconsolo e a frustração pelo pouco progresso feito na implementação da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Tem-se a sensação geral de inércia diante das injustiças nas condições de saúde e no acesso aos Serviços de Saúde. Desde que a meta foi estabelecida há 21 anos, em Alma Ata -1978, os esforços produziram, certamente algum resultado, mas há ainda muito a ser feito.

Muitos profissionais de saúde contentam-se em fazer Atenção Primária à Saúde com ações esporádicas, imediatistas e verticais, de impacto e durabilidade limitados. Há ampla evidência de que os princípios básicos não foram nem entendidos nem internalizados pelos chefes de Estados e Profissionais da Saúde.

Saúde para Todos, porém, pressupõe ir às raízes da falta de saúde. Assim retomamos questões essenciais como a equidade e a justiça dos Serviços de Saúde. Saúde para todos implica valores adequados, tanto quanto tecnologia adequada.

A liderança necessária para sua realização, em qualquer nível, deve constituir-se de pessoas moralmente comprometidas com esses valores; pessoas dispostas a se erguer em solidariedade com os pobres, na luta pela transformação de suas condições; pessoas dispostas a formular e a promover normas, valores, princípios e estratégias coerentes com o alvo estabelecido. São essas as questões que devem merecer atenção se quisermos que a saúde das comunidades, especialmente a dos pobres, tenham equidade e justiça social.

As situações do cotidiano, experimentadas nos Centros de ofertas de Serviços de Saúde, enfrentadas especialmente pelos usuários do Sistema, nos levam a pensar que ética na saúde seria um contra-senso. Entretanto, é justamente por essas situações de desigualdades e assimetrias contidas nestes, que acreditamos ser imprescindível discutirmos em todos os espaços, a ética na saúde.

A busca por justiça social e pelo bem comum não é prerrogativa apenas de indivíduos nos movimentos organizados da sociedade civil, mas de qualquer pessoa; portanto somos atores sociais, principalmente nos profissionais de saúde que atuamos diretamente com seres humanos que buscam auxílio, sejam indivíduos sadios ou doentes, seja em ações curativas, preventivas ou educativas. Aí o princípio ético é fundamental.

Falar em Saúde e Cidadania, pressupõe falar Ética, por isso julgamos necessário abordá-la primeiro.

Reportamo-nos então, aqui, ao trabalho desenvolvido por Faria (1998) quando esta ao analisar as questões comunicacionais ocorridas nos Centros de Saúde do município de Florianópolis, assinala que a assimetria nas relações entre a Instituição (Centro de Saúde), e entre os profissionais de saúde e a população é uma constante. A autora confirma em seu estudo que os princípios éticos não são respeitados em todos os âmbitos do cotidiano destes serviços.

Retomo aqui os princípios que a mesma aborda quando cita Rawls e Mahcin acerca da questão Ética, com respeito aos princípios éticos.

O primeiro princípio diz que

toda pessoa merece respeito, para além de sua cultura, nacionalidade, situação de vida; merece respeito para além de qualquer de suas características”; o segundo princípio diz respeito “à justiça e à equidade”... “parece ser o mais complexo, pois questiona que tipo de prática nos reporta quando falamos em equidade¹²”. O terceiro princípio fala a respeito da “beneficência ou má beneficência das ações sociais. Supõe que devam buscar o maior benefício, para o maior número de pessoas, com o menor dano ” (FARIA, 1998, p.140).

A questão da ética é complexa. Supõe compromisso, respeito, dignidade de todos os atores envolvidos no processo de nascer, viver e morrer. Cabe a nós, profissionais de

saúde, especialmente, conduzir as ações de saúde para além da tarefa, da produtividade, agindo de forma ética e humana.

Outra dimensão do agir ético é a solidariedade. Esta é uma opção pela vida e pela justiça. Ela possibilita que se veja o “outro” – pessoa – povo, não só como um ser humano com direitos e igualdades, fundamental em relação a todos os demais, mas como a possibilidade da criação de homens e mulheres livres e solidários, capazes de fazer a solidariedade ativa e vivida, o princípio ético a presidir a vida social, política e econômica da sociedade.

A afirmação da solidariedade torna-se de fundamental importância no momento em que o neoliberalismo avança fundado na busca da liberdade egoísta, fomentando a imensa iniquidade social fonte de injustiças, especialmente para o mais pobre.

É importante ressaltar que, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi declarada como direito de todos e dever do Estado, bem como nos resultados da Declaração de Alma-Ata em 1978 e nos documentos da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que serviram de base para o texto constitucional. A criação do SUS e os espaços dos Conselhos garantem a participação popular no seu controle e fiscalização da saúde. Esta participação se constitui num direito, mas também num dever da população. É necessário que sejam criados espaços para que esses direitos e deveres sejam exercitados, visto que estes espaços têm sido desrespeitados pelo Estado, em função da falta de medidas práticas para o seu exercício.

Para pensar a saúde do indivíduo

é propor ações para mantê-la e/ou recuperá-la e necessário perceber que a sociedade em seu conjunto, através das macro e micro estruturas sócio-econômico, político, cultural e familiar, atua sobre esse indivíduo ou grupo sociais. A influência desses fatores não se produz de forma abstrata e isolada, mas se expressa de forma integrada em cada pessoa, em cada coletividade, mediante o modo de vida (FARIA, 1996, p.14).

Modo de vida para Faria (1996)

¹² Equidade... é tratar desigualmente os desiguais. É um princípio doutrinário do SUS. Todo indivíduo é igual perante o SUS e deve ser atendido conforme suas necessidades (MS, 1999).

é essencialmente diferente do conceito nível de vida. Esse último, geralmente se expressa em numero e é sobre a base desses que tradicionalmente são planejadas as ações de saúde". .. "aponta um erro de início pois, não se levam em consideração as condições de vida geradas pela estrutura produtiva e não descreve com que meios vivem os indivíduos e como as questões sociais (modo social) interferem no desenvolvimento da individualidade"... "para aproximar o conhecimento de como vivem os indivíduos, de como o social é a base do desenvolvimento da individualidade, é necessário utilizar aspectos qualitativos que de forma sintética expressam esse modo de vida (FARIA, 1996, p.14).

O modo de vida manifesta-se como fala Gutierrez apud Faria (1996)

tanto em relação aos aspectos de auto-conservação e adaptação biológica, como na realização de capacidades sociais para o trabalho, o conhecimento e as relações sociais. O modo de vida sintetiza na atividade vital do homem - o trabalho, o biológico e o social (FARIA, 1996, p.15).

Assim, a Saúde Pública no Brasil materializadas nos Serviços de Saúde e nas ações dos Profissionais de Saúde, humanizada que deve ser, passa ao meu ver, pelo entendimento que se tem de cidadania. Cidadania não é apenas ter direito a escolha de representantes, diz respeito essencialmente, a liberdade de escolha com tomada de decisão, seja individual ou em grupo. Pressupõe também, a opção em busca dos direitos e deveres individuais e também coletivos. Pressupõe uma cidadania ativa como fala Benevides, (1994, p.46)

A cidadania ativa é aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas, essencialmente, criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

No processo dialético da natureza e da história, as mediações possibilitam estabelecer uma ponte entre a sabedoria e a ousadia. Sabedoria no sentido de ter clareza sobre os limites da vida em sociedade. Ousadia no sentido de buscar as condições para superação destes limites. É nesta tensão entre sabedoria e ousadia que se realiza o processo de construção.

A política que não se baseia na participação popular tende a ser privilégio de um grupo, de uma classe. Essa participação popular deve abranger as três esferas da vida social: Política, por mecanismos que permitam que todos participem das decisões; Ideológica, pelo direito de crítica e pelo dever da autocrítica; econômica, pelo igual direito

aos bens necessários à vida “*e o que governa como aquele que serve*”, nessa dimensão evangélica a política é compatível com a mística pois as exigências fundamentais coincidem: descentralização de si nos outros, fidelidade à vontade alheia e humildade no compromisso com a verdade (FREI BETTO, 1993, p.124).

Promover a atenção primária à saúde implica, antes de tudo, em envolvimento comunitário, formando uma parceria em que todos assumam responsabilidades pela própria saúde.

Várias formas de atuação em relação à atenção primária à saúde determinaram diferentes maneiras de encarar a participação comunitária na ação pela saúde, (REVISTA CONTACT, set/98), como segue:

1 - A atenção primária à saúde como extensão dos serviços de saúde, que têm como base o centro de saúde, sendo o planejamento e funcionamento do programa dominado por profissionais. A participação comunitária limita-se a mão de obra de serviços básicos de prevenção. Os membros da comunidade seguem as instruções e conselhos dos profissionais, com pouca possibilidade de contribuir com idéias, conhecimentos, experiências e opiniões. A agenda é determinada pelos profissionais de saúde;

2 - A atenção primária à saúde como modelo de atenção à saúde com base na comunidade, onde os problemas de saúde são tratados à luz de uma ampla noção de saúde e das maneiras de cuidar da saúde, desenvolvem-se numa perspectiva de dignidade humana, de desenvolvimento, reconhecendo que as pessoas sabem cuidar de sua própria saúde. O poder e a decisão são exercidos conjuntamente pela comunidade e pelos técnicos;

3 - Atenção primária à saúde com base na ação popular pela mudança social. Neste modelo as pessoas tomam consciência das injustiças causadoras da falta de saúde e planejam seus próprios programas, a tomada de consciência pode levar as pessoas a reconhecer a necessidade de planejar e organizar a ação popular em favor de mudanças sociais. Esse tipo de ação participativa surgiu em decorrência de uma gradual transformação no conceito de saúde.

A transformação social necessária para a conscientização da “Saúde para Todos” pressupõe uma coalizão mundial de grupos de base e de indivíduos comprometidos, a fim de controlar as estruturas atuais do mundo (WERNER, 1994, p.54)

Os três modelos de participação comunitária na ação pela saúde não são alternativas excludentes. Todos são úteis e complementam-se. O que devemos fazer é combinar de tal modo para que as pessoas possam, coletivamente, promover as mudanças desejadas.

Trabalhar com saúde comunitária requer do profissional alguns princípios básicos como reconhecer que a melhoria da saúde não depende apenas dos serviços de saúde prestados, mas que perpassa pela educação e condições de vida da população, que o papel do profissional não é o de dirigir as ações de saúde mas sim dar apoio técnico, criando redes de parcerias, organização e ação coletiva além de reconhecer que a ação comunitária só tem sentido quando os próprios membros da comunidade determinarem suas prioridades e conceberem suas estratégias de ação. É aqui que acredito que entra a ação do ACS.

A ação comunitária deve sempre comportar momentos de reflexão e avaliação; essa avaliação deve ser um processo capaz de produzir autodependência e confiança. Essa ação dá ênfase à dignidade das pessoas e reconhece que elas são os parceiros decisivos no processo que conduz a uma saúde melhor.

Como favorecer uma forma de comunicação que inspire mudança social em favor da saúde e da justiça social? A comunicação popular ou comunicação das comunidades, insere-se no movimento da participação comunitária, onde as pessoas têm oportunidade de falar, denunciando situações sociais e sanitárias injustas. A comunicação popular é intimamente ligada à educação popular. Ambas são utilizadas para descrever o processo no qual as pessoas trabalham juntas para desenvolver idéias sobre como conseguir mudanças.

O Agente Comunitário de Saúde tem que ser essa pessoa na comunidade capaz de comunicar-se com a população, saber ouvir e sentir as necessidades básicas de saúde, formular propostas junto ao Centro de Saúde e à Secretaria de Saúde, responsável pela aplicação das políticas de saúde, sobre as formas de educação e vigilância à saúde da região onde atua, produzindo reflexões capazes de levar a uma mudança de qualidade de vida da população.

Como a enfermagem está diretamente relacionada com a questão do ACS, creio ser oportuno falar um pouco a respeito desta profissão e de suas atividades em relação a APS/ACS.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com 33 enfermeiras supervisoras do PACS, distribuídas nas 5 regionais, sendo estas responsáveis por 561 ACS contratados, no

momento¹³. Todos os 48 Centros de Saúde possuem ACS contratados, mas em alguns CS há um número menor que o preconizado pela Secretaria, que é de 1 ACS para cada 100 a 200 famílias. Cada enfermeiro do PACS tem, no máximo, 30 ACS sob sua supervisão.

Além da supervisão, as enfermeiras elaboraram o perfil e as competências do profissional enfermeiro/supervisor do PACS e dos ACS, (anexo 15 e 16). Elas também são responsáveis pela formação dos 270 agentes comunitários de saúde que estão cursando o Auxiliar de Enfermagem.

A preocupação da enfermagem com a Atenção Primária à Saúde aumentou a partir de 1985, no Congresso Internacional de Enfermagem, realizado em Telavive, com o tema: Enfermeira como Agente de Mudança Social. Grande parte dos estudos em grupos tratavam da Atenção Primária à Saúde.

Em 1985 o diretor geral da OMS, Halfdan Mahler falou:

milhões de enfermeiras no mundo todo possuem a chave da aceitação e da expansão da atenção primária, porque trabalham muito próximas da população (REVISTA CONTACT, 1986, p.5).

Constance Holleran, diretora – executiva do Conselho Internacional de Enfermagem acredita que

as enfermeiras têm contribuído, de várias maneiras durante todos esses anos, para a evolução e melhoria dos serviços de saúde. Mesmo assim, muitas vezes parece que não conseguimos avançar com a necessária rapidez para acompanhar todas as mudanças necessárias (REVISTA CONTACT, 1986, p.14).

Creio que cabe uma pergunta neste momento acerca da formação deste profissional: as enfermeiras tem sido preparadas para o trabalho em saúde coletiva ou saúde comunitária?

Sou de opinião que não, pois apesar dos grandes esforços das escolas de enfermagem mesmo diante de um mercado de trabalho promissor, nessa área. Na verdade, estão sendo preparadas para uma relação pessoal com o paciente, para cuidar de doenças agudas ou crônicas, para uma prevenção secundária ou terciária e para se especializarem em algum

¹³ Desde do início do programa foram contratados 720 ACS, sendo que destes, 231, cerca de 19%, saíram do programa por vários motivos.

setor. Isso significa ficar atrelado aos Serviços de Saúde oferecidos em Hospitais, Ambulatórios e Centros de Saúde, internalizados, como já referido anteriormente. A prevenção primária e a educação em saúde ficam negligenciadas.

Outra fonte de confusão resulta do fato de que os profissionais da saúde, muitas vezes, têm um conceito de saúde diferente, não correspondendo às necessidades da população.

Na Enfermagem Comunitária, a enfermeira precisa trabalhar com as pessoas, permitindo que participem ativamente das decisões sobre seus problemas, do planejamento e dos cuidados (OMS, 1985). As enfermeiras devem estar preparadas para desempenhar um papel muito mais amplo – nos serviços de saúde comunitários e na atenção primária – do que o papel que desempenham nos hospitais. Caberá à enfermeira tomar um número muito maior de decisões, em todo tipo de circunstâncias. Capacidade administrativa, direção de projetos, ensino e liderança, bem como integração na equipe de saúde. Tudo isso é importante, mas, talvez, o mais importante é que a enfermeira aprenda a confiar nas pessoas, aprenda com elas, divida a liderança, saiba planejar com os outros e parta da realidade de saúde sentida pela população.

A enfermeira que se dedica à enfermagem comunitária encontra muitos desafios, traz muitos problemas que muitas vezes lhes escapam as saídas, mas também imensa satisfação. O trabalho é cheio de surpresas e também traz muitas alegrias. Aprende-se a cada dia a valorizar o saber de cada um, faz amizades que leva no coração, para o resto de sua vida.

Nas palavras de Turner apud (LEAVELL, 1978, p. 42),

A sociedade tem buscado encontrar as necessidades de saúde fazendo com que os serviços de saúde façam coisas para as pessoas e educando as pessoas para fazerem coisas para si mesmas. Fazer coisas para as pessoas ou pelas pessoas é, freqüentemente, fácil, mas é dispendioso e, não raro, de benefício temporário. O estímulo e orientação das pessoas para assumirem responsabilidade por si mesmas pode levar mais tempo, mas é relativamente barato e os resultados são mais duradouros. Além disso, as pessoas são fortalecidas pelo último processo e, freqüentemente, enfraquecidas pelo primeiro (LEAVELL, 1978, p. 42).

Para conseguir, porém, junto às comunidades, o aproveitamento de suas capacidades e algum grau de envolvimento em relação ao que vão aprender, é preciso que, previamente, ao início de processo desse tipo, se saiba quanto as pessoas conhecem e o quê conhecem, partindo sempre da realidade.

Assim, a enfermeira que pretende trabalhar em comunidade deve estar interessada também em Educação em Saúde da comunidade, que embora tenha o dever de orientá-la sobre medidas preventivas, fará por bem procurar compreender a situação e conhecer o fenômeno com o qual quer lidar.

Como diz Freire (1980)

... o pensar do educador somente ganha autenticidade na autenticidade do pensar dos educandos, mediatizados ambos pela realidade, portanto, na intercomunicação. Por isso, o pensar daquele não pode ser um pensar para estes e nem a estes imposto. Daí que não deva ser um pensar no isolamento, na torre de marfim, mas na e pela comunicação, em torno, repitamos, de uma realidade (FREIRE, 1980, p.18).

Por que estou inserindo nesta discussão a questão da educação em se tratando do ACS? Exatamente, por acreditar que o seu papel é fundamentalmente o de educador e a enfermeira é também responsável por este trabalhador e deve estar alinhado a essa questão, caso contrário, reproduzirá apenas o papel de fiscalizador das ações, sem considerar o papel de educador que esta tarefa lhe confere.

O processo educacional consiste em que as pessoas aprendam juntas, e sua abordagem e conteúdo de discussão são definidos a partir da experiência cotidiana das pessoas envolvidas. Assim também é a comunicação popular, é o meio pelo qual as idéias, as opiniões e os valores são manifestados. Restaura a voz dos pobres que podem assim denunciar a injustiça social e criar oportunidades de um futuro melhor.

Segundo Brandão (1981, sp), a educação se coloca inevitavelmente como uma prática social que, no uso da inculcação de tipos de saber, reproduz tipos e sujeitos sociais. Citando a expressão de Paulo Freire (1980, sp) – *reinventar a educação* – o autor sustenta o fato de que a educação é uma invenção e que, se em um dado momento histórico foi feita de um modo, pode, em um outro momento, ser feita de modo diferente, diverso e até mesmo oposto.

Severino (1986, sp) destaca que a função reprodutiva da educação não esgota sua significação total, não sendo, desta forma, apenas lugar e mecanismo da reprodução ideológica, mas pode, também, desenvolver e implementar um discurso contra-ideológico. Este entendimento é defendido também por Gadotti (1983, sp) quando fala da luta por uma educação emancipadora, passando a ser vista como elemento contraditório de um movimento mais amplo da própria sociedade, colocando a educação como sendo essencialmente política e o político, por sua vez, como meio transformador.

Estes autores confirmam minha experiência e convicção de uma educação a qual se traduz como um dos meios de luta para transformar a sociedade, em que o homem exerça seu papel de cidadão.

A questão da cidadania aparece no discurso tanto daqueles que detém o poder político, econômico, nos intelectuais e nos meios de comunicação, como no discurso das camadas menos favorecidas da população. É importante saber de qual cidadania falam esses atores tão diferenciados no contexto social, já que alguns têm muitos direitos e a outros cabe a parcela maior de deveres (COVRE, 1991, sp).

Covre (1991) aponta que a Carta de Direitos da ONU, de 1948, diz em seu texto:

Todos os homens são iguais ainda que perante a lei, sem discriminação de raça, credo ou cor. E ainda: a todos cabem o domínio sobre o seu corpo e sua vida, o acesso a um salário condizente para promover a própria vida, o direito à educação, à saúde, à habitação, ao lazer. E mais: é direito de todos poderem expressar-se livremente, militar em partidos políticos e sindicatos, fomentar movimentos sociais, lutar por seus valores. Enfim, o direito de ter uma vida digna de ser homem (COVRE, 1991, p.9).

Essas propostas são difíceis de serem efetivadas, considerando os interesses daqueles que detém o poder e que não querem perder privilégios, apesar de fazerem um discurso contrário.

Para Buffa (1991, p. 18) *a igualdade jurídica esconde, na verdade, a desigualdade dos indivíduos concretos.*

Portanto, educar para a cidadania é dar conta que esta se insere em um contexto conflitivo. Essa experiência do exercício da cidadania pode ser vivenciada nos espaços

sociais. Educar para a cidadania é, também, colaborar para que as pessoas desenvolvam a capacidade de se fazerem sujeitos individuais e coletivos.

A cidadania é um processo em construção... Implica em determinados direitos, deveres, como também no fortalecimento dos espaços de decisão... O exercício da cidadania pressupõe o exercício da participação dos cidadãos em vários espaços da sociedade, as experiências de participação fortalecem as lutas pela cidadania (FANTIM, 1997,sp).

Pensar a saúde de forma equânime só será possível, na minha opinião se a mesma transite dentro de um contexto em que os homens, mulheres e crianças sejam sujeitos, portanto, cidadãos.

Esse, talvez seja um dos grandes desafios para o próximo milênio.

A Fundação Canadense para as Américas (FOCAL), elaborou uma publicação intitulada: Qual o futuro para as Américas? Nesse documento segundo Capote Mir e Torano (1996) são esboçados 4 possíveis cenários que representa uma perspectiva qualitativa do porvir, quais sejam:

o primeiro, denominado "O vôo do Condor" que implica governabilidade adequada em um ambiente internacional favorável; o segundo, chamado: "O golfinho ferido", a governabilidade é deficiente apesar de que o ambiente é favorável; o terceiro, "O jaguar cativo", tanto o ambiente como a governabilidade são desfavoráveis na região; o quarto, chamado de "O Fenix Renascente", uma governabilidade inovadora e responsável se enfrenta a um ambiente internacional difícil (CAPOTE MIR & TORANO, 1996, p.8).

Esses mesmos autores colocam uma situação, que creio ser interessante expressar aqui. Os políticos que estão mais próximos ou que definem as políticas de saúde, estão mais preocupados com a sua imagem e no dizer deles,

percebem e apreciam a crise da saúde do ponto de vista do ganho ou perda política de suas ações"... "a linguagem da crise da saúde publica, com suas conotações filosóficas, ideológicas, políticas, teórico-conceituais, metodológicas, etc., e mais próprio do meio acadêmico, científicos e docentes, porém está afastada dos códigos predominantes para a comunicação dos círculos do poder, tanto em nível nacional, estadual ou local (CAPOTE MIR & TORANO, 1996, p.9)

Neste sentido, creio oportuno colocar aqui a necessidade de construirmos uma linguagem que de conta, para todos, especialmente para os profissionais de saúde e população em geral, que possibilite uma consciência política e que se abra canais de negociação que permitam “consertar” os compromissos dos atores sociais fundamentais (de cada momento).

Desta forma, a transformação do sistema de saúde, como já nos referimos anteriormente, se nutrirá da descentralização em todos os sentidos, inclusive de recursos (custeio) e como premissa fundamental, a participação social organizada e solidariedade, como base de sustentabilidade dos processos de produção social da saúde (CAPOTE MIR & TARANO, 1996, p.14).

Um outro aspecto, no qual estou de acordo com os autores supra citados é quando os mesmos colocam quanto a “confusão” que se gerou com as concepções de APS, ações básicas e níveis primários. Para Capote Mir e Tarano (1996)

as ações de saúde e o enfoque de saúde pública não podem ser concebidos com a tradicional visão de níveis e escalões de complexidade ligados a todos os esforços das últimas décadas. Tal visão ortoga aos níveis primários à responsabilidade, propriedades e tecnologias, unicamente para a atenção básica de saúde; mais ainda, ortoga atributos geográficos ou sócio-econômicos a mesma, de maneira tal que a atenção de saúde comunitária, transformou-se em atenção de baixa tecnologia e, muito freqüentemente, de baixa qualidade, para pobres (CAPOTE MIR & TARANO, 1996, p.14)

Na verdade o que os autores estão questionando é o de ser APS a porta de entrada do sistema (concepção da APS) que de certa forma gerou uma variedade de interpretações.

Para Capote Mir e Tarano (1996)

os níveis locais de saúde não são níveis primários, mas o espaço geográfico populacional e social onde tem que encontrar expressões concretas, das políticas estratégias de saúde, adequadas as realidades, necessidades e problemas da localidade (CAPOTE MIR & TARANO, 1996, p.14).

Isso implica uma nova postura quanto a alocação de recursos financeiros, humanos e de estrutura, que conduza a uma assistência de qualidade, isto é, uma estratégia de conduta equânime para cidadãos.

Capítulo IV

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, com abordagem qualitativa, por entendermos que é a mais adequada. A pesquisa social qualitativa é muito variada, porém, se pode dizer que nas distintas concepções tem em comum um compromisso com uma aproximação naturalista e interpretativa. Essa modalidade se mostra mais adequada, uma vez que vai além da descrição, isto é, analítica, pois pretende compreender e interpretar.

O método qualitativo se adequa perfeitamente em buscar a compreensão mais que pressupor, ou se preferimos, ao pretender dar conta da realidade social, compreender qual e a sua natureza, mais que explicá-la (FARIA, 1999, p.10).

E também no dizer de Faria (1999, p.10)

uma mudança na postura do pesquisador que deve tomar certas opções, dentre elas destaco duas: mudança na sensibilidade investigativa (histórica, cultural, política e contextual) e a pesquisa guiada teoricamente que nos proporciona um conjunto de ferramentas capazes de nos ajudar a conceituar os processos ou o objeto que queremos analisar.

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em Florianópolis, na rede básica de saúde do município, mais precisamente com os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, participantes do Programa Agente Comunitário de Saúde - PACS, recentemente implantado.

O PACS é um programa de origem nacional que teve seu início no ano de 1992. Inicialmente, foi implantado no nordeste do país. Em Florianópolis, teve seu início em

1999. Está disseminado em todo o município, com 561 ACS, que trabalham em micro-áreas das que compõe a área de abrangência de cada Centro de Saúde.

Os sujeitos do Estudo

Com o objetivo de aprofundar um pouco mais as minhas reflexões acerca do PACS implantado no município de Florianópolis, o estudo foi desenvolvido junto aos ACS das diferentes áreas propostas neste estudo. Para tanto, nos meses de abril e maio de 1999, entrei em contato com 5 enfermeiras supervisoras do PACS para, a partir delas, chegar até os ACS.

Florianópolis é dividida em 5 regionais de saúde sendo: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul e em cada uma dessas regiões estão distribuídas às áreas e estas são divididas em micro-áreas. Em todas as áreas têm a presença da enfermeira como supervisora do programa e os seus respectivos ACS distribuídos nas micro-áreas.

O primeiro passo foi escolher uma das áreas de cada região, o qual se deu de forma aleatória. Assim, fizemos o primeiro contato com as enfermeiras supervisoras do PACS de cada área escolhida, que após expor meu interesse em entrevistar e observar os ACS daquela área, se mostraram interessadas em colaborar com a pesquisa e viabilizar esses momentos.

Iniciei, participando da reunião, que ocorre a cada semana, em que foram expostos os objetivos deste estudo e meu interesse em aprofundar o tema. Inicialmente, foram feitas as apresentações e, na seqüência pedi ajuda aos ACS, no sentido de enriquecer com as suas experiências e percepções sobre o trabalho que realizam nas suas micro-áreas como ACS. Então, convidei os ACS que se dispusessem a colaborar com minha pesquisa, realizando uma entrevista individual e uma visita na sua micro-área num processo observacional.

Sem problemas os ACS se dispuseram em participar. O processo de escolha se deu de forma diferenciada, respeitando o desejo dos mesmos. Assim, em duas das cinco áreas, foram escolhidos 2 representantes. Nas demais áreas, os ACS decidiram escolher os que deveriam participar do estudo. Dos que haviam se manifestado em participar, os ACS escolheram os que já trabalhavam há mais tempo, critério esse também contemplado nas duas outras regiões. Como houve empate na escolha, ficou contemplado 3 ACS nestas 3 regiões, totalizando 13, assim distribuído: 3 ACS do centro, 3 do norte, 3 do continente, 2

do sul e 2 do leste. Também se levou em consideração que dentre os participantes de cada área, deveria ter um ACS, pelo menos, que estivesse fazendo o Curso de Auxiliar de Enfermagem, oferecido neste caso pela Secretaria de Saúde e UFSC.

Inicialmente, se havia determinado a participação de cinco ACS, um de cada região, mas diante dos grupos que prontamente se dispuseram a participar, achei oportuno contemplar um maior número, pois acredito que, com maiores informações se poderia enriquecer, ainda mais as minhas reflexões acerca do tema.

Assim, após a escolha dos ACS por área, agradecendo os demais ACS do grupo e a supervisora, parti para o campo de observação e entrevista com os ACS escolhidos.

No primeiro momento foi apresentada a proposta deste estudo, juntamente com a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido para que os ACS ficassem cientes de sua participação, formalmente. Pedi licença para gravar em K7 nossa conversa durante a entrevista, o que foi permitido, assim como fotografá-los na comunidade..

Coleta de Dados

A obtenção das informações se deu como segue:

Entrevista - com os sujeitos do estudo referido anteriormente, utilizando-se um instrumento semi-estruturado (anexo 17). Para os mesmos foi assegurado, também, o anonimato conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 18).

Documental – Os documentos existentes na Secretaria de Saúde do Município, Conselho de Saúde e outros, além dos requisitos contidos nos documentos oficiais do PACS, Ministério da Saúde.

Observação – Em cada região foi observado um ACS na sua micro-área. Após o momento da entrevista se foi a campo, oportunidade em que também foram realizadas algumas abordagens em sua micro-área, continuando com uma conversa informal entre o pesquisador e o ACS. Neste momento, pude perceber a relação do ACS na sua micro-área, sua atuação na comunidade. O caminhar foi tranquilo durante todo o processo.

Análise dos Dados

A análise dos dados se deu a partir das falas dos sujeitos do estudo, do processo observacional e da experiência que tenho enquanto supervisora de uma das áreas que

contempla o programa. No processo de análise se levou em consideração o teoricamente colocado neste trabalho. Na análise dos conteúdos deste estudo, se levaram em consideração os aspectos levantados por Minayo (1996, p.199) quando coloca que

a expressão mais comumente usa para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

Assim, os conteúdos obtidos das falas e das observações foram organizados em 3 momentos: **a pré-análise**, em que se organizaram os conteúdos obtidos; **a exploração do material**, os dados foram codificados buscando ver nesta os elementos centrais para a discussão; **o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação** em que os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, permitindo ao pesquisador a realização de inferências e interpretações (MINAYO, 1996).

As entrevistas foram lidas e relidas com a intenção de internalizar os conteúdos das mesmas. Após, a palavra, a frase, mais significativa para este estudo foi sendo selecionada e a partir das mesmas foram se tecendo os comentários e interpretações.

Os conteúdos das observações serviram para reafirmar ou não os conteúdos das entrevistas. Os documentos inerentes ao tema, serviram para a discussão no seu todo.

Capítulo V

RESULTADOS E ANÁLISE

No ano de 1992, nascia o PNACS (Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde), com o propósito de diminuir as doenças diarreicas e a desnutrição, principais fatores da mortalidade infantil no nordeste. Este Programa, agora PACS tomou proporções em 1994, quando se ampliou para todo o norte e nordeste e mais tarde, em 1997, para quase todo país. Santa Catarina foi o último estado a implantar o PACS, juntamente com Minas Gerais e Rio de Janeiro, em 1998.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), em Florianópolis, é um ocupacional recente na história dos serviços de saúde do município. Iniciou, como já referido, no ano de 1999.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (jul/2000) – Setor de Planejamento e da AFLOV¹⁴, foram contratados desde o início do programa 792 ACS. Em 1999, foram admitidos no total 706 ACS, destes 154 foram demitidos neste mesmo ano, ou seja, 22% dos ACS deixaram o programa, antes de completar 1 ano de trabalho. No ano 2000, foram admitidos mais 86 ACS e demitidos outros 77 ACS, até o mês de julho.

Hoje, são 561 ACS, no município, segundo dados da AFLOV, (jul/2000). Desde o começo do programa, 29% dos ACS saíram do mesmo, ou seja, 231 ACS, destes 66% pediram demissão, sendo que a metade antes de completar noventa dias de trabalho, e 34% foram demitidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

¹⁴ AFLOV – Associação Florianopolitana de Voluntários, entidade filantrópica que realiza a contratação dos ACS em convênio com a Prefeitura – Secretaria Municipal de Saúde.

Do total dos ACS, 270 também estão fazendo o Curso de Auxiliar de Enfermagem, que iniciou em outubro de 1999. Hoje são somente 219 ACS os que o fazem, ocorrendo uma desistência de 19%, esta ocorreu principalmente quando o ACS deixou o emprego, ou por outras razões.

Como veremos, mais adiante, os motivos que levaram o poder municipal a adotar essa categoria, no âmbito da Assistência à Saúde, teve, no nosso entender diferenciação em relação às demais experiências, especialmente as do nordeste do país. Sabe-se que nesta região, os ACS estavam alocados em áreas que não dispunham de serviços de saúde, quer dizer, em regiões em que o acesso aos Serviços de Saúde estava prejudicado, dentre outras razões.

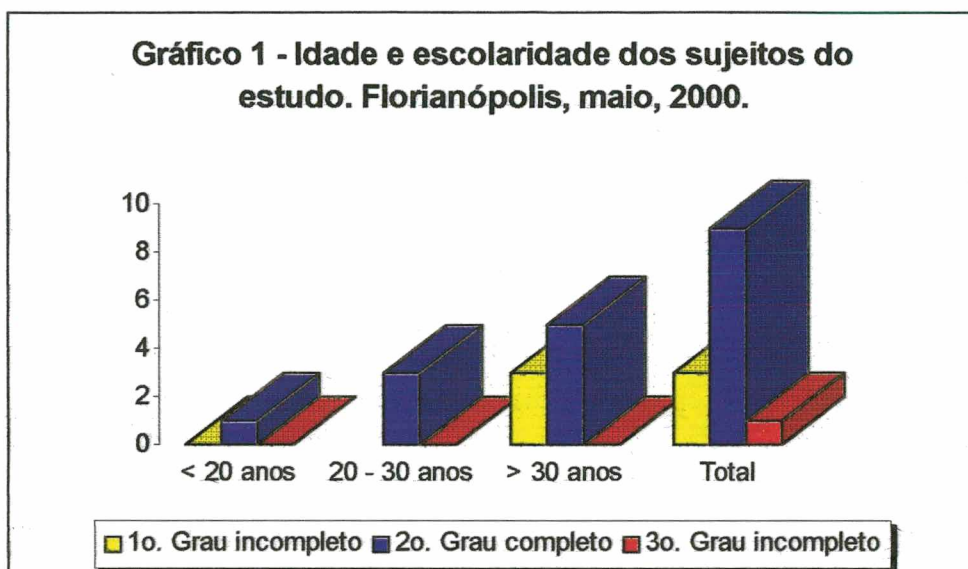
Em Florianópolis, segundo o Secretário de Saúde do município (jul/2000), em reunião com as enfermeiras supervisoras do PACS, falando a respeito do programa assim se expressou:

...no município de Florianópolis é uma estratégia de reorientação do modelo, redirecionando a assistência... é a primeira capital que ousa fazer a implantação em toda a cidade, com o desafio de construir base de dados sobre a população... [acrescenta] para o gestor o PACS é um poderoso modelo, um instrumento de profunda intervenção, onde em menos de 48 horas podemos fazer contato com todas as micro-áreas, capaz de controlar as famílias.

Faço, a seguir a apresentação dos sujeitos participantes deste estudo para melhor caracterizar a inserção dessa categoria, no cenário das políticas de saúde, mais especificamente, no âmbito do município.

As características levantadas em relação aos sujeitos do estudo são as que seguem: idade, sexo, grau de escolaridade e tempo de trabalho como ACS.

Como se pode observar no gráfico 1, a maioria (69%) tem o 2º grau completo e mais de 30 anos



Esses trabalhadores, também em sua maioria, já haviam tido experiências anteriores em outros trabalhos, (nem sempre na área da saúde). Destes, 2 (15%), já são aposentados, e estão voltando ao mercado de trabalho, como ACS.

Esses dados, inicialmente, nos levam a pensar primeiro, que são pessoas com grau de escolaridade que poderiam levá-los a outro campo de trabalho, e no entanto, assumiram este, mesmo diante de uma remuneração aquém de suas possibilidades/necessidades (um salário mínimo).

Isto pode estar acontecendo em função da exclusão social que vive nosso país em termos de emprego, em que as pessoas, por falta de opção (não quero dizer com isso que ao se optar em ser ACS seja um desprestígio), assumem o primeiro que aparece, mesmo diante de um emprego com remuneração não condizente, sujeitando-se a trabalhar de forma descontente, pelo salário mínimo vigente no país, pois segundo os mesmos estão neste trabalho descontentes, especialmente em razão do salário remunerado, como já mencionado, que é pouco e além disso, para uma jornada de 8 horas diária.

Esse é um dado importante em se tratando da qualidade assistencial a que se pretende ofertar aos munícipes de Florianópolis, pois se sabe que se os trabalhadores estão insatisfeitos com o salário que percebem, pode trazer conseqüências por um lado, para o próprio trabalhador que sofre ao ver sua força de trabalho, ser minimamente reconhecida, não sendo valorizado socialmente, por outro, pode levá-lo ao desânimo, e com isso as tarefas que lhe forem conferidas podem ser realizadas muito mais no sentido de cumprir a

tarefa em si, isto é, responder apenas à objetividade da ação, sem colocar sua subjetividade na integralidade, o que prejudicaria o cuidado com a população. Isso pode levar a que o trabalho por ele realizado seja aquém do esperado, num ato mais mecânico do que sensível às questões, que rodeiam a saúde da população.

Em relação ao tempo de trabalho como ACS no programa, varia de 4 meses a 1 ano e seis meses, tempo equivalente ao início do programa do PACS, no município de Florianópolis. Do total dos sujeitos pesquisados, 54% trabalham entre 6 meses a 1 ano, os demais em igual percentual de 23%, ou trabalham há mais de um ano ou a menos de 6 meses.

A variação encontrada em relação ao tempo de trabalho como ACS, por um lado se deu em função da gradativa implantação do programa no município, de outro, a organização das áreas de atuação dos ACS que não haviam sido delimitadas a priori. Do total de ACS que iniciaram no programa, 71% permanecem. A desistência ao programa, por um lado se deu em função de não preencherem o perfil do ACS estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, de outro, decorreu por outras razões, dentre as quais se destacam: a questão salarial e a não identificação com o programa.

Uma explicação possível para a demissão dos que não preencheram os requisitos pré-estabelecidos foi em decorrência da primeira seleção estar em curso para o ACS e ser realizada por técnicos da SMS, sem a participação dos enfermeiros supervisores do PACS. Acrescido a isso, no mesmo momento em que os enfermeiros estavam construindo o perfil do ACS, a seleção ocorria. Quer dizer, neste cenário a programação em saúde implica tão somente cumprir determinadas tarefas, tais como: cadastramento, agendamento, visita domiciliar, etc, poderíamos pensar, mas em se tratando da implantação de um Programa novo, era de se esperar que todos os elementos intervenientes no processo, fossem pensados.

Hoje, após solicitação dos enfermeiros supervisores, a seleção é feita no local da área de abrangência do ACS, e realizada pelo enfermeiro supervisor do local, com ajuda de outros enfermeiros.

O debate que se coloca hoje, no cenário das políticas de saúde, diz respeito à opção, em relação às ações puramente programáticas e que, de certa forma, admite e reafirma o modelo vigente, isto é, as tarefas são quantificáveis, dirigidas as tantas consultas, tantas

famílias visitadas, tantos cadastros realizados, etc., em detrimento de uma saúde pensada para o sujeito, acolhendo as suas subjetividades e operando objetivamente, frente aos problemas identificados, de acordo com o perfil epidemiológico, preferencialmente, isto é, um modelo pensado, com base na integralidade da assistência.

Um outro aspecto levantado pelos sujeitos do estudo, em relação a continuarem ou não, no trabalho como ACS, se dá em função de que a metade (270 ACS), está cursando o Auxiliar de Enfermagem, oferecido pelo Departamento de Enfermagem e de Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Catarina, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, dentro do Projeto “Florianópolis Faz a Diferença”.

Segundo os ACS, assim está estabelecido: aquele que está cursando o Auxiliar de Enfermagem, no momento em que desiste de ser ACS, seja qual for a razão, está automaticamente desligado do referido curso. Segundo dados da Coordenação do programa (jul/2000), há registros de que houve a desistência de 51 ACS do Curso de Auxiliar, quer dizer, do total de 231ACS que saíram do programa, 22% estava cursando o referido curso.

Essa situação pode ter interpretações diferentes, se por um lado podemos achar que é uma regra de emprego, ou seja, (tens o emprego, ganhas o salário mínimo e podes fazer o Curso de Auxiliar de Enfermagem), mas ao desistir do primeiro, perdes o segundo e o terceiro. Por outro lado, se pensarmos do ponto de vista de que a sociedade é a que mantém a Universidade (responsável pelo Curso, mesmo em se tratando de parceria), me parece um contra-senso, pois diante da situação de desemprego em nosso país, os trabalhadores sem qualificação profissional poderiam ter neste Curso a chance de se qualificar profissionalmente e assim, quem sabe, poderiam ter outras oportunidades, com salários mais adequados, e ainda buscar um trabalho mais próximo do seu estilo de pensamento. Poderia ser, inclusive, o de ACS.

Hoje, no Brasil há uma forte atenção à profissionalização dos sujeitos na idade adulta. Exemplo disso, o Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT tem proporcionado a centenas de trabalhadores a sua qualificação, em parcerias com várias entidades, (sindicais ou não), instituições de ensino, como é o caso do Curso de Auxiliar de Enfermagem, ao qual me referi anteriormente.

Uma pesquisa da Rede de Diários Econômicos da América Latina, em 1996, detectou que o desemprego é o problema que mais preocupa os latino - americanos. Depois vêm os baixos salários, a inflação e a pobreza. Segundo especialistas reunidos na Costa Rica, em fevereiro de 1997, 56% da população latino - americana só pôde encontrar ocupação, no mercado informal (CNBB,1999).

Segundo os sujeitos deste estudo e pela observação realizada, se pode dizer que são dois os motivos pelos quais continuam no trabalho: primeiro por uma questão de sobrevivência, embora descontentes com o salário e sem outra opção. Segundo, por estarem cursando o Auxiliar de Enfermagem, mas este último, segundo os mesmos, uma vez concluído, tenderá a procurar outros serviços de saúde que os contratem como tal, agora como auxiliar, causando uma desestabilização do programa, uma vez que deverão ser feitas novas seleções para ACS e a comunidade, mais uma vez, ficará sujeita aos serviços intermitentes.

Sou de opinião que isso trará danos à população. Em primeiro lugar, por que fica sujeita a adaptar-se a intermitências das ações de saúde, oferecidas por esse programa (para muitos é a única saída, para o acesso a algum tipo de assistência, mesmo em se tratando de uma cidade do sul do país). Assim, quando a comunidade já está acostumada, já criou vínculo com o ACS, este por razões pessoais que não nos cabe julgar aqui, sai do programa. Em segundo lugar, a Secretaria Municipal de Saúde, é obrigada se assim o desejar, a fazer todo o processo de seleção, treinamento e adaptação do ACS ao seu local de trabalho. Isso demanda tempo e mais uma vez a população fica a mercê da rigidez do programa, além do custo que isso representa.

Um dos fatores importantes neste programa é a relação de vínculo com a comunidade, que será quebrado com a saída em massa dos ACS, agora formados em Auxiliar de Enfermagem. Novamente outros ACS ocuparão as vagas, sem formação adequada e a comunidade não terá a continuidade, no trabalho educativo e preventivo. Isso poderá refletir no futuro, na relação entre o ACS e a comunidade, pois esta poderá perder a credibilidade aos mesmos, ocasionando o descrédito no trabalho do ACS, admitindo que estes ocupam as vagas apenas como ponte para um novo emprego (o de Auxiliar) ou enquanto não arrumar outro. Entretanto, não nos compete aqui colocar qualquer objeção, uma vez que cabe a cada um de nós buscar as melhores condições para as nossas vidas, em se tratando das condições a que estamos submetidos.

É bom lembrarmos que o ACS é um sujeito da própria comunidade onde trabalha, razão essa importante no programa, pois o mesmo conhece a comunidade, tem laços e cria laços com essa sua atividade. Quer dizer, um ponto forte do ACS é criar vínculo.

Segundo o Manual de normas e diretrizes do PACS do Ministério da Saúde, no processo seletivo *“o ACS tem que morar há mais de 2 anos na comunidade e continuar residindo, enquanto trabalhar naquela área, sendo esse um requisito eliminatório exigido”* (MS/PACS, 1994, p.19).

Hoje são 219 ACS que fazem o Curso de Auxiliar. Se de fato ocorrer o relatado pelos sujeitos do estudo e pela observação que tenho deste trabalho, se quebrará o principal elemento da ação do ACS – o vínculo necessário para estabelecer uma relação de integridade, de inter-ajuda e de motivação, além das atividades de promoção e prevenção à saúde, funções essenciais do ACS.

Esse é o desejo dos que fazem o Auxiliar (ter um emprego como tal), segundo os sujeitos do estudo. Mas em função da atual crise de emprego que passa a sociedade brasileira, é possível que os mesmos permaneçam como ACS, agora qualificados, o que é considerado excepcional, pois a comunidade será atendida por pessoas com qualificação específica, (luta antiga da enfermagem catarinense), mas se os mesmos continuarem trabalhando sem a incorporação dessa qualificação em seu salário, poderá ocorrer a dupla insatisfação: (salário baixo e não reconhecimento de Auxiliar de Enfermagem)

Na verdade, as comunidades (as mais pobres) estão sempre convivendo com pessoas que desenvolvem ações de saúde sem a devida qualificação e o futuro parece não apontar outras saídas. Quero deixar claro que embora sejam pessoas com boa vontade, com disposição para ajudar, o fato é que mais uma vez a população pobre pode ser novamente alvo de experiências. Hoje, os ACS que trabalham em áreas da chamada classe média ou alta, por exemplo, relatam que gostariam de trabalhar com os mais pobres, pois referem que há rejeição destas famílias, dizendo não precisar da visita do ACS pois têm acesso aos serviços de saúde, por convênios, ou ainda condições de pagar pelo serviço médico.

Pela minha observação e experiência junto aos ACS, eles são aceitos entre os menos favorecidos, especialmente, pois são os que dependem unicamente dos serviços de saúde ligados ao SUS e vêem no ACS uma saída.

Parece, que este programa não cabe para pessoas que têm acesso a outros tipos de serviços de saúde (conveniados ou não). Embora acredite que o SUS deva ser um serviço de qualidade para todos os cidadãos, não podemos negar que essa situação existe. Sendo assim, esse programa veio para atender aos mais pobres, como medida compensatória.

Muitos questionamentos podem ser feitos, neste momento. Mas gostaria de me ater a alguns:

A Secretaria Municipal de Saúde não poderia contratar esses auxiliares ou outros, para desempenharem o papel de ACS, com mais qualidade?

Será que a população mais empobrecida, para a qual esse programa foi pensado, (e é aceito), é obrigada a conviver com ACS sem qualificação suficiente, para exercer suas ações com qualidade? Não será, como já foi dito, uma medicina pobre para pobre?

Por que a Secretaria Municipal de Saúde não pensa estrategicamente a saúde, em busca de um modelo que privilegie a Atenção Primária à Saúde?

É bom lembrarmos que Florianópolis possui uma infra-estrutura boa, (do ponto de vista físico), então, por que não investir na qualidade desses serviços com recursos materiais (equipamentos e outros materiais) e em trabalhadores em quantidade suficiente e principalmente em qualidade?

São questões que este estudo possivelmente não conseguirá responder, mas deixo aqui uma reflexão.

Neste estudo, majoritariamente os ACS pertencem ao sexo feminino. Dos entrevistados, apenas 1 era do sexo masculino. É que as ações de saúde, principalmente as ações de enfermagem têm cabido à mulher, possivelmente pela relação que se tem, estabelecido historicamente, que os cuidados da família, dos idosos, dos carentes, são tarefas que cabem à mulher, aproximando-se do trabalho doméstico.

Isso nos remete a pensar na *profissão de enfermagem que é quase exclusivamente feminina (94,1%), com afazeres profundamente ligados ao gênero* (PEREIRA & SILVA, 1997, p.19).

Ao falarmos da imagem da enfermeira e da enfermagem, devemos levar em consideração os condicionantes da vida da mulher, uma vez que ambas desempenham

papéis similares, e freqüentemente, sua atuação se dá num cenário e cultura que não valorizam seu trabalho Wrigth apud (PEREIRA & SILVA, 1997).

Portanto, trabalho de mulher e trabalho de enfermagem, relacionam-se com o cuidado, que segundo Pereira & Silva (1997, p. 26) é

A representação construída em torno do curar, considerada atividade médica, é de permanência simbólica, muito mais significativa do que aquela construída em torno do cuidar do corpo doente ou sadio, atividade mais identificada à mulher e à enfermeira. A cura é um ato impregnado de mitos e simbologias, [considerado atividade médica], enquanto que o cuidado é entendido como um ato banal e repetitivo do cotidiano feminino, [considerado atividade de enfermagem].

O cuidado da saúde, histórica e culturalmente, é de responsabilidade do sexo feminino, isso se reflete até hoje nas ações de enfermagem, que são caracterizadas como um trabalho feminino, porque está ligado ao trabalho familiar, onde a mulher sempre ocupou este espaço. À época, a enfermagem era tida como eminentemente prática, executora apenas de “tarefas domésticas de rotina, que não exigiam qualquer julgamento, nenhum espírito crítico, nenhuma iniciativa” Collière apud (RODRIGUES, 1997, p.69).

A mesma autora ainda coloca que “a enfermeira antes de desempenhar seu papel de profissional, já incorpora ao seu campo comportamental, o da mulher carregada de historicidade Collière apud (RODRIGUES, 1997, p.114).

Diz também que a enfermagem deva construir uma nova imagem, feminina sim, mas com um projeto político consistente e bem fundamentado, que coloque a enfermagem em um patamar de real destaque, em conformidade com o trabalho que é desenvolvido por ela, em benefício da sociedade Collière apud (RODRIGUES, 1997).

A escolha por um determinado trabalho geralmente tem relação com o perfil profissional, por interesse na área, por aproximação ao seu estilo de vida, mas nos dias de hoje quase sempre (em virtude do alto índice de desemprego, como já foi assinalado) a escolha não é uma decisão do indivíduo e sim das oportunidades (que são poucas), oferecidas aos sujeitos trabalhadores.

Neste estudo, os sujeitos optaram ou escolheram ser ACS, além dos motivos já referidos anteriormente, por uma questão de espírito de solidariedade e ajuda à

comunidade, para resolverem seus problemas, embora não tivessem claro qual era o seu trabalho e como poderiam ajudar.

Relatam que eles escolheram ser ACS porque gostam de trabalhar em saúde, de cuidar de doentes, de visitar as pessoas, de ajudar à comunidade e que gostariam de propiciar, o acesso aos serviços de saúde, à população.

Percebe-se que o ACS tem um certo receio de relatar formalmente que escolheu ser ACS por estar desempregado. Possivelmente este receio pode se dar pelo fato de que ele se sente mal, sendo um sujeito “desempregado”, pois pode ser visto como uma pessoa “sem classe”, “sem instrução”, “desvalorizada”. Acredita que ao explicitar em querer ser ACS apenas por necessidade de emprego (sobrevivência) e não por opção, poderia contar negativamente para a sua seleção, perdendo essa oportunidade de trabalho.

Pouco a pouco, o capitalismo foi reduzindo o trabalho humano ao emprego. O trabalho é aqui entendido como uma atividade social, destinada a se inscrever no fluxo das trocas sociais da sociedade. Sua remuneração atesta esta inserção, além de horários fixos, sujeição a normas profissionais e institucionais, possibilidade de controle social Vervier apud (CNBB, 1999).

Mas o trabalho, na minha opinião, deve ser algo que dignifique o homem.

Neste momento que estamos vivendo, com a atual conjuntura política-econômica e social excludente, que privilegia uma minoria em detrimento da maioria da população desassistida, sem qualquer direito garantido, é expropriada do seu maior significado de vida: o trabalho, que faz garantir a sua dignidade e qualidade de vida.

Essa situação é fruto previsto das mudanças econômicas, técnicas e políticas, acontecidas recentemente. Entre elas a diminuição da mão de obra causada pelos grandes avanços tecnológicos, as políticas neoliberais que priorizam o lucro, a concentração de renda e a eliminação de postos de trabalho.

Essa visão histórica e prospectiva, mais ampla, não nos distancia, porém, da gravidade do problema concreto do desemprego. Isso porque atualmente o trabalho assalariado ainda é a fonte principal de sobrevivência, da maior parte da humanidade, fonte de integração social, de identidade e do sentido de vida das pessoas, promovendo a partir do trabalho, a sua busca da qualidade de vida Oliveira apud (CNBB, 1999).

Há a luta pelo ideal mais corriqueiro de arranjar um emprego para assegurar a sobrevivência com dignidade, o direito de trabalhar para viver, ele nos dá condições de optar, nos concede a cidadania, nos possibilita ser donos de nosso destino, talvez essa seja a razão de tantos Florianopolitanos estarem concorrendo a uma vaga de ACS, no município.

Essa “não ocupação” de importante parcela da população brasileira, acumulada historicamente, toma hoje novas proporções. Suas causas tornam-se mais complexas com a reestruturação produtiva, com menos empregos, que está acontecendo neste final de século, com importantes conseqüências negativas.

Concordo com Gentili (1995, p. 177) quando coloca que

não existe qualidade com dualização social. Não existe qualidade possível quando se discrimina, quando as maiorias são submetidas à miséria e condenadas à marginalidade, quando se nega o direito à cidadania a mais de dois terços da população, então, qualidade para poucos não é qualidade. É privilégio.

Numa sociedade em que a identidade da pessoa é definida pelo emprego, o fato de ser desempregado tem como conseqüência uma biografia pessoal e familiar fragmentada. Em geral, as tentativas individuais de saída e sobrevivência, os biscates, etc. fazem com que as pessoas não tenham acesso aos direitos e ao sistema de proteção social, comprometendo ainda mais a sua qualidade de vida e seus direitos de cidadão Vervier apud (CNBB, 1999).

A precariedade das relações e as incertezas do mundo do trabalho afetam, em maior ou menor grau, a todos, e questionam os próprios fundamentos da sociedade atual.

Numa sociedade como a nossa, marcada por diferenças e desigualdades, em que a maioria é marginalizada e excluída, não se pode desconhecer que as condições econômicas não favorecem o exercício da cidadania e a democratização do Estado.

Hoje temos um Estado privatizado, a serviço de elites, centralizado, ausente ou ineficiente, na área de serviços públicos, que, a pretexto de não se intrometer na economia, privatiza estatais e sucateia a área social, em nome do Estado Mínimo Neoliberal, enfim um Estado pragmático, abdicando de sua soberania e auto-determinação, assumindo uma

postura de dependência político-econômica-comercial e social, em detrimento do povo brasileiro Oliveira apud (CNBB, 1999).

Valla citando Genro (1999, p. 3) fala a respeito da reforma do Estado e a globalização. Segundo ele o

projeto de reforma do Estado e de desenvolvimento econômico alternativo à economia e à política hoje hegemônicas na América Latina, independentemente da sua origem política, a grande maioria tende a aplicar medidas semelhantes: privatizações selvagens, políticas compensatórias para os pobres, sem, no entanto, pretender incluí-los na sociedade formal; a redução da capacidade indutora e reguladora do Estado e a socialização das eventuais perdas do capital financeiro. A principal contradição do processo de globalização: se, de um lado, cada política de ajuste resulta num aumento de pobreza e desemprego em cada país, de outro lado, a lógica da globalização está longe de oferecer uma solução, pois exige a inversão de grandes massas de capital concentradas para integrar a economia nos padrões competitivos pautados pela revolução digital-informática.

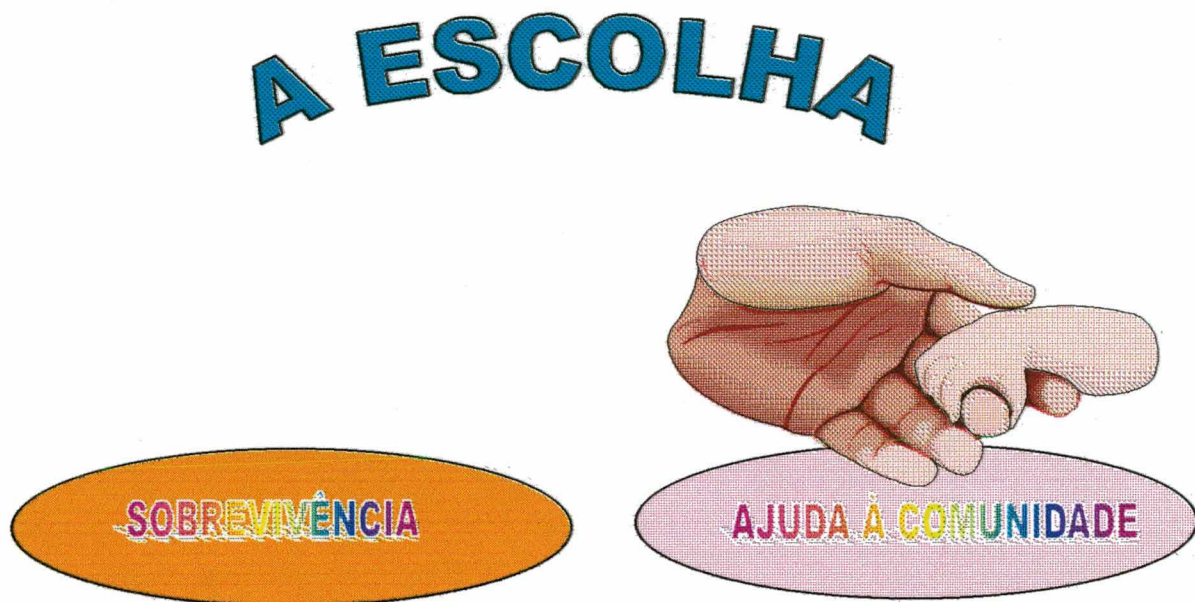
Acrescenta ainda, e isso se constata diariamente, de que

os grandes meios de comunicação tendem a reforçar essas medidas com uma nova cultura despolitizante que procura convencer a sociedade de que o processo de globalização não deixa outra saída a não ser resignar-se à exclusão social como inevitável Genro apud (VALLA, 1999).

Entre os sujeitos de estudo a escolha para ser ACS, na verdade, se deu objetivamente por que procuravam emprego, para responder a uma necessidade, que pode ser de sobrevivência, de troca e, subjetivamente por que tinham vontade de ajudar a comunidade, de participar, de ser solidário, atributos essenciais para qualquer trabalho.

Conforme pode ser observado na figura 1 a escolha pelo trabalho em saúde como ACS se deu basicamente por duas razões fundamentais:

Figura 1 – Escolha pelo Trabalho em Saúde como ACS



O fator importante para a escolha foi a procura por um emprego, alguns ACS (não a maioria) relatam esses sentimentos, apesar de todos estarem desempregados, no momento da seleção do programa. Observe algumas falas:

... eu estava desempregada (ACS8).

... eu estava procurando emprego, e apareceu essa oportunidade (ACS11).

... hoje eu estou trabalhando, e preciso deste dinheiro para ajudar a sustentar minha família (ACS12).

Queria ajudar a minha comunidade a ter mais saúde e por que eu estava desempregada (ACS13).

O sentimento de ajuda e solidariedade permeia quase todas as falas, pois acreditam que participando como ACS podem estar mais perto das soluções dos problemas de saúde da comunidade. Veja algumas falas a respeito:

...eu queria trabalhar na área da saúde, eu já era voluntária da paróquia e fazia visitas aos doentes... (ACS1).

... eu queria trabalhar com o público da periferia, gosto de ajudar os mais necessitados... (ACS3)

Para poder atender as pessoas idosas e carentes de afeto, eu gosto de conversar com as pessoas, de levar uma palavra amiga... (ACS6).

Também aparece a preocupação com o acesso da comunidade ao Centro de Saúde. Alguns relatam que queriam conhecer a forma de melhorá-lo, além de colocar mais humanidade na atenção, possivelmente atributo não experimentado quando da procura aos Serviços de Saúde, que são frios, deterministas em cumprir apenas a tarefa em si, esquecendo-se de que os sujeitos, que procuram esses serviços, são dotados de crenças, valores, opiniões, sentimentos.

O fato de explicitarem “os mais necessitados, os carentes de afeto” corrobora com o que foi dito anteriormente, ao mesmo tempo, que pode estar evidenciando que os próprios ACS sabem que este programa foi pensado para os pobres. É quase uma incorporação do *discurso oficial*, mas a seu jeito. As falas a seguir nos credenciam a dizer que há um problema grave, no que diz respeito ao acesso aos Serviços de Saúde, (pelo menos em nível primário), muito embora, Florianópolis tenha, em quase todos os bairros da cidade, um Centro de Saúde. Os ACS evidenciam, mesmo antes de se apropriarem do conhecimento, que há um problema: o acesso aos Serviços de Saúde não está garantido à população. Observe a fala a seguir:

Queria saber o que há de errado na minha comunidade, que não tem acesso ao posto... (ACS5).

Essa é uma verdade, sentida por eles e pela população em geral, como usuários do SUS, pois o acesso é minimamente garantido, somente no nível primário de atenção, compreendido pela rede básica de saúde, ainda assim, estão sujeitos às normas de prioridade municipal, isto é: a criança e a gestante, levando ao cidadão comum adulto, adolescente, idoso, a garantia de uma ação terapêutica nos Centros de Saúde, somente após uma longa espera e enfrentamento de filas.

O acesso aos níveis secundário e terciário é um drama para a população. O sistema de referência da rede básica para os níveis acima referidos é um dos graves e emergentes problemas, que enfrenta a sociedade florianopolitana, obviamente, os que não possuem qualquer outra forma de ascender aos Serviços de Saúde.

Na verdade com a implantação do PACS aumentou consideravelmente a demanda aos Centros de Saúde, ao mesmo tempo em que o Poder Municipal não investiu o necessário na estrutura dos Centros de Saúde; não garantiu melhorias nas condições de trabalho nessas unidades, tanto em recursos físicos e materiais, quanto em número de trabalhadores de saúde qualificados para atuarem. Quer dizer, o programa assim pensado e operacionalizado pode mais uma vez ter apenas como meta compensar a população, que pensa que está sendo atendida e os Serviços de Saúde, que pensam que estão assistindo.

Por conta desse fato (de condições inadequadas de trabalho), percebe-se que há uma certa resistência dos trabalhadores efetivos lotados nos Centros de Saúde aos ACS, possivelmente, por acarretar mais trabalho aos mesmos.

No primeiro contato que tive com os ACS, no seu local de trabalho, na comunidade, percebi um certo medo, por parte dos mesmos, de estarem sendo avaliados, o que foi esclarecido imediatamente que esse não era o papel do pesquisador, da mesma forma que passavam uma profunda responsabilidade, e vontade de resolver os problemas da comunidade.

Em relação à visão do papel do agente comunitário, esta é muito complexa e diversificada, conforme podemos observar na figura 2, a seguir:

Figura 2 – Visão do papel do Agente Comunitário da Saúde



Nas falas dos sujeitos do estudo se pode constatar, em sua maioria, que os mesmos acreditam que o papel do ACS é de cadastrar as pessoas, talvez por que essa foi sua primeira tarefa, ficando, em média, 3 meses nesta atividade.

Observe algumas falas:

...é uma pessoa que faz o censo, como aquela do IBGE, que trabalha andando na comunidade, só que cuidando da saúde.. (ACS1)

É aquele que faz o cadastro azul. .. (ACS8)

Ele realiza o cadastro das famílias de sua área e faz a busca ativa.. (ACS4)

Outros referiram ser o elo de ligação entre o posto e a comunidade, alguns usavam a palavra “cobrar”, na forma de policiar a saúde das famílias, até com certa autoridade, ou na forma de encaminhar as pessoas para o posto, sem uma visão educativa em saúde, como pode ser percebido nas falas que seguem:.

É o elo de comunicação com o posto, pega o doente na sua casa e leva para o posto... (ACS2)

Ele cobra da comunidade, para que ela tenha higiene e cuide de sua saúde, que vá ao médico e procure o posto, quando precisa... (ACS5)

Alguns ACS (a minoria) explicitaram suas preocupações em relação à prevenção e educação em saúde, na forma de visitas domiciliares, escuta, orientação, busca ativa, relações humanas e amizade. Essas opções, executadas de forma individual, dependem em muito, do perfil de cada ACS. Veja algumas falas a respeito:

O ACS para mim é aquele que trabalha com o mais pobre, que vai nas casas, fazer visita domiciliar e ajuda o próximo.. (ACS3)

É o amigo da comunidade, é aquele que ouve a comunidade, seus problemas e tenta ajudar a ter mais acesso ao posto... (ACS7)

É a pessoa que orienta, informa, é o psicólogo que escuta a comunidade e sabe de seus problemas.. (ACS9)

Embora neste estudo não tenha aparecido de forma expressiva o ACS como ouvidor da comunidade o psicólogo, como ele se intitula, na minha experiência essa é uma temática que aparece, freqüentemente, nas discussões informais com os ACS. Talvez, o ACS seja aquele sujeito que, antes ouvia a comunidade, mas que estava dentro do posto, o recepcionista, agora essa tarefa cabe a ele.

É preciso que, o ACS sendo ouvidor e conhecedor dos problemas da comunidade, tenha também acesso aos Serviços de Saúde, e aos profissionais do Centro de Saúde, para

juntos buscarem as soluções. Caso contrário, se corre o risco de o ACS se desestimular, pois ele encontra os problemas e não tem a resolução, da mesma forma que a comunidade, poderá não mais aceitar a visita do ACS. Veja a fala abaixo:

a comunidade refere que ele [o ACS] só faz perguntas e preenche papel, mas não resolve seus problemas, nem seu acesso ao posto (ACS5).

Parece que os ACS não foram preparados, politicamente, para o exercício de sua cidadania e, muito menos, para estimular a comunidade, no sentido de reivindicar e garantir os seus direitos, pois parecem ter introjetado as características de benevolência, de caridade. Não se percebeu nenhum indício, nas falas dos sujeitos, que a saúde é um direito, assegurado em lei, e que é preciso a luta conjunta.

O fato de aparecer como um trabalho para os pobres, corrobora, na minha opinião, mais uma vez que este programa, além de outras razões já explicitadas neste estudo, foi pensado e dirigido aos pobres.

O trabalho do ACS está desarticulado, tanto dentro do Centro de Saúde quanto da comunidade como um todo. Ele não tem retorno de suas ações, realizadas na sua micro-área. Na realidade não tem uma visão geral. Ele conhece a sua micro-área, da qual ele é responsável, em buscar dados, para alimentar as fichas do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, encaminhadas mensalmente para a Secretaria de Saúde, através do enfermeiro supervisor, dados esses, na maioria das vezes, que não chegam ao conhecimento dos profissionais do Centro de Saúde ou da comunidade, (como retorno das informações produzidas).

A realidade do trabalho do ACS é muito diversificada, dentro de Florianópolis. Depende da organização comunitária, da forma de encaminhamento e da relação do Enfermeiro supervisor com a comunidade e o Centro de Saúde. Nas comunidades organizadas, onde existe Conselho Local de Saúde, os ACS têm prestado esclarecimentos do seu trabalho a este Conselho, como por exemplo, a discussão sobre os problemas de saúde da comunidade, o reconhecimento dos dados epidemiológicos e o seu papel na comunidade.

Na minha experiência, como enfermeira supervisora do PACS, os marcadores de saúde¹⁵, que cada ACS realiza em sua micro-área são apresentados mensalmente ao Enfermeiro, na forma do relatório do SIAB. Estes são compilados e apresentados na globalidade da área de abrangência do Centro de Saúde, aos ACS e ao Conselho Local de Saúde, para que eles tenham a noção da totalidade da sua comunidade.

Essa ação de devolução de informações, sobre a situação de saúde da comunidade, ainda não é a tônica do município. Dependerá muito da relação entre o trabalho coletivo e a formação da enfermeira supervisora, na área da saúde pública, ou que este tenha uma compreensão política de saúde, o que nos remete a uma discussão sobre o controle social e participação popular, já comentado neste trabalho.

Na realidade, o que se escuta, o que se fala e o que se percebe, é que o ACS é a “cara” da Enfermeira supervisora, que tem a visão da realidade, conforme a vive. Depende, na verdade, da relação dialógica ou não que é exercida entre a enfermeira supervisora e o ACS e ambos, com o Centro de Saúde e a comunidade.

A enfermeira tem uma responsabilidade muito grande, no dia a dia, da formação do ACS, porque dependendo da visão de mundo, da visão de saúde comunitária que essa Enfermeira tem, o ACS vai caminhar para uma formação mais comunitária, mais coletiva, mais participativa, mais cidadã, ou para uma formação bancária, controladora ou apenas executora de tarefas.

Não está explícito, no programa, que o ACS deva ser um controlador, mas a intuição para eles agirem assim, ou o fato de expressarem isso, pode estar relacionado ao modo como foram treinados ou ainda pode ser uma maneira de exercerem o poder, ou do seu perfil enquanto pessoa, mas principalmente pelo fato da sua formação estar deficiente, em relação ao seu papel.

Isso pode gerar conseqüências para a comunidade e para o próprio trabalhador, que vai encontrar resistência na comunidade, quando esta perceber que o ACS está sendo um controlador de sua vida.

Uma discussão aqui pode ser levantada, embora não sendo objeto desse estudo aprofundá-la. Se pensarmos que o ACS é um sujeito da comunidade, por que ele não foi

¹⁵ São as fichas do SIAB que o ACS deve preencher mensalmente- criança, gestante, hipertenso, diabético, hanseníase e tuberculose.

escolhido pela mesma? Será que esse caminho seria intransponível? Hoje com o incentivo da própria Secretaria de Saúde e Conselho Municipal de Saúde de criar Conselhos Locais de Saúde¹⁶, em todas as áreas de abrangências dos Centros de Saúde, não seria este um local legítimo de discussão acerca da escolha e seleção dos ACS, que irão trabalhar para aquela comunidade?

Uma outra questão que aparece neste estudo, diz respeito à formação da Enfermeira em saúde comunitária. Esse estudo aponta alguns problemas em relação ao tema, especialmente na relação entre o ACS e o papel de supervisora que a Enfermeira exerce.

Isso retrata, em parte, a formação que as Enfermeiras têm nas universidades, muito mais dirigida à parte curativa e intra-hospitalar. É acrescido a isso, que o modelo assistencial vigente, mesmo o nível de atenção primária, ainda é mais curativo do que preventivo. O trabalho é internalizado aos Centros de Saúde. A enfermeira espera que a demanda se apresente, atitude essa que não é um privilégio da categoria, é uma constante no dia a dia, dos Centros de Saúde. Por isso não tem a prática do diálogo, do ir e vir que é costumeiro, quando se tem a prática de um trabalho comunitário, (embora ocorra isso, ainda é a Enfermeira quem mais se desloca à comunidade).

As Enfermeiras que estão no programa, em sua maioria, não têm formação em saúde coletiva. Geralmente atuam dentro dos Centros de Saúde, em programas específicos, seja na assistência ou na coordenação dos mesmos, o que muitas vezes dificulta o trabalho coletivo com os ACS e a comunidade. A maioria das Enfermeiras Supervisoras têm dupla ou tripla função, ou seja, fazem assistência dentro do Centro de Saúde, são as coordenadoras e ainda, muitas vezes, as supervisoras dos ACS. Essa dupla ou tripla função faz com que a Enfermeira se sobrecarregue, priorizando o trabalho dentro dos Centros de Saúde.

Em trabalho realizado por Faria (1998) em sua tese de doutorado, a autora relata essa mesma situação, em que os profissionais de saúde estão *internalizados*, não conhecem a comunidade onde trabalham e estão aí, apenas, para cumprir tarefas, isto é, tantas consultas, tantas vacinas, etc. etc.

¹⁶ Os Conselhos Locais de Saúde são formados por Associações de Moradores, Profissionais do Centro de Saúde, Entidades representativas da Comunidade, Escola, Creche e usuários do SUS.

Possivelmente, quando se fala que o ACS é a “cara” do seu enfermeiro supervisor, estamos relacionando o tipo de formação e atuação que o mesmo pratica.

A respeito do Curso de Formação para os ACS, apenas 3 dos entrevistados não participaram do mesmo, pois ingressaram no programa, após o treinamento, e este não foi oferecido novamente.

Cabe aqui ressaltar que o processo de formação do ACS, se deu sob a responsabilidade do Departamento de Saúde Pública da UFSC, que organizou todo o processo, qual seja: primeiramente, ocorreu a formação dos enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde; depois esses mesmos enfermeiros construíram o processo de treinamento dos ACS. Como resultado dessa organização do programa, os ACS foram reunidos em grupos e os enfermeiros ficaram responsáveis para ministrarem o referido treinamento.

O programa de treinamento foi dividido em 5 dias, com os temas que podem ser observados no quadro 1, a seguir:

Quadro 4 – Programa de Treinamento para os ACS, do município de Florianópolis, 1999.

1º DIA	2º DIA	3º DIA	4º DIA	5º DIA
Políticas de Saúde, ética, processo saúde/doença, conceitos de saúde, cidadania, controle social, conferência e conselhos .	Hipertensão, diabete, hanseníase, tuberculose: construção das fichas de Acompanhamento das doenças acima.	Saúde da Mulher: gravidez, parto, puerpério construção das fichas de acompanhamento da gestante	Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento infantil, desnutrição, doenças da infância vacinação.	Acompanhamento de crianças de 0 a 5 anos: construção das fichas de acompanhamento da criança. Avaliação do curso

A formação dos ACS se deu em 2 momentos: primeiro, foram treinados 900 ACS para realizarem o cadastramento, sob a responsabilidade do setor de Planejamento da SMS, em parceria com o Departamento de Saúde Pública/UFSC, realizando o cadastramento, com uma carga horária de 20 horas semanais. No segundo momento, foram treinados 720 ACS e contratados para exercerem suas funções, na sua micro-área. Entretanto, houve um

problema na relação *tempo do cadastramento*, que era a primeira prática realizada pelos ACS que ocorreu após o 1º. momento do treinamento do ACS (o treinamento dado pelos técnicos do setor de planejamento) e o segundo momento, (o treinamento dado pelas enfermeiras).

Explicando um pouco mais: a entrada do ACS no PACS, se deu em vários momentos e por esta razão alguns que estavam na prática do cadastramento, (não haviam terminado esta atividade) começaram a segunda etapa (treinamento do ACS), razão pela qual, os sujeitos deste estudo relatam que, após esse treinamento com as Enfermeiras voltaram ao cadastramento, que durou em média 2 a 3 meses, e quando começaram a atuar nas demais atividades do ACS, já tinham esquecido o treinamento específico. Veja a fala abaixo:

fiquei muito tempo fazendo cadastramento, eu tive que estudar tudo de novo, porque demorou muito para eu começar a praticar na minha área, só agora que estou fazendo o curso de auxiliar, sinto-me mais preparado... (ACS2)

Os ACS, ainda relatam que o tempo do segundo momento do treinamento foi muito reduzido, para tantos assuntos importantes, além do grupo ser muito grande, para a dinâmica do curso, (em geral eram 40 ACS, por grupo). Todos relataram que o material do curso foi bom e as enfermeiras dominavam os temas apresentados, a maioria com muita criatividade.

Enfatizam que o treinamento inicial foi reduzido e acreditam que é necessário que haja continuidade, pois caso contrário, vão aprendendo com a prática e, isso pode levar a conseqüências imprevisíveis.

Observe algumas falas:

achei o curso muito rápido e deveríamos ter mais vezes, mas aprendi com o dia a dia e com os outros ACS, além de tirar as minhas dúvidas com a minha supervisora... (ACS13).

já faz tempo que eu sou ACS mas sempre temos dúvidas, as pessoas perguntam coisas que nós não sabemos, precisamos de mais treinamento igual aquele, mas poderia ser um assunto de cada vez, foi muito assunto junto e a metade você esquece... (ACS9).

Esse estudo alerta quanto à luta antiga da enfermagem catarinense, que defendeu e que ainda defende, que nenhum trabalhador de enfermagem deva prestar assistência, sem qualificação específica, seja em nível hospitalar ou comunitário. Mas essa luta ainda não está definitivamente conquistada, pois recentemente o Ministério da Saúde lançou o programa de profissionalização do Auxiliar de Enfermagem - PROFAB, que pretende qualificar todos os atendentes de enfermagem no país, o que vem ao encontro das aspirações da enfermagem, entretanto, exclui desta qualificação os Agentes Comunitários de Saúde. É no mínimo estranho, no momento em que se acaba com a figura do atendente, se cria uma outra, sem qualificação.

Além do mais, esta diretriz do PROFAB vai ao encontro ao Manual de Normas e Diretrizes do Ministério da Saúde, a respeito da capacitação do ACS, como já referido acima.

No momento em que Ministério da Saúde- PROFAB nega a qualificação desta categoria que já está difundida em todo o país, mais uma vez a saúde está sendo pensada, pelo Governo, apenas com medidas ocasionais (compensatórias) que atendem, antes de tudo, aos compromissos de um estado mínimo, desqualificando a atenção à saúde da população, especialmente os mais pobres e no caso dos ACS, que mais adiante, poderão ser os atendentes do futuro, sendo mal remunerados e sem qualificação profissional adequada.

Recentemente, no Senado Nacional, após a assinatura do Presidente Fernando Henrique Cardoso, do Decreto Lei nº 3189, de 4 de outubro de 1999, que reconhece o trabalho dos agentes comunitários de saúde, fixando diretrizes para o exercício das atividades do agente, estavam presentes mais de 600 ACS dos Estados de São Paulo, Ceará, Goiás, Bahia, Rio de Janeiro, Pernambuco, Piauí, Paraíba, organizados em Associações municipais, estaduais, federação e confederação nacional, exigindo do Governo Nacional a regulamentação profissional da categoria, conforme projeto de lei nº 332/95 e a valorização salarial. Os ACS, em nível Nacional, estão organizados como Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde- CONACS, editam um jornal **AGENTE FORTE**, com tiragem de 20.000 cópias, onde tratam os assuntos de organização da categoria (Anexo).

A enfermagem não se fez presente e mais uma vez se vê a organização dos trabalhadores de enfermagem, empreendendo uma luta fragmentada. Cada qual com a sua organização, quando deveriam estar todos unidos, aumentando seu poder de luta e força.

Mesmo com perfil para ser ACS, nada impede que todos tenham o direito à formação, para exercerem as suas atividades com competência e segurança.

O trabalho em saúde coletiva não é um trabalho simples, como muitos pensam. Ao contrário, é um trabalho que demanda muita paciência, muita articulação, muito respeito e muito estudo, pois se pressupõe que deva ser, antes de tudo, um trabalho antecipado, isto é, aquele que prevê, aquele que faz acontecer as relações entre as causas e os efeitos, negando neste caso, a linearidade que se costuma praticar, na relação saúde e doença.

As pessoas que trabalham em saúde coletiva, por estas razões, devem ter formação nesta área, seja médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar, pois se pode correr o risco de aprofundarmos ainda mais à distância que já existe entre os Serviços de Saúde, a população usuária desses serviços, e a população em geral.

Um outro aspecto que vale a pena mencionar neste trabalho, diz respeito à seguinte pergunta: Será que Florianópolis precisaria deste programa? Faço esse questionamento porque o município já dispõe do PSF, no qual cada equipe é composta de : 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares ou técnicos de enfermagem e até 10 ACS, para cada 1000 famílias.

O maior problema em implantar esse programa conforme as suas normas, é que as equipes estão se responsabilizando por um número excedente de famílias, (não é respeitado o número de 600 a 1000 famílias, por equipe), seguido de um outro problema estrutural e funcional, que é o perfil dos profissionais que, hoje, fazem parte do programa, nas 25 equipes implantadas em Florianópolis (a maioria não tem formação na área).

Na realidade, foram implantados, quase que ao mesmo tempo, 2 programas que poderiam trabalhar em conjunto, mas, por falta de articulação e planejamento central, estão realizando trabalhos paralelos, dificultando o atendimento integral à população.

A Secretaria Municipal de Saúde, convocou, no dia 08 de Agosto de 2000, uma reunião com os profissionais do PSF e ressaltou a importância de, à partir desta data, todos profissionais trabalhem dentro do modelo do PSF proposto para o município; também aplicou um questionário levantando com os temas que deverão ser tratados num

treinamento para esses profissionais do PSF. Lembrou o Secretário da Saúde que até meta é atingir 40 equipes do PSF.

O agente comunitário do PACS, em geral, não está articulado com a equipe, seja no PSF ou não, trabalhando, muitas vezes, somente com a enfermeira supervisora, que em alguns locais, não é a mesma da equipe do Centro de Saúde. Então, o que podemos observar na maioria dos Centros de Saúde de Florianópolis, são 25 equipes do PSF trabalhando no modelo antigo, centrado na consulta médica e esperando a demanda espontânea e os ACS, trabalhando na mesma área, mas desarticulados das ações de saúde do Centro de Saúde.

Se esse programa funcionasse como foi previsto, no qual os profissionais devem estar articulados com a comunidade, organizando a demanda ao Centro de Saúde, possivelmente se estaria enunciando um novo modelo assistencial, em que o diálogo é o que prevalece, em que os problemas de saúde seriam tratados não como originários do biológico, mas a saúde teria um entendimento de determinação social e como tal, haveria necessidade de se trabalhar as questões determinantes, no processo de viver, adoecer e morrer. Talvez esse seja o desejo, no treinamento aos profissionais, que está sendo pensado.

Claro que existem alguns problemas. Dentre eles destaco alguns, como já referido, por exemplo: o número de famílias é muito superior às capacidades da equipe, que de forma organizada possa atender, com qualidade, a população de sua área de abrangência; a prática dessas equipes ainda é a de se internalizar nos Centros de Saúde, sem articulação com a comunidade, pois as mesmas não possuem o perfil de saúde comunitária; muitos profissionais entraram no programa, pois estavam sendo pressionados a cumprirem o horário integral, além de, no PSF, receberem um salário bem maior que o da rede municipal.

Nos casos em que a enfermeira do PACS não faz parte da equipe do PSF, do Centro de Saúde, a qual faz parte da sua micro-área, os ACS não têm nenhuma articulação com a mesma. Os ACS, geralmente, trabalham sós, desarticulados e quando ocorre, essa é com o enfermeiro, como já referido. Observe a fala a seguir:

acho que nós precisamos saber mais sobre a rotina do posto, as pessoas perguntam e nós não sabemos responder porque não temos

acesso ao posto, [só com o enfermeiro supervisor]... Só os que fazem o Curso de Auxiliar é que podem entrar no posto. E agora [para os que estão fazendo o Curso de Auxiliar] o pessoal do posto respeita mais, quando eu era só ACS eles diziam que a gente só atrapalhava o serviço deles... (ACS3)

Há, ainda, uma outra situação, em que os ACS que têm escolaridade necessária mas não tiveram as vagas para cursar o auxiliar, pois o curso foi programado para 270 ACS, o que é compreensível. Até o momento não se tem nenhuma notícia de continuidade desta formação, para os demais 341 ACS, que estão trabalhando sem qualificação. Hoje, após discussão acerca da formação e funções do ACS, na 4ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 01 julho de 2000, a Secretaria de Saúde/ Coordenação do PACS, está programando novo treinamento para os mais de 100 ACS que entraram, após o início do programa, e que estão sem formação.

Um outro ponto, que de certa forma caracteriza o programa como algo pensado, sem estratégia, para a sua continuidade, com qualidade assistencial e com trabalhadores qualificados, diz respeito àqueles, que no momento de seu ingresso, não tinham a escolaridade requerida para se qualificarem.

O programa não apresenta critério de grau de escolaridade. O ACS tem apenas que saber ler e escrever. Atualmente não há registros oficiais sobre o número de ACS que não possuem o 1º grau completo, acredito, que deva ser em média, 40% dos ACS sem escolaridade.

Creio que seria oportuno colocar aqui, pois acredito nesta perspectiva, de que se poderia ter pensado em oferecer Cursos Supletivos ou cursos de educação para adultos no nível de 1º. e 2º. graus, aos trabalhadores que ingressaram neste mercado de trabalho. Estou falando sobre isso porque, além de acreditar que a assistência deva ser prestada por pessoas qualificadas, profissionalmente, também acredito que se poderia investir nesses sujeitos, que em suas vidas não tiveram a oportunidade de frequentar escolas, regularmente

No objetivo geral das Normas e Diretrizes do PACS consta que o

Sistema Único de Saúde deverá incorporar os agentes comunitários de saúde, profissionalizados em auxiliares de enfermagem, para desenvolverem ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde/doença; funcionar como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde, contribuindo, com a

comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde (MS/PACS, 1994, p.8).

Em parte, a experiência de Florianópolis contempla o que foi dito acima. Resta apenas considerar que o programa de qualificação desse trabalhador não pare aí, numa atitude, em que todos possam ter as mesmas possibilidades

O documento dos princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS¹⁷ ainda diz que

os recursos humanos, no setor saúde, são a base para a viabilização e implementação dos projetos, e dos serviços e ações de saúde, disponíveis para a população. Sabe-se que o investimento nos recursos humanos irá influenciar, decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho, é um caminho prático e certo, para o avanço na implementação do SUS (MS/NOB/RH, 2000, p.12).

Segundo os sujeitos deste estudo, a respeito da sua formação, são unânimes em dizer que gostariam de fazer o Curso de Auxiliar de Enfermagem. Os que estão fazendo o referido curso relatam, que depois de formados ingressarão em outra instituição ou na própria Secretaria de Saúde, agora como Auxiliar de Enfermagem, deixando de ser ACS, pois pretendem receber um salário melhor.

Aqui, merece um questionamento: por que os ACS dizem que ao serem qualificado deixarão de exercer as funções correspondentes? Será, colocando mais uma vez, que esse trabalho deve ser desenvolvido por pessoas sem qualificação profissional? ou por que eles já sabem que, como ACS, não receberão um aumento salarial, sendo Auxiliar de Enfermagem?

Parece-me que estas questões têm relação direta com o propósito para o qual foi pensado o ACS. Nada impede que estes sujeitos, uma vez qualificados, permaneçam nas suas funções, pois isso seria um grande avanço na operacionalização das ações de saúde. Seriam mais qualificadas e a população seria melhor atendida.

Entretanto, é bom lembrar aqui, que a Secretaria de Saúde do município, de Florianópolis, deixou claro aos ACS que estão fazendo o Curso de Auxiliar de Enfermagem, que não pretende contratá-los como tal para exercerem o trabalho de ACS,

¹⁷ NOB/RH – são as Normas Operacionais Básicas que discutem a formação dos Recursos Humanos no SUS.

mas que essa atitude (a da Secretaria) é o de estar dando uma oportunidade a esses sujeitos para terem uma qualificação para o mercado, denominando tal “oportunidade” de “meu primeiro emprego”.

Se por um lado, os ACS são sujeitos adultos e que, por isso mesmo, merecem ser tratados como tais, não poderia, na minha opinião, serem “alvo” de um jogo político, em que o futuro como trabalhadores qualificados é imprevisível, de outro, esses ACS, em geral, já tiveram outros empregos, quase sempre sem qualificação profissional, exemplos como: babá, doméstica, auxiliar de limpeza, auxiliar de escritório, balconista no comércio e supermercado, donas de casa, e outros, quer dizer, esse não foi, para a grande maioria, o seu primeiro emprego.

Do exposto anteriormente, se percebeu neste estudo, que os ACS que não fazem o Curso de Auxiliar, se sentem excluídos. Por um lado, por não terem a oportunidade de galgar em sua escolaridade, necessária para qualquer qualificação, de outro, os que já a têm, não vêem qualquer perspectiva em realizá-lo. Referem, ainda, que poderiam ter as mesmas condições de trabalho (os que fazem auxiliar tem carga horária reduzida, pois estudam na hora do trabalho) para concluírem o 1º grau de escolaridade.

Neste cenário, há ainda os que não tiveram nenhum treinamento oficial e estão exercendo as atividades de ACS, o que pode gerar problemas, colaborando com a não qualificação do trabalho, em saúde. Geralmente, recebe treinamento da Enfermeira supervisora da área e este, se dá na prática.

A insatisfação entre os ACS que não estão tendo as mesmas possibilidades é geral. Todos gostariam de ter mais acesso à informação e formação como ACS.

No Manual de Normas Diretrizes do PACS temos que “aos ACS deve ser garantida a escolaridade de 1º grau, paralelamente à formação profissionalizante, atendendo ao que estabelece o Conselho Federal de Educação – Lei 5.692/71, parecer 45 e à Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício de enfermagem no país (MS/PACS, 1994, p.22).

A respeito disso a Coordenação do PACS, no início de 2000, solicitou às Enfermeiras supervisoras um levantamento do número de ACS, sem 1º grau de escolaridade e que gostariam de concluí-lo. Esse levantamento não foi levado adiante e a proposta de formação da escolaridade não se efetivou, para os ACS.

Ao perguntar se os ACS sentem-se preparados para o exercício de suas atividades, os sujeitos deste estudo (85%), relatam não estarem totalmente preparados.

Somente os que estão cursando o Auxiliar de Enfermagem é que se manifestaram a respeito, dizendo-se mais qualificados e que se sentem mais seguros e melhor preparados, para o exercício de suas funções, reafirmando o que foi dito a respeito da qualificação, ou seja, é necessário se pensar, com muito carinho e com decisão política, a qualificação de todos, rompendo o vício, comum nos serviços de saúde, em nível primário, ter entre os trabalhadores, pessoas sem qualificação profissional, corrompendo a lógica de uma assistência qualificada à população, sustentáculo para a não efetivação do SUS.

Na realidade, estamos trabalhando com dois tipos de ACS, os que estão cursando o Auxiliar e os que não estão. Eles mesmos se diferenciam, seja pelo conhecimento, seja pelo acesso ao posto, pelo tempo de serviço diário [o auxiliar estuda de manhã]. O fato é que os ACS que não têm o 1º grau completo de escolaridade se sentem prejudicados, pois não tem tempo de se qualificar, em nível de 1º. grau, enquanto os ACS estão fazendo o curso de Auxiliar no horário de trabalho.

Esse é um fato que precisa ser repensado, pois se fosse oferecida esta oportunidade de conclusão do 1º grau, no futuro estes ACS podem obter sua qualificação como Auxiliar de Enfermagem, caso este seja oferecido novamente. Esse é um desejo explícito dos mesmos e creio, que assim serão atendidos os anseios da categoria enfermagem.

Esse estudo parece já apontar algumas mudanças, pois na medida em que se começa a questionar algumas diretrizes, soluções vão aparecendo. Há uma experiência no local onde trabalho, no qual está sendo oferecido na própria comunidade, um Curso Supletivo. Em conversa com a coordenação do PACS, foi-me autorizado liberar os 10 ACS que não possuem o 1º grau, para cursarem o Supletivo, no período da manhã, dessa forma esses ACS têm seu tempo de trabalho igual ao dos que estão cursando o Auxiliar de Enfermagem. Talvez, essa experiência possa influenciar a coordenação e assim ser oferecida a todos os ACS do município a mesma oportunidade, o que seria um grande avanço na valorização, capacitação e tratamento de igualdade entre os ACS.

A respeito das contribuições do ACS para a mudança do modelo assistencial vigente, já referido neste estudo, os mesmos não têm claro o seu papel, o conhecimento a respeito das suas funções ainda é muito incipiente. Observe as falas:

1 vez por semana eu ajudo no posto, preencho as RAAI... (ACS4)

Eu defendo o posto mesmo que ele esteja errado, é o meu ganha pão... (ACS8)

Eu posso explicar e esclarecer sobre como funciona o posto [as rotinas], tem que explicar que o posto não resolve tudo... (ACS7)

Eu aviso as especialidades para o posto e realizo a busca ativa quando o pessoal do posto pede... (ACS 2)

Com trabalho em grupo e com a comunidade, mostrando a realidade de saúde e do posto... (ACS 8)

Conscientizar a comunidade (...) eu posso colher informações de como a comunidade quer que funcione o posto... (ACS10)

De várias formas, como participar direto com a comunidade e estar envolvido no dia a dia, com o povo e seus problemas... (ACS13).

Aqui caberia trazer para a discussão as propostas do Governo em relação aos ACS, pois parece que os mesmos estão, como que pintando as ruas de Florianópolis, com seus uniformes – o colete azul - , sem explicitar a que apoio social se refere este sujeito, que a bem da verdade tem seus ideais, suas potencialidades que precisam ser reveladas para a comunidade e para os Serviços de Saúde e, especialmente para os profissionais de saúde desses Centros de Saúde, aos quais estão relacionados, pelo menos em tese.

Poderíamos pensar os ACS como apoiadores sociais que como fala Valla (1999, p.4) *não seriam uma solução para a crise por que passa a saúde, mas um trampolim para rever a relação da saúde com a questão médica.*

A questão central dessa reflexão parece ser: a que veio o ACS? Se pensarmos como sujeitos de uma determinada comunidade, que tem como papel fundamental o de mobilizá-la, para interferir na forma e nas atitudes que os Serviços de Saúde têm manifestado à sociedade, seria um passo importante.

Retomando as reflexões que Valla (1999, p.4) nos oferece, não seria importante a enfermagem interferir nesse processo e admitir esses sujeitos não como uma medida pontual, “*mas duradoura, de lidar com a questão de saúde*”?

Por que? Acrescenta o autor, citando Bastien (1999, p. 4), referindo-se ao apoio social coloca que essa medida poderia, por um lado

buscar compreender quais problemas de saúde têm soluções no âmbito da própria comunidade, de outro lado, a possibilidade de socializar a concepção de autonomia e do controle, sobre o seu próprio destino, de perceber que a eficácia médica não é o aspecto mais significativo de qualquer sistema de saúde.

É inegável que, quando a comunidade está organizada, as coisas tendem a acontecer com maior fluidez. Assim, o ACS, pertencente a esta mesma comunidade, poderia, se estimulado, treinado, num processo de educação libertadora, sem dúvida, estaria colocando em cheque as questões que mais afligem a população, a atenção em primeiro lugar, o tratamento ao sujeito cidadão, contrapondo-se às filas nas madrugadas, o ambiente dos Centros de Saúde, em que os sujeitos usuários são objetos com manifestações desequilibrantes, isto é, corpos doentes e não sujeitos com determinada doença.

Referindo-se ao trabalho comunitário, na tentativa de mudança do atual modelo, não é um tema pensante entre ACS, pois para alguns dos sujeitos do estudo, isso poderia mudar, na medida em que eles possam colaborar com o funcionamento do posto. Para outros ACS, pareceu estar mais clara a importância da prevenção das doenças, da orientação e do trabalho em grupo na comunidade.

A Figura 3 a seguir, ilustra as percepções do ACS acerca do seu papel na perspectiva da mudança do modelo assistencial, instituído nos Centros de Saúde.

Figura 3 – Percepção do ACS em relação ao modelo assistencial em prática, na rede básica do município.



O que parece, a partir das falas dos ACS é que eles não têm idéia formada acerca de que modelo gostariam que houvesse. Na verdade, ele poderá ser um articulador da comunidade e conhecedor de seus problemas, ajudando no diagnóstico e planejamento das ações de saúde, do Centro de Saúde, ou ser mero executor de tarefas, ajudando no funcionamento diário do Centro de Saúde. Tudo dependerá de sua formação e da relação, com os profissionais e a comunidade.

O que podemos observar é que o ACS tem o intuito de ajudar, seja dentro do centro de saúde, numa visão mais restrita de assistência à saúde, ainda voltada para a internalização das ações de saúde, seja de forma mais ampliada, nas organizações dentro

da comunidade. O que ficou claro é sua intenção de melhorar a situação de saúde da população, o acesso e a qualidade.

Parece-me que existe um problema, que é de concepção, isto é, para os ACS a solução dos problemas de saúde estar dentro do Centro de Saúde. Claro, que para alguns problemas especificamente aí pode estar a solução. Como a cultura organizacional dos Serviços de Saúde apontou nesta direção, não serão os ACS que irão mudá-la, mesmo por que também não foram treinados para isso. Parece que eles ainda não têm formação, na área preventiva e educativa, para que possam exercer as funções descritas no Programa.

A forma de trabalho do ACS vai depender também da relação que ele tem com a equipe de saúde, onde atua. Em relação a isto, os sujeitos do estudo, em sua maioria, relatam, se sentirem excluídos, dizendo que não são respeitados pela equipe, em alguns casos, não têm acesso ao posto nem à equipe de saúde, se relacionando somente com a Enfermeira supervisora, como já referido.

A falta de integração, entre o agente comunitário e a equipe de saúde, prejudica a atuação do ACS, realizando um trabalho incipiente, não conseguindo solução para os problemas enfrentados na comunidade. Ele se sente desvalorizado, sem apoio para os problemas que levanta na comunidade, onde atua.

Veja as falas que seguem:

Nós somos um peso para o pessoal do posto, eles não gostam de nós, dizem que só trazemos problemas para dentro do posto... (ACS7)

Eles não nos respeitam, nem o nosso trabalho. Um dia eu encaminhei uma gestante minha que tinha ganhado o bebê para tirar os pontos da cesárea e eles mandaram ela para o hospital, para tirar lá. E ligaram para a minha casa perguntando quem tinha autorizado eu dar encaminhamento para o posto... e que eu estava proibida de encaminhar qualquer coisa... (ACS13)

Eles só chamam a gente quando tem um papel na mão que eles querem que a gente ache na comunidade, realizar alguma busca ativa, caso contrário, eu não sirvo pra nada (ACS 4).

Conforme o Programa do PACS, consta como atribuição do ACS:

Verificar o cartão da criança mensalmente, encaminhar a criança para o Centro de Saúde, identificar as gestantes e encaminhar para o pré-natal no Centro de Saúde, encaminhar as gestantes para vacinação no Centro de Saúde, encaminhar as mulheres para exames de controle de preventivo no Centro de Saúde... (MS/PACS, 1997, p. 4-5).

Parece evidente que há um problema na relação PACS e Centro de Saúde.

Por outro lado, há também os ACS que, apesar de muitas vezes, não saberem bem qual a sua função dentro da equipe de saúde, referiram satisfação em ajudar, fazer amizade com o pessoal do posto e contribuir nas atividades, seja dentro ou fora do Centro de Saúde.

Quando o ACS é valorizado pelo Centro de Saúde, geralmente a comunidade também o valoriza, pois ele se sente participante dessa equipe e exerce liderança, levando informações do posto para a comunidade e vice-versa. Em geral, isso acontece quando a enfermeira supervisora faz parte da equipe do posto de saúde e/ou está articulada com as ações de saúde da área de abrangência.

Nesses casos, o ACS consegue resolver alguns dos problemas das famílias sob sua responsabilidade, quando ele tem o respaldo do Centro de Saúde e dos profissionais, quando se desloca para realizar visitas domiciliares agendadas, com o médico e enfermeiro supervisor em sua área. Isso lhe dá segurança e credibilidade no trabalho, perante a comunidade.

Observe algumas falas:

Meu relacionamento com o Centro de Saúde é de companheirismo mútuo, no que eu posso ajudar eu ajudo, sem medir esforços... (ACS6).

É bom, somos bem tratados, e quando temos dúvidas, perguntamos e essas dúvidas são sanadas, ou pela nossa supervisora ou pela enfermeira do posto, pois elas trabalham juntas... (ACS2).

Percebo que posso ser muito útil, me relaciono muito bem com o posto. Na primeira semana a nossa supervisora fez cada um de nós ficarmos 2 dias dentro do posto, só vendo como tudo funcionava, foi muito bom, hoje conheço todos e entendo como funciona um posto... (ACS 5).

É muito bom quando saímos na nossa área com o médico ou a enfermeira, os levamos nas casas que nós sabemos que precisam e no

caminho, vamos conversando sobre a família e aprendendo com eles... (ACS10).

Os ACS ainda levantaram algumas dificuldades que enfrentam no dia a dia, de seu trabalho. Dizem que muitas famílias não querem recebê-los, pois não aceitam o trabalho do ACS. Esses problemas são mais comuns nos condomínios, onde é mais difícil de trabalhar, precisando de autorização da Secretaria de Saúde, por escrito, e do Síndico, para ter acesso aos apartamentos. Relatam que as pessoas os atendem mal, muitas vezes, só no portão. Há, ainda, as casas com cães, que ameaçam a sua segurança.

Em reunião com as enfermeiras supervisoras (Jul/2000), esse problema foi levantado por algumas enfermeiras, que relataram

os ACS têm problemas com as famílias que os rejeitam (...) há pouca divulgação do que é o PACS, não tem divulgação sobre o que faz o ACS, daí as famílias não os aceitam em suas casas (...), enquanto não se divulgar mais o trabalho pela Secretaria de Saúde, o problema vai continuar...

Também, num trabalho de conclusão de Curso de Enfermagem (TCC) de 2 acadêmicas da UNISUL, que realizaram uma pesquisa sobre a atuação do ACS num Centro de Saúde de Florianópolis, em Junho/2000, foi concluído que

o PACS precisa de maior divulgação junto à comunidade para que o ACS possa desenvolver com maior facilidade as suas atividades. As pessoas só irão colaborar, a partir do momento, que perceberem a importância e o objetivo, do trabalho realizado pelos ACS (FARIAS & ROCZANSKI. 2000, p.45).

Os sujeitos de estudo relatam suas dificuldades nas falas que seguem:

Muitas pessoas não querem nos receber, principalmente em condomínios.. (ACS 2).

Eu já fui atacada por um cachorro, lá eu não entro mais... (ACS 5).

Entrar na casa de rico é mais difícil, têm um médico aposentado na minha área, que diz que não quer mais eu lá. A mulher dele disse que é também porque eu sou negra e ele não gosta de negro... (ACS7).

Um dia eu estava fazendo a visita e o marido começou a brigar com a mulher. Eu tive que sair no meio do meu trabalho e voltei depois, não é fácil entrar na casa dos outros.. (ACS 6)

Creio que essas situações não são somente situações destes sujeitos que fizeram parte deste estudo. Minha experiência me autoriza a corroborar essas afirmações.

Neste sentido, não basta divulgar o Programa apenas, é necessário pois, dar solidez ao mesmo, envolvendo os profissionais de saúde, da área de abrangência dos Centros de Saúde, nas atividades desenvolvidas na comunidade. É preciso não deixar estes sujeitos, a mercê das atividades que devem desenvolver, somente (preencher cartões, visitar, etc. etc.) É preciso, assim me parece, envolver todo um trabalho da saúde, mas esse deve ser pensado, na totalidade da sua área de abrangência. Estou falando aqui do planejamento local de saúde (para cada Centro de Saúde), pois em Florianópolis se observam particularidades diferenciadas, nas regiões, que compõem o município.

É preciso que o Poder Municipal se manifeste a respeito, para que situações como as relatadas pelos sujeitos desse estudo, não aconteçam outras vezes. Esses sujeitos são pessoas que merecem respeito e que em hipótese alguma, seja permitida a discriminação.

Mas o problema de aceitação não está somente entre a população. Percebeu-se, neste estudo, que há um sério problema no que diz respeito ao relacionamento e aceitação do trabalho do ACS, entre os profissionais do Centro de Saúde. Observe as falas:

O problema é o relacionamento com o posto, não dá continuidade ao nosso trabalho... (ACS10)

A gente fala uma coisa e o posto fala outra.. (ACS 2)

...eles querem o cartão SUS... eu já não sei mais o que dizer, a Secretaria promete e depois não manda o cartão, já faz um ano, eles disseram que depois do cadastro iam mandar o cartão SUS, para as pessoas e eles me cobram sempre...(ACS 4).

Tem profissional no posto que diz aos pacientes que nós não sabemos fazer nada, só preenchemos papel... (ACS 12).

Essas falas corroboram com o que já foi falado até aqui. Parece-me, que não é possível fazer saúde dessa forma, em que programas são propostos, sem o mínimo de entendimento dos atores sociais, envolvidos no processo.

Além do mais essas atitudes contrariam as normas contidas no Manual de Norma e Diretrizes do PACS do Ministério da Saúde, em que coloca como atribuição do ACS “*informar aos demais membros de equipe de saúde, da disponibilidade, necessidade e dinâmica social da comunidade*” (MS/PACS, 1994:14).

Coloca ainda, o referido manual, como tarefa do ACS *encaminhar às unidades de referência os casos que não puderem ser resolvidos na comunidade e fortalecer os elos de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde* (MS/PACS, 1994, p.15).

O problema, parece-me, que são as normas que foram pensadas verticalmente, isto é, foram pensadas em nível central, sem que houvesse a participação dos atores envolvidos, por um lado, de outro, é que isso também pode estar indicando uma certa resistência, ou ainda, contrariedade dos profissionais, ao programa. Isso deve ser refletido pela coordenação e os trabalhadores envolvidos no mesmo, pois não tem sentido o Poder Municipal colocar nas ruas de Florianópolis mais de 500 sujeitos, pessoas com seus ideais, sem que haja possibilidade de interrelação, integração dos trabalhos realizados, seja pelos profissionais, seja pelos ACS.

Consta ainda no Programa do PACS que o ACS *não trabalha sozinho. Ele faz parte do sistema local de saúde e atua como uma ponte entre a comunidade e os serviços de saúde, disponíveis em seu município* (MS/PACS, 1997, p.5). O que corrobora com o que foi dito anteriormente, isto é, há necessidade da reflexão conjunta, se a intenção é viabilizar o programa.

Outra dificuldade, que foi relatada pelos ACS, é a pouca autonomia¹⁸ que eles têm no trabalho, pois gostariam de saber verificar temperatura, de poder verificar pressão arterial [já que têm que acompanhar mensalmente os hipertensos e de pesar as crianças, [pois têm que acompanhar o desenvolvimento mensal das crianças]. Neste sentido, relatam que enfrentam muitos problemas, pois ao encaminhar essas pessoas ao Centro de Saúde para pesar (avaliação nutricional) ou verificar a pressão arterial, aumentaram a demanda, e os funcionários reclamam do ACS e dizem aos pacientes (os sujeitos usuários do SUS),

¹⁸ O grifo é meu

que os mesmos não sabem trabalhar e que eles não precisam vir ao posto mensalmente, descreditando no trabalho preventivo do ACS, na comunidade.

Na verdade, com o trabalho dos ACS, aumentou a demanda aos Centros de Saúde e como as unidades não foram estrategicamente articuladas, no que se refere a sua capacidade instalada, os trabalhadores emitem opiniões, que vão de encontro à proposta do PACS. Isso remete mais uma vez à discussão anterior, sendo, pois, necessária a reflexão, em busca da construção de relações éticas e saudáveis. Observe abaixo algumas falas:

Se eu pudesse verificar a pressão das pessoas da minha área eu poderia mandar para o posto apenas aqueles que estivessem com a pressão desregulada, e poderia orientar mais, sobre seus cuidados com a alimentação e os remédios... (ACS9)

Eles dizem que não vão lá no postinho [hipertensos], porque as moças não querem atender, dizem que eles não têm nada, eu mando eles ir lá para ver a pressão, eu tenho que anotar na minha ficha, mas eles dizem que não vão mais, e aí o que eu faço? (ACS 2)

Essa é uma outra discussão, que merece atenção especial. Como permitir atividades, a “autonomia” a que os ACS se referiram, se os mesmos não têm preparo para tal?

É preciso ter cautela neste aspecto, pois, caso contrário, se reforçará atitudes tão condenadas pela enfermagem, o que é plausível, isto é, devem exercer tais atividades aqueles profissionais preparados para tal.

Se todos os ACS fossem capacitados como Auxiliar de Enfermagem, poderiam exercer essas e outras funções, como por exemplo: curativos e injeções a pacientes acamados, em seu domicílio, e com problema de locomoção, controlar os hipertensos e as crianças, de sua área de abrangência..

Hoje, esse serviço é realizado pelo profissional das equipes do PSF, mas ainda é muito restrito, pois não é uma prática em todos os Centros de Saúde. Além da demanda ser grande, geralmente esses profissionais não podem se ausentar do Centro de Saúde, para ir à comunidade, diariamente.

No Programa do ACS algumas dessas ações estão contempladas, inclusive, tendo equipamentos básicos para o trabalho como: *balança para pesar as crianças, cronômetro para verificar a frequência respiratória, termômetro e fita métrica* (MS/PACS, 1997, p.5).

Em algumas experiências no interior do estado de Santa Catarina, os ACS realizam treinamento para a prática dessas ações. No nordeste também sabe-se que os ACS realizam várias ações de enfermagem, em alguns locais sem acesso, até parto.

Os ACS ainda relatam ter grande dificuldade de exercer o papel educativo, pois dizem não ter recursos, têm pouco material para trabalhar temas como: saneamento básico, desnutrição, orientar pacientes hipertensos, diabéticos, tuberculosos, dentre outros. Veja algumas falas:

Temos que ter mais material educativo, para a gente se sentir mais seguro, para conversar com as pessoas e orientar um diabético e hipertenso, como ele tem que cuidar de sua saúde... (ACS8)

Nós queremos trabalhar mais o lado educativo nas reuniões com as mães e as crianças, mas faltam mais materiais, folhetos, cartolinas para nós fazer cartazes sobre assuntos de saúde como saneamento, higiene, sarna. Nós temos muitos problemas de saúde aqui, e acho que podemos fazer mais... (ACS 12)

Nós só aprendemos no treinamento sobre os temas das nossas fichas e o resto que tem na comunidade, como nós vamos saber se não temos reciclagem? (ACS 13)

Ao que parece os ACS não se sentem preparados para o desenvolvimento de suas ações, inclusive, as mais elementares, como visitar as pessoas em suas residências, especialmente, quando se deparam com inúmeros problemas, que são complexos, em sua solução.

Essas situações têm revelado aos ACS certa insegurança, medo e angústia, situações essas que fazem com que os mesmos sempre manifestem a necessidade de ter educação continuada. Observe as falas a seguir:

Gostaria de saber como entrar nas casas das pessoas, como convencer uma mãe que ela deve pesar e vacinar seu filho... (ACS 4)

Nós fizemos um curso de DST/AIDS e um de Violência Doméstica que foi muito bom para nós. Aqui, na nossa região, tem muito disso, e nós temos que saber também como lidar com isso nas casas que acompanhamos, né? Ser ACS não é só preencher as fichas, não!... (ACS 1)

Os sujeitos deste estudo demonstraram uma preocupação central: estarem preparados para o exercício de suas funções, razões essas que os fizeram manifestar estarem preocupados com a sua qualificação. Além disso, também ficou transparente, em suas falas, que estão abertos a receber mais informações e orientações, para exercer seu trabalho, com segurança e qualidade.

Faz parte das atribuições do município e é de sua responsabilidade, além de outras, “*garantir as condições necessárias para que seja dada capacitação técnica aos ACS*” (MS/PACS, 1997, p. 9).

O Manual de Normas e Diretrizes do PACS também trata da capacitação do ACS, tendo como objetivos específicos *proporcionar educação continuada aos ACS; garantir a profissionalização do ACS em Auxiliar de Enfermagem, possibilitando a melhoria da qualidade da assistência prestada* (MS/PACS, 1994, p. 8-9).

Uma pesquisa realizada em junho/2000, em um Centro de Saúde de Florianópolis, mostra também os problemas aqui levantados. Nas conclusões deste estudo referenda o exposto anteriormente. Dizem:

ao acompanharmos os ACS em visitas domiciliares percebemos claramente a falta de instrumentalização dos mesmos, para desempenharem suas atividades. Nas avaliações que realizaram colocam que “a interação entre o ACS e a comunidade, não está acontecendo, de maneira adequada, pela falta de instrumentalização”¹⁹ do ACS (FARIAS & ROCZANSKI, 2000, p. 45).

Ainda, dentro dos problemas e dificuldades que os ACS relataram, está a impossibilidade de sobreviver com um salário mínimo. Disseram que o salário não é digno do importante trabalho que realizam, não sendo condizente com uma carga horária de 8 horas/diárias, além da responsabilidade que eles têm. Todos se mostraram insatisfeitos com o que recebem, como já discutido anteriormente. Veja as falas que seguem:

O nosso salário é muito pouco, quem sobrevive com isso? (ACS 1)

Se Deus quiser vou arrumar um emprego melhor, eu gosto de ser ACS, mas com esse salário... (ACS 8)

¹⁹ Instrumentalização aqui significa a formação e capacitação do ACS, para o desempenho de suas funções, com segurança e qualidade.

Quando eu me formar quero trabalhar como auxiliar e ganhar mais, eu preciso sustentar minha família... (ACS 5)

Esse salário mínimo não é digno pra ninguém, queria que o ACS fosse valorizado também na remuneração, é muito injusto .. (ACS 10)

Se nosso salário aumentar, eu fico sendo auxiliar e Agente, se não eu vou ter que procurar outro serviço, onde eu possa ganhar mais... (ACS 7).

Se o nosso salário fosse melhor, a gente trabalharia com mais vontade... (ACS 2).

O salário do ACS não necessariamente deva ser de um salário mínimo. Segundo o PACS do Ministério de Saúde “os ACS recebem pelo menos um salário mínimo²⁰, esse recurso provem do Governo Federal, mas também do governo estadual e municipal” (MS/PACS,1997, p. 6).

Em Florianópolis, 75% da população é coberta pelo PACS, segundo prestação de contas do fundo municipal de saúde, a receita do PAB para junho/2000 é de R\$ 480.000,00/mês, sendo que a previsão da despesa com o PACS é de em média R\$ 130.000,00/mês.

No ano de 1999, segundo Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, o município de Florianópolis recebeu do PAB fixo R\$ 2.951.448,86/ano e de incentivo do PAB pela implantação do PACS em 1999 a quantia de R\$ 844.249,99/ano, ficando um acumulado na receita do PAB de R\$ 1.345.927,00, segundo plano de aplicação 2º trimestre/2000, do Fundo Municipal de Saúde, apresentado no Conselho Municipal de Saúde.

Observando a importância do trabalho do ACS, o valor que o município arrecada no fundo municipal com a implantação do PACS, deixo aqui uma reflexão sobre a possibilidade do município valorizar mais o trabalho do ACS, colocando sua contrapartida no aumento salarial e valorização dos ACS.

Tendo como base essas informações, a Confederação Nacional do Agentes Comunitários de Saúde – CONACS, está orientando as associações municipais dos ACS de que o salário do ACS está incluso na parte fixa do PAB e que o incentivo do PACS, é

²⁰ O grifo é meu

um recurso do Governo Federal que deve financiar as ações dos ACS, como também complementar o salário, pagando assim um salário mais justo e digno.

As falas dos ACS, deste estudo em relação a experiência de Florianópolis, traz em sua essência vários problemas que merecem ser refletidos, no conjunto dos trabalhadores da saúde, pois o caminhar aponta que medidas urgentes sejam tomadas. Esse estudo, certamente não as têm, mas o convite á reflexão está manifesto.

Capítulo VI

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: POSSIBILIDADES DE SUA INSERÇÃO NO TRABALHO E SAÚDE

Quando o Ministério da Saúde lançou, em 1992 o PACS no Nordeste, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região, não havia naquele momento, uma postura de definição política de saúde que norteasse o modelo assistencial do SUS. Mas esse programa “já estava pautado em princípios indutores da mudança do modelo, ou seja, provocava a vinculação dos indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde” (REBEN²¹, 2000, p.7).

O ACS representa o “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde,

esse agente, sendo uma pessoa da própria comunidade e portanto identificado com seus valores e costumes, passou a contribuir significativamente no resgate e na valorização do saber popular (REBEN, 2000, p.7).

No entanto, este programa percorreu um caminho marginal no próprio espaço institucional, as unidades básicas de saúde continuavam atuando no sistema tradicional, sem nenhum vínculo com a população ou com os ACS. Na medida que o PACS se fortalecia nos municípios, aumentava a pressão na mudança do modelo dentro das unidades de saúde, uma vez que a idéia de “elo de ligação” não se mostrava verdadeira.

Assim, na continuidade deste processo o MS iniciou o PSF em 1994. O PSF não era uma proposta nova, mas estava, como aponta a Revista Brasileira de Enfermagem:

²¹ Entrevista realizada por Denise Pires, com Heloíza Machado de Souza, diretora do Departamento de Atenção Básica do MS, para a revista Brasileira de Enfermagem/dez, 2000.

recuperando uma série de iniciativas e de movimentos inerentes ao próprio Movimento Sanitário no sentido de reordenamento do modelo assistencial e de consolidação do SUS” (...) “porém não havia no MS, naquele momento, uma postura política forte o suficiente para definir o PSF como a estratégia de reordenamento do modelo assistencial” (...) “não se pautou no MS, naquele momento, o desenvolvimento de uma política de recursos humanos que pudesse fomentar ou recuperar profissionais com perfil para fazer parte do PACS ou do PSF (REBEN,2000, p.7e8).

A enfermagem tomou para si a responsabilidade de formação e supervisão dos ACS, sem até então avaliar a dimensão que o mesmo implicaria. Hoje o PACS está implantado em todo o Brasil, e ainda não se tem ao certo atribuições, norma e diretrizes com linha nacional. Na realidade os ACS realizam suas ações de saúde conforme o município determina, assim como a sua contratação e qualificação, “o papel do ACS é uma polêmica antiga e o seu perfil precisa e está sendo alterado diante das diferentes realidades e contexto de trabalho” (REBEN,2000, p.12).

O papel do ACS tem se alterado muito em cada região, ele tem basicamente uma importante função que é a de fazer a vinculação das pessoas com o serviço de saúde, o que possibilita a criação dos laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços, as equipes e a população.

Segundo a Coordenação Nacional do PACS/PSF

o ACS não é um novo profissional na saúde, até porque ele transcende a saúde (...) teremos que ficar atentos para que essa distorção não ocorra” (...) um processo de transformação dos agentes em auxiliares de enfermagem não é o objetivo” (...) “isto pode ocorrer quando representa uma demanda pessoal e uma demanda do serviço, para que ele possa exercer o papel de auxiliar na unidade”(...) a qualificação profissional do ACS é uma outra proposta que prevê a qualificação de nível básico, cuja diretrizes foram elaboradas com a finalidade de qualificar o ACS de acordo com os pressupostos da própria LDB (...) acabamos de concluir um documento importante que trabalha as competências dos ACS, mediante as diversas possibilidades de sua inserção na comunidade. Com isso estamos propondo uma qualificação de nível básico de acordo com Lei 93.94/96” (REBEN,2000, p. 13-14).

Na realidade desde a implantação do PACS já existiram algumas portarias e normativas que orientam esse trabalho, mas que mudam a cada momento político. Em 1994, o Manual de Normas e Diretrizes do ACS, tratava de sua profissionalização em

auxiliar de enfermagem e sua qualificação escolar. Já em 1997, esses dois itens foram retirados na portaria que aprova as Normas e Diretrizes do PACS. Hoje em 2000 ouvimos um discurso sobre uma qualificação de nível básico do ACS, que até o momento não tivemos acesso.

A enfermagem sempre foi a categoria que mais se aproximou da saúde pública, e agora tem a responsabilidade da formação e supervisão do ACS. Mesmo dentro do Conselho de Enfermagem este tema não está esgotado, ainda não se tem uma posição clara quanto categoria profissional, a respeito do papel desempenhado pelo ACS. Será ele um profissional da enfermagem? Assim, as enfermeiras supervisoras ficam sem saber qual a melhor forma de trabalhar com os ACS nos municípios. Creio ser um tema que deverá ser mais discutido dentro dos órgãos competentes.

* Qual a melhor qualificação para esse ACS? Uma formação de auxiliar de enfermagem centrado nos cuidados de enfermagem, com ações específicas de saúde ou uma formação de um agente social, integrado nos problemas sociais da comunidade, garantindo os direitos da população, levando as famílias informações e orientações sobre os cuidados com a prevenção e a vigilância da saúde, participando da comunidade, criando laços de integração e responsabilidade entre os serviços de saúde, as equipes de profissionais de saúde e a população.

São muitas as questões que poderíamos levantar acerca deste tema novo e polêmico, mas julgo que estamos no caminho certo, aprofundando questões que muitas vezes passam despercebidas.

Na realidade estudada, a estratégia do Agente Comunitário de Saúde se apresenta com duas possibilidades de trabalho em saúde. A primeira diz respeito àqueles que tiveram a oportunidade de se qualificarem como auxiliares de enfermagem, que depois de formados, irão entrar na categoria da enfermagem, buscando outro emprego (para melhorar seu salário e outras expectativas) e/ou continuar como ACS, mas sem uma discussão acerca de sua inserção na Equipe de Saúde, tipo de contratação e de seu trabalho na comunidade. A segunda , àqueles que não tiveram tal oportunidade de se qualificarem, continuam trabalhando como tal, sob supervisão das enfermeiras, sem qualificação efetiva e regular, com diretrizes e normativas que os qualifiquem para exercerem seu papel com segurança e qualidade.

Na verdade, na experiência de Florianópolis estamos diante de outra polêmica. Como em um mesmo município pode ter duas possibilidades de trabalho do ACS? Ficando uma parte da população assistida pelos ACS que receberam qualificação profissional (a minoria) e outra parte pelos ACS que não receberam qualificação regular suficiente para exercerem suas funções com segurança e qualidade, segundo os próprios ACS. Como fica também a situação trabalhistas desses trabalhadores?

Penso que a estratégia do ACS se apresenta ou possibilita refletir sob duas vertentes: Uma o ACS passa a ser integrante da Equipe de Saúde, qualificado, profissionalizado o que pode permitir a introdução de mudanças no modelo assistencial, isto é, uma outra forma de pensar e fazer saúde. Isso implica, na minha opinião, uma nova postura dos profissionais existentes na rede de saúde, incluindo todas as categorias, num trabalho articulado dentro de uma determinada área geo-política e social. Mas, se é isso, por que não se pensou nesta possibilidade? Não seria o caso de estruturar a Equipe de Saúde com trabalhadores aptos e com perfil em saúde coletiva para trabalhar estrategicamente as ações de saúde na perspectiva da integralidade e com a participação da população numa determinada área onde a unidade de saúde está inserida?

Acredito que não basta, (para mudar o modelo assistencial, centrado na doença em direção a um modelo centrado na saúde) ter um contingente de trabalhadores numa determinada área para pensar e fazer saúde de forma ampla, sem que se mude conjuntamente o modelo assistencial. Refiro-me aqui para a necessidade da construção de sujeitos (sejam trabalhadores ou usuários de uma área), se a meta é pensar a saúde como determinação social, portanto necessitando mudar a lógica até então vigente. Talvez se busque essa saída na implementação da Estratégia da Saúde da Família, (incluindo o trabalho dos ACS), mas esta experiência também precisa ser refletida, possibilitando aos profissionais também uma capacitação ampliada de toda a rede de saúde.

A segunda possibilidade é a do ACS fazer parte da equipe de saúde virtualmente, quer dizer, faz parte teoricamente, mas na prática ainda é um apêndice da equipe que, em muitas situações não é assim considerado. Esse trabalho de que falo, deveria ser feito pela equipe de saúde em articulação com os ACS. Parece que com a Estratégia da Saúde da Família há uma possibilidade desta integração, mas isso não retira a necessidade dos profissionais de saúde estarem inseridos na comunidade, no seu contexto geo-político social.

Na verdade, esta possibilidade pode dar certo, mas ficará na dependência da relação que em cada experiência o trabalhador da saúde estabelecer com os ACS. Isso pode significar que em determinado município pode ser um avanço e em outro não, pois estará determinado pelo estilo de pensamento da equipe de saúde com a qual o ACS mantém relação. Claro que independentemente do estilo de pensamento das equipes de saúde, com ou sem a presença do ACS, essas possibilidades também podem se apresentar.

Acredito, que o ACS deva ser um profissional qualificado e integrado a equipe de saúde, mas há que se investir no perfil dos profissionais da Saúde Pública em direção a vida, a saúde das populações, pois, são fatores determinantes na mudança do modelo assistencial e da saúde que pensamos para todos, sempre na perspectiva de uma saúde equânime e ética.

Construímos conhecimento a cada dia e proponho que não se pare aqui com essa discussão. Este estudo é apenas o início de uma importante trajetória para a mudança do modelo assistencial. Fica aqui uma proposta de continuidade deste tema, envolvendo todos os atores nas ações de saúde, seja de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, assim como a organização estrutural e funcional dos Serviços de Saúde.

Em minhas considerações finais, no próximo capítulo levanto algumas sugestões, à partir do meu estudo, para o encaminhamento do PACS em Florianópolis.

Capítulo VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De todo esse processo algumas questões são necessários elucidar aqui.

A primeira é em relação a prática do dia a dia. Muitas vezes passam despercebidas questões centrais da Política de Saúde que nem sempre nos damos conta. Atribuladas que somos, com tantas responsabilidades, muitas vezes, repetimos ações e não paramos para questionarmos nossa posição profissional frente a várias questões que emergem do atual Sistema de Saúde que nos propomos a defender ou a trabalhar nele.

Minha experiência de trabalho com agentes de saúde remonta há 15 anos de profissão, sempre voltada para a saúde coletiva, acreditando que saúde se faz também dentro da comunidade, junto com a população e com os sujeitos responsáveis pela organização social.

O trabalho com os ACS participantes deste estudo, reforça essa certeza de que a população, organizada ou não sabe do que precisa e o que quer para a sua saúde. Quando ouvimos a comunidade e os seus sujeitos entendemos como podemos melhorar a saúde de forma coletiva.

Hoje, o Plano Nacional de Saúde do povo brasileiro é o SUS. De toda a população, em média 80% desta tem no mesmo a necessidade de ser assistido. Está garantido em Lei que todo cidadão brasileiro é assegurado o direito á saúde e assistência universal e equânime. Será que realmente está acontecendo?

Este estudo foi apenas o começo para uma grande avaliação que deve ser feita, não apenas sobre o trabalho realizado no PCAS, mas sobre a vontade política do Estado e dos municípios em garantir uma assistência de qualidade à população.

O que este estudo proporcionou foi realizar uma reflexão sobre o programa de Agente Comunitário de Saúde, com base na experiência de Florianópolis. O que os ACS relataram nas entrevistas e nas visitas a campo foi a realidade vivida e o sentimento desse grupo, que de uma hora para outra, as vezes sem qualificação apropriada, passaram de usuários do SUS para ACS.

Todos ACS com quem tive a oportunidade de conhecer neste estudo, possuem uma vontade imensa de ajudar, de melhorar sua vida e de sua comunidade, são pessoas que se sentem muitas vezes mais responsáveis pela saúde da sua comunidade, do que o próprio profissional do Centro de Saúde.

Cabe aqui uma outra reflexão sobre o perfil do profissional de saúde. Como implantar um Programa de Saúde da Família ou do Agente Comunitário de Saúde, sem antes qualificar esses profissionais? Para melhorar a assistência à saúde são necessárias algumas adequações para garantir o alcance dos objetivos, pois isso implica estar condizente com o papel que se irá desempenhar.

Assim, o ACS deverá ser formado de acordo com a sua função, atuando em conjunto com o Centro de Saúde (equipe de saúde), na perspectiva de ser o “elo” entre o Centro de Saúde e a Comunidade.

A profissionalização do ACS em Auxiliar de Enfermagem ou em outra categoria que o faça desempenhar seu papel com qualidade e segurança, deverá ser uma questão de planejamento e de prioridades do município, pois isso pode levar a que suas ações enquanto ACS tenham o apoio da equipe de saúde e a população, o que trará ganhos para todos. A perspectiva é que o atendimento tenha o caráter multidisciplinar.

Analisando a realidade, hoje, os ACS que estão exercendo as suas funções como as relatadas neste estudo, em se tratando das dificuldades apontadas pelos mesmos temos que: a grande maioria tem dificuldades em abordar as famílias, não se apresentam corretamente, não sabem explicar o objetivo do seu trabalho, não se sentem preparados.

Isso se deve a fatores já identificados neste estudo, quais sejam: a da falta de qualificação e educação continuada dos ACS; a pouca divulgação do objetivo do PACS para a população, a falta do acompanhamento da enfermeira supervisora e sua qualificação para tal e a falta de planejamento local com o Centro de Saúde, além da desvalorização salarial do ACS.

Para tanto, acredito que o programa deva ser constantemente reavaliado, buscando a participação de todos os sujeitos que vivenciam o PACS, (coordenadores, enfermeiras supervisoras, equipes de saúde), oportunizando aos ACS desenvolverem ações de maior impacto sobre a saúde da população.

Sabemos, também, que a Secretaria de Saúde do município ousou quando decidiu implantar o PACS com esse montante de ACS. Na realidade, o planejamento das ações e o treinamento foram sendo feitos paralelamente ao surgimento do programa. Entre acertos e erros, após esse período de mais de 1 ano de programa, tem-se uma equipe de Coordenação do PACS com experiências positivas e negativas que poderão, num segundo momento, nortear um novo direcionamento das ações do PACS.

De todo esse processo ousou explicitar aqui algumas sugestões com o intuito de contribuir com esse processo, tendo a certeza de que todos queremos acertar e que essa experiência de Florianópolis, possa ser seguida por outros municípios, pensando sempre na perspectiva de um Sistema de Saúde Único, igualitário, equânime, com qualidade assistencial e com acesso universal a toda a população.

Sugiro o seguinte:

- ↳ ter claro os objetivos do PACS , divulgando-os;
- ↳ aumentar a divulgação do PACS, para a população, para os profissionais da rede de saúde do município;
- ↳ Integrar as ações do PACS com as do PSF onde estes atuam na mesma área de abrangência;
- ↳ realizar o processo de seleção dos ACS com a participação dos Conselhos Locais de Saúde ,Centro de Saúde e Enfermeira Supervisora;
- ↳ integrar o ACS com o Centro de Saúde e com os profissionais de equipe;

- ↳ construir juntamente com os ACS e enfermeiras supervisoras as atribuições de ACS, de acordo com a realidade local;
- ↳ normatizar as ações básicas dos ACS juntamente com as Enfermeiras supervisoras;
- ↳ reavaliar o perfil do ACS, construído no início da implantação do PACS, reconstruindo um novo perfil dos ACS com a contribuição dos mesmos;
- ↳ reavaliar o perfil da Enfermeira supervisora, construído no início da implantação do PACS;
- ↳ estimular a formação da Enfermeira Supervisora do PACS;
- ↳ garantir o acompanhamento do ACS por uma enfermeira supervisora lotada no Centro de Saúde de sua referência;
- ↳ capacitar os ACS antes de realizarem atividades na sua área de abrangência;
- ↳ elaborar um plano mensal de educação continuada para os ACS, com base na realidade local;
- ↳ garantir material didático para o trabalho de educação em saúde pelo ACS em sua comunidade;
- ↳ estimular a formação de 1º e 2º grau para os ACS que não possuem a escolaridade;
- ↳ proporcionar aos ACS acesso ao curso de Auxiliar de Enfermagem para os que desejarem exercer essa atividade;
- ↳ incentivar a criação de um jornal de divulgação das ações dos ACS no município;
- ↳ incentivar a participação dos ACS nos Conselhos Locais de Saúde de sua área;
- ↳ prestar conta trimestralmente das ações dos ACS ao Conselho Municipal de Saúde e mensalmente ao Conselho Local de Saúde de sua área de abrangência;
- ↳ promover uma reunião bimensal por regional de saúde com os ACS para troca de experiência;
- ↳ estimular a formação de uma organização dos ACS de Florianópolis;

↳ promover uma reunião bimensal por regional de saúde com as Enfermeiras Supervisoras para troca de experiências,

↳ valorizar o ACS com um salário condizente com a sua responsabilidade e atividades desenvolvidas.

Com cada ACS com quem conversei, ouvindo suas histórias e sonhos, caminhando pelas comunidades, me trouxe a certeza que o caminho é esse. Precisamos aumentar nossa capacidade de aprimorar nosso trabalho em saúde coletiva e educação em saúde, sabendo que nada está pronto e que juntos poderemos ter outras visões da realidade, desenhando nosso amanhã com mais segurança e compromisso social.

Finalmente, quero expor aqui o que os sujeitos deste estudo referiram quando lhes foi solicitado que deixasse seu recado. As falas que seguem retratam o sentimento de cada um, não cabendo de minha parte qualquer reflexão explícita aqui. As coloco para que cada um dos que possam ler este trabalho faça as suas e que possa, quem sabe, um dia, investir neste processo.

Eu acho muito ruim encaminhar alguém e não poder ser atendido e tenho pessoas acamadas que precisam de um profissional para atendê-lo, fico triste de não poder fazer nada e fico cobrando de mim tudo isso...ACS 1).

Não desisto nunca de lutar pela comunidade, insistindo um dia eu acho que a gente chega lá... (ACS 2).

Gostaria que as autoridades olhassem e se preocupassem mais com os menos favorecidos porque todos são seres humanos e não tiveram a mesma chance na vida e gostaria de ver nenhuma criança com os dentes estragados, eles não tem culpa de nascer em lares pobres... (ACS 3).

Eu escolhi ser ACS por ser um sonho que eu tinha desde pequena, que era de poder ajudar as pessoas, mas eu não tinha condições financeiras de estudar, agora eu consegui o meu objetivo e realizei meu sonho e estou muito feliz... (ACS 4).

Se todos tivessem cursando o auxiliar de enfermagem com certeza seria melhor para nós e para a comunidade... (ACS 5).

Pela nossa responsabilidade, gostaria que as autoridades olhassem com carinho nosso salário... (ACS 6).

Gostaria de dizer que o trabalho do ACS é muito bom, mas poderia ser mais amplo em benefício da comunidade, sei que podemos fazer mais é só nos ensinar, nós conhecemos e sabemos dos problemas porque vivemos eles também... (ACS 7).

Gostaria de dizer que os ACS de jaleco azul [ACS] são iguais os de jaleco branco [Auxiliar], somos todos iguais, mas a gente se sente mal, eles acham que são melhores porque fazem o auxiliar, e isso cria rivalidade dentro do grupo, porque eles podem entrar no posto e nós não?... (ACS8).

É um trabalho muito especial ser ACS, porque você fica conhecendo as famílias da sua comunidade e elas confiam no ACS contando todos os seus problemas, é muito importante... (ACS 9).

Apesar do salário não ser compatível ao nosso trabalho, pois trabalhamos muito, enfrentamos vários problemas, arriscamos a pegar doenças e até mesmo sermos agredidos. Pois lidar com o povo não é fácil, no entanto para mim é algo gratificante e prazeroso, pois tudo que faço é por amor, é algo mais na minha vida poder ajudar as pessoas, é o que gosto de fazer... (ACS 10).

Gosto de trabalhar com pessoas e gosto de me sentir livre, acho muito importante poder ajudar as famílias e quando não for doença, é muito gratificantes dar uma palavra de conforto as pessoas idosas e as mães desesperadas que não conseguem mais controlar os seus filhos, aqui muitos usam drogas, e sempre tem famílias esperando alguma coisa de você... (ACS 11).

Na nossa comunidade ainda existe famílias que foram conhecer a realidade do posto através de nós ACS, precisamos de um posto maior e mais funcionários, só assim o nosso posto poderá ajudar mais famílias. Tem muitos problemas que só podem ser resolvidos junto com a comunidade... (ACS12).

Seria bom se o ACS quando tivesse um problema na sua área pudesse resolver junto com o posto, mas isso nem sempre acontece, aí você se sente incapaz... (ACS13).

O ONTEM É EXPERIÊNCIA,

O HOJE É O DESAFIO,

E O AMANHÃ,

É O MISTÉRIO DA VIDA!

Capítulo VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEVIDES, M. V. de M. **Cidadania e democracia**. São Paulo: Lua Nova. 1994.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. 28 ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRASIL. **Constituição brasileira**. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução normativa 01/97**. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução normativa 01/98**. 1998 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do SUS**. 01/1991. Brasília: MS, 1991a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do SUS**. 01/1992. Brasília: MS, 1992b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/545 de 20 de maio de 1993 – Norma Operacional Básica SUS 01/1993. **Diário Oficial da União**, 24/05/1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/1742 de 30 de agosto de 1996 – Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. **Diário Oficial da União**, 30/08/1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Descentralização da ação de saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei. Brasília : MS, 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília : 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de referências para o controle social: Manual do conselheiro**. Brasília : IEC 1994.

BRASIL. **Relatório Final da VIII Conferência nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. **Relatório da X Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1998.

BUFFA, E.; ARROYO, M.G.; NOSELLA, P. **Educação e cidadania: quem educa o cidadão?** 3 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

BUSS, Paulo Marchiori. O SUS e a reforma do Estado. **Revista Tema – Programa Radis**, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, n. 14, jun., 1997.

CADERNO DA NONA CONFERÊNCIA. **Descentralizando e democratizando o conhecimento**. Brasília: UNB. agosto/1992.

CALEMANN et al. **Auditoria Controle e Programação de Serviços de Saúde: saúde & cidadania para gestores municipais de serviços de saúde**. São Paulo: IDS: FSP:USP: Banco Itáú, 1998.

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, G. de C.M. **Avaliação das condições de saúde e dos serviços de saúde em São José dos Campos**. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública.

CARVALHO, G. de C. M. **As funções nos serviços de saúde**. Brasília.(mimeo). 1996.

CASTRO, M. H. G. Descentralização e políticas de Saúde: tendências recentes. Planejamento e Políticas Públicas: **Revista Semestral do IPEA**, Instituto de Planejamento Econômico e Social, n.5, junho, 1991.

CESAR, C.L.G., TANAKA, O. Y. Inquérito Domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1999, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, p.59-70,1996. Suplemento 2.

CNBB – **Setor Pastoral Social – Brasil: Alternativas e Protagonistas**, Petrópolis: Vozes. 1994.

CNBB. **A Fraternidade e os Desempregados – Sem Trabalho Porque?** Texto-Base. São Paulo: Editora Salesiana Dom Bosco, 1999.

CNBB apud OLIVEIRA, J. S. (org.). **O traço da Desigualdade Social no Brasil**, cf.p 20-25: “O período 1980/1990: mapeamento da questão social”, Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 1993.

CNBB apud RIFKIN, J., **O Fim dos Empregos**. O declínio inevitável dos níveis dos Empregos e a redução da força de trabalho, São Paulo, Makron Books, 1995.

CNBB apud VERVIER, J. H.: “Desemprego: alguns desafios éticos”. **Revista Eclesiástica Brasileira**. Dez.1996. Ed. Vozes. Petrópolis. RJ.

COHN, A. et al. **A Saúde como direito e como serviço – o acesso em discussão: o viés da racionalidade e o viés da carência**. São Paulo: Cortez, 1991. (Pensamento Social, 7).

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, (org.) **Avaliação em Saúde, do métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. P.29-48.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber Preparar uma pesquisa: finição, estrutura, financiamento**. 2ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

COSTA, Nilson do Rosário. O SUS e a reforma do Estado. **Revista Tema**, Programa Radis, escola nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, n. 14, jun. 1997.

COVRE, M. de L. M. **O que é Cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1991. 24

DEMO, P. **Participação É Conquista: noções de política participativa**. São Paulo: Cortez: 1993.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y método de evaluación** – enfoque básico para la evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1984. P. 95-157.

DONANGELO, E. M. C., PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. Cap.3.

DUCHIADE, M. P. População Brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M. C.S. (org). **Os Muitos Brasis: Saúde e educação na década de 80**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1995.

ESMERALDINO, A. Q. **Propondo um trabalho educativo em conjunto com famílias de crianças desnutridas em uma comunidade de Florianópolis**. Projeto Assistencial de Graduação em Enfermagem, UFSC. 1999.

FARIA, E. M., **Comunicação na Saúde: Fim da Assimetria?** Florianópolis: UFPel Ed. Universitária, 1998.

FARIA, E. M. **Planejamento Estratégico na Saúde: pensar e fazer saúde com outro olhar**. Fpolis, 1996. Trabalho apresentado à banca examinadora do concurso público de professor titular na UFSC (mimeo)

FANTIM, M. **Construindo Cidadania e Dignidade: experiências populares de educação e organização no Morro do Horácio**. Florianópolis: Insular, 1997.

FREIRE, P. **Conscientização: Teoria e prática da Libertação** - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Educação e Mudança**. 19 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 22 ed. São Paulo /Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

_____. **Extensão ou Comunicação?** 8 ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREI BETTO. **Fome de Pão e Beleza.** São Paulo: Siciliano.1993.

FLEURY, S. **Estado sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ,1994.

FONSECA, L. E. **Promoção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde,1996

GADOTTI, M. **Convite à literatura de Paulo Freire.** 2 ed. São Paulo: Scipione, 1991.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da Educação: um estudo introdutório.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 1983.

GENTILI, P.A. A. O Discurso da “qualidade” como nova retórica conservadora no campo educacional In: De SORDI, M.R.L. - O Caos Nosso de Todo Dia: O Ensino na Área da Saúde num Sistema em Crise. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 69, 1997.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

HEIMANN, L. S. **O município e a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

JARDONOVSKI, E. GUIMARÃES, P. C. V. Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso asileiro. **Revista Saúde em Debate**, n. 42, março/1994.

LYDA, M. **Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada.** São Paulo: U.E.P., 1994.

LUCHESI, P.T.R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil : a implementação do sistema único de saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 4, dez.1996.p.76-156.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS.** São Paulo: Hucitec, Abrasco.1996.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. Modelos de proteção e promoção da saúde, sob o signo da iniquidade. **Revista Tema.** Programa Radis, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, n. 14, jun., 1997.

MOCINHO, R.R. **Construindo e analisando uma proposta de instrumentalização de Conselheiros de Saúde para o Exercício do Controle Social.** Florianópolis: UFSC, 2000 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Interinstitucional UFSC/UPF.

NOVAES H. M. **Bases Conceituais**: os relatórios Flexner e Dawson. Ações integradas nos sistemas locais de saúde. SILOS, análise conceituais e apreciações de programas selecionadas na América Latina. São Paulo: Pioneira, 1990.p.15-26.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. **Alma-Ata**, 1978.

ORGANIZAÇÃO Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. **Capacitação em gerência de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário**. Brasília, 1993.

ORTIGA, A. M. B. Efeitos da Municipalização no acesso e na Integralidade dos Serviços de Saúde, Blumenau,SC. 1994 - 1998. Dissertação de mestrado. Pós-Graduação em Saúde Pública. UFCS.1999.

PIRES, D.E.P.- **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez,1989.

PIRES, D.E.P. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: CUT Annablume,1998.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 1997/2000. Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis, 1997.

POLIT, D.F., HUNGLER, B. P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**, 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RADIS, Revista Tema. **Ano da Saúde -Entre o Estado mínimo e o Estado necessário**. p. 03 e 19. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Jul. 19977.

REIS, E. J.B. et al. Avaliação da qualidade e dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.50-61, jan/mar, 1990.

REBEN – Revista Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem Cortez, **Saúde da Família**. Entrevista Programa Saúde da Família, com a Diretora do Departamento de Atenção Básica, realizada por Enfª Drª Denise Pires. Brasília-DF: Cortez, dez. p 7-16, 2000.

RELATÓRIO DE GESTÃO 1999. Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis, 1999

REVISTA CONTACT, Genebra, 1986 e 1998. 57. SADER, Eder. **Quando novos personagens entram em cena**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

RIZZOTTO. M.L.F. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas: UEC, 2000. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.

SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, Lilian B. (org.) **Saúde em Debate**: programação de saúde hoje. São Paulo: Hucitec, 1990. p.117-138.

SAUPE, R. (org.) **Educação em Enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC, 1998.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Coordenação Estadual do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Florianópolis, 2000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde 1997/2000, Florianópolis, 1997.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenação Municipal do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Florianópolis, agosto, 2000.

SEVERINO, A. J. **Educação, ideologia e contra - ideologia**. São Paulo: E.P.U., 1986.

SILVA, L. M. V., FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde : limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.1, p.80-89, jan./mar., 1994.

UNICEF, Cuidados Primários de Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. ALMA-ATA**, Estados Unidos, 1984.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VALLA V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização **Cadernos de Saúde Pública** v.15 s.2 Rio de Janeiro 1999.

VUORI, H. **A Qualidade da Saúde**. Trabalho apresentado no Seminário de Avaliação dos Serviços de Saúde – aspectos metodológicos, Rio de Janeiro, 21 a 25 de novembro de 1988), 1988 p.17-25.

XAVIER, I. de M. A reforma sanitária e a participação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. n. 41.jul. p. 190-198, 1988.

WERNER, D. **Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde**. São Paulo: Paulinas, 1994.

WOSNY, A. de M. **Nasce o sol nascente**: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

ZORRILLA, S. TORRES, Miguel. **Guía para elaborar la tesis**. Mc Graw

ANEXOS

**Anexo I - Fichas de cadastramento e acompanhamento
do SIAB – para ACS**

- 1. Gestante**
- 2. Criança**
- 3. Hipertenso**
- 4. Diabético**
- 5. Hanseníase**
- 6. Tuberculose**
- 7. Compilado de 10 micro-áreas**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA										ANO							
MUNICÍPIO			UNIDADE			ÁREA		MICROÁREA		NOME DO ACS:							
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES																	
Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina			Estado Nutricional: D - Desnutrida N - Nutrida			Data da consulta de pré-natal			Fatores de risco	Resultado da gestação atual	Data da consulta de puerpério			
			1	2	3	R	1	2	3	4	5				6	7	8
Nome:																	
Endereço:	OBS: _____																
Nome:																	
Endereço:	OBS: _____																
Nome:																	
Endereço:	OBS: _____																

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS - SAÚDE

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA - FAC

CS: _____ Área: _____ Micro Área: _____
 Nome A. C. S.: _____ Código: _____

Nome da criança: _____
 Nascimento: ____/____/____ Peso ao Nascer: _____
 Nº SUS: _____ Nº Sisvan: _____

Responsável: _____ Telefone Contato: _____
 Endereço: _____ Referência: _____

Meternidade: _____ Município: _____

Visita Capital Criança na Maternidade S/N () Agendamento Consulta Neonatal S/N ()
 Teste Pezinho S/N () Data: ____/____/____

IMUNIZACÕES - ESQUEMA BÁSICO DE VACINAS								
VACINA DOSE	ANTIPÓLIO	TRÍPLICE - DPT	ANTI-SARAMPO	FEBRE AMARELA	BCG	HEPATITE B	TRIVIRAL	HIB
1ª	2 meses	2 meses	9 meses	6 meses	Ao Nascer	Ao Nascer	1 ano e 3 meses	2 meses
2ª	4 meses	4 meses				1 mês		4 meses
3ª	6 meses	6 meses				6 meses		6 meses
1ª REFORÇO	1 ano e 3 meses	1 ano e 3 meses						
2ª REFORÇO		5 anos						

Especificação	de 0 à 29 dias	M E S E S										
		01m	02m	03m	04m	05m	06m	07m	08m	09m	10m	11m
1. Data Visita												
2. Consulta Puericultura												
3. Peso												
4. Estado Nutricional												
5. Alimentação												
6. Consulta Dentista												
7. Hospitalização												
8. Terapia Reidratação Oral												
9. Diarréia												
10. Suplementação Alimentar												
11. Infecção Respiratória												
12. Creche												
13. Outras Intercorrências												
14. Observações												

Especificação	1 ANO e											
	00m	01m	02m	03m	04m	05m	06m	07m	08m	09m	10m	11m
1. Data Visita												
2. Consulta Puericultura												
3. Peso												
4. Estado Nutricional												
5. Alimentação												
6. Consulta Dentista												
7. Hospitalização												
8. Terapia Reidratação Oral												
9. Diarréia												
10. Suplementação Alimentar												
11. Infecção Respiratória												
12. Creche												
13. Outras Intercorrências												
14. Observações												

Especificação	2 ANO e											
	00m	01m	02m	03m	04m	05m	06m	07m	08m	09m	10m	11m
1. Data Visita												
2. Consulta Puericultura												
3. Peso												
4. Estado Nutricional												
5. Alimentação												
6. Consulta Dentista												
7. Hospitalização												
8. Terapia Reidratação Oral												
9. Diarréia												
10. Suplementação Alimentar												
11. Infecção Respiratória												
12. Creche												
13. Outras Intercorrências												
14. Observações												

Especificação	3 ANO e											
	00m	01m	02m	03m	04m	05m	06m	07m	08m	09m	10m	11m
1. Data Visita												
2. Consulta Puericultura												
3. Peso												
4. Estado Nutricional												
5. Alimentação												
6. Consulta Dentista												
7. Hospitalização												
8. Terapia Reidratação Oral												
9. Diarréia												
10. Suplementação Alimentar												
11. Infecção Respiratória												
12. Creche												
13. Outras Intercorrências												
14. Observações												

Especificação	4 ANO e											
	00m	01m	02m	03m	04m	05m	06m	07m	08m	09m	10m	11m
1. Data Visita												
2. Consulta Puericultura												
3. Peso												
4. Estado Nutricional												
5. Alimentação												
6. Consulta Dentista												
7. Hospitalização												
8. Terapia Reidratação Oral												
9. Diarréia												
10. Suplementação Alimentar												
11. Infecção Respiratória												
12. Creche												
13. Outras Intercorrências												
14. Observações												

Especificação	5 ANO e											
	00m	01m	02m	03m	04m	05m	06m	07m	08m	09m	10m	11m
1. Data Visita												
2. Consulta Puericultura												
3. Peso												
4. Estado Nutricional												
5. Alimentação												
6. Consulta Dentista												
7. Hospitalização												
8. Terapia Reidratação Oral												
9. Diarréia												
10. Suplementação Alimentar												
11. Infecção Respiratória												
12. Creche												
13. Outras Intercorrências												
14. Observações												

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações		
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Nº de Comunicantes	Comunicantes < 5 anos	
Nome			Data da visita do ACS															
Endereço			Toma medicação diária															
			Reações indesejáveis															
			Data da última consulta															
			Exame de escarro															
			Comunicantes examinados															
			< 5 anos com BCG															
Nome			Data da visita do ACS															
Endereço			Toma medicação diária															
			Reações indesejáveis															
			Data da última consulta															
			Exame de escarro															
			Comunicantes examinados															
			< 5 anos com BCG															
Nome			Data da visita do ACS															
Endereço			Toma medicação diária															
			Reações indesejáveis															
			Data da última consulta															
			Exame de escarro															
			Comunicantes examinados															
			< 5 anos com BCG															

**Anexo II – Número de Agentes Comunitários de Saúde e
Cobertura Populacional no Estado de Santa Catarina –
série histórica 1994-1998**

Nº de Agentes Comunitários de Saúde e Cobertura População Série Histórica 1994-1998

	1994		1995		1996		1997		1998	
UF	Nº DE ACS	POP. COB.	Nº DE ACS	POP. COB.	Nº DE ACS	POP. COB.	Nº DE ACS	POP. COB.	Nº DE ACS	PI
AC	85	46.750	137	75.350	220	121.000	147	80.850	532	
AM	2.381	1.309.550	2.381	1.309.550	0	0	0	0	1.327	
AP	363	199.650	69	37.950	192	105.600	315	173.250	546	
PA	1.635	899.250	1.149	631.950	4.090	2.249.500	3.934	2.163.700	6.669	
RO	514	282.700	652	358.600	1.307	718.850	1.551	853.050	1.621	
RR	137	75.350	137	75.350	80	44.000	80	44.000	148	
TO	152	83.600	376	206.800	457	251.350	809	444.950	1.391	
SUBTOTAL	5.267	2.896.850	4.901	2.695.550	6.346	3.490.300	6.836	3.759.800	12.234	
AL	1.290	709.500	1.186	652.300	1.818	999.900	2.120	1.166.000	3.094	
BA	2.226	1.224.300	2.226	1.224.300	5.532	3.042.600	5.555	3.055.250	14.913	
CE	8.093	4.451.150	8.252	4.538.600	9.099	5.004.450	9.099	5.004.450	9.556	
MA	2.517	1.384.350	2.766	1.521.300	3.713	2.042.150	6.314	3.472.700	6.274	
PB	1.515	833.250	3.015	1.658.250	3.015	1.658.250	2.735	1.504.250	4.144	
PE	4.195	2.307.250	5.883	3.235.650	6.228	3.425.400	7.244	3.984.200	8.447	
PI	1.990	1.094.500	2.372	1.304.600	2.417	1.329.350	2.566	1.411.300	2.917	
RN	1.282	705.100	2.038	1.120.900	2.594	1.426.700	3.316	1.823.800	3.306	
SE	424	233.200	616	338.800	1.002	551.100	1.500	825.000	2.004	
SUBTOTAL	23.532	12.942.600	28.354	15.594.700	35.418	19.479.900	40.449	22.246.950	54.655	3
DF	0	0	0	0	0	0	524	288.200	1.286	
GO	299	164.450	734	403.700	884	486.200	1.524	838.200	2.888	
MS	0	0	0	0	146	80.300	699	384.450	1.491	
MT	0	0	171	94.050	374	205.700	1.032	567.600	1.682	
SUBTOTAL	299	164.450	905	497.750	1.404	772.200	3.779	2.078.450	7.347	
ES	0	0	0	0	0	0	481	264.550	953	
MG	0	0	0	0	0	0	0	0	4.141	
RJ	0	0	0	0	0	0	0	0	864	
SP	0	0	0	0	0	0	109	59.950	1.987	
SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	590	324.500	7.945	
PR	0	0	0	0	0	0	1.803	991.650	3.933	
RS	0	0	386	212.300	1.364	750.200	1.477	812.350	2.329	
SC	0	0	0	0	0	0	0	0	→ 518	
SUBTOTAL	0	0	386	212.300	1.364	750.200	3.280	1.804.000	6.780	
TOTAL	29.098	16.003.900	34.546	19.000.300	44.532	24.492.600	54.934	30.213.700	88.961	4

SERIE-HISTÓRICA - PACS99498.xls

Anexo III - Decreto do Ministério da saúde sobre os Agentes Comunitários de Saúde. Outubro/99



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Assessoria de Comunicação Social
Divisão de Imprensa

Agentes Comunitários de Saúde

*Decreto esclarece e valoriza o trabalho dos mais
de cem mil agentes distribuídos pelo país*

04.10.99

O Ministério da Saúde já conta com 101.878 agentes comunitários de saúde trabalhando em 3.852 municípios brasileiros. Para comemorar a marca, o presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, assina hoje decreto que reconhece o trabalho dos agentes como uma ação de relevante interesse público.

O decreto ressalta a importância dos agentes como promotores da saúde da população e determina diretrizes para suas atividades em todo o país. Conforme estabelece o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os agentes são responsáveis pela condução de informações sobre prevenção de doenças e promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Nos municípios qualificados ao programa, os Agentes Comunitários de Saúde têm como funções:

- 1 – Identificar e cadastrar a população de sua área de atuação, identificando suas necessidades, potencialidades e prioridades;
- 2 – Executar atividades para a promoção da saúde do indivíduo e da comunidade;
- 3 – Registrar, para o controle das ações de saúde, o número de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde da comunidade;
- 4 – Estimular a participação da sociedade nas políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de vida;
- 5 – Realizar visitas domiciliares periódicas para o monitoramento da saúde das famílias.

Diretrizes - O decreto também determina que os agentes devem residir na comunidade onde atuam, ter espírito de liderança, de solidariedade e preencher os requisitos mínimos exigidos pelo Ministério da Saúde para o PACS. Além disso, ressalta que o agente prestará seus serviços de forma remunerada, vinculado direta ou indiretamente ao poder público local, de acordo com as disposições do PACS.

Direitos Humanos - Paralelamente ao decreto presidencial, os ministros da Saúde, José Serra - representado hoje pelo secretário-executivo do Ministério da Saúde, Barjas Negri - e da Justiça, José Carlos Dias, assinam Protocolo de Cooperação Técnica para a participação dos Agentes Comunitários de Saúde e das

equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) no Programa Nacional dos Direitos Humanos. O objetivo é incluir nas atividades dos agentes a disseminação dos direitos humanos e de cidadania entre as comunidades assistidas pelos agentes de saúde.

A proposta dos ministérios da Saúde e Justiça (por meio da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos – SEDH) é proteger e garantir os direitos humanos básicos da população, procurando difundir uma cultura de valorização da vida e da cidadania. A cooperação técnica justifica-se, também, pelo exercício dos Agentes Comunitários de Saúde nas comunidades, que muitas vezes se deparam com questões que ultrapassam o campo da saúde.

A propagação das noções básicas de direitos humanos e cidadania será feita com a distribuição de material informativo (cartilhas educativas, cartazes etc.), divulgação em rádios comunitárias e, principalmente, durante as visitas domiciliares realizadas periodicamente às famílias. Para isso, os agentes serão treinados por entidades especializadas na promoção dos direitos humanos mediante convênios com os ministérios da Saúde e Justiça.

A operacionalização da cooperação técnica terá início no prazo de até 90 dias após a assinatura do protocolo. A parceria entre os ministérios não envolve a transferência de recursos financeiros e as eventuais despesas com a execução das atividades serão financiadas de acordo com as responsabilidades de cada instituição governamental.

Aos Agentes Comunitários de Saúde cabe as seguintes responsabilidades:

- 1- A atenção privilegiada aos indivíduos e comunidades acompanhados pelos agentes;
- 2- Aos idosos, mediante a identificação da violência cometida contra este grupo social, garantindo seus direitos dentro da comunidade e formando “cuidadores de idosos” capacitados em direitos humanos e cidadania;
- 3- Aos portadores de deficiências, trabalhando sob a estratégia da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), com igualdade de oportunidades e integração social deste grupo na comunidade;
- 4- As crianças e adolescentes, fortalecendo as ações dos Conselhos Tutelares, divulgando o Estatuto da Criança e do Adolescente e identificando as práticas de abuso, violência e exploração;
- 5- As mulheres, coibindo, mediante campanhas de esclarecimento e denúncias a órgãos competentes, qualquer forma de discriminação e abuso contra este grupo;
- 6- Divulgar as noções básicas de direitos humanos e cidadania;
- 7- Zelar pela gratuidade dos registros civis, com o apoio da população, por meio da vigilância dos cartórios.

Números – No mês de setembro, o PACS atingiu 101.878 Agentes Comunitários de Saúde atuando em 3.852 municípios. Mais de 58,5 milhões de pessoas já podem contar com o trabalho dos agentes na promoção de sua saúde. Os estados com maior cobertura da população são o Amapá, Tocantins, Piauí, Sergipe e Maranhão.

**Anexo IV – Protocolo de Cooperação entre Ministério da
Justiça e Ministério da saúde sobre os Agentes
Comunitários de Saúde. Abril/99**

**PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO QUE
CELEBRAM ENTRE SI O MINISTÉRIO DE
JUSTIÇA, POR INTERMÉDIO DA
SECRETARIA DE ESTADO DOS DIREITOS
HUMANOS E O MINISTÉRIO DA SAÚDE
SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROGRAMA
NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS**

O Ministério da Justiça, com sede na Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Brasília, DF, inscrito no CGC/MF sob o nº 00394494/001-36, representado pelo seu titular Ministro de Estado JOSÉ CARLOS DIAS, portador do CPF nº 006.314.348-87 e da CI nº 2227711, expedida pela SSP/SP, por intermédio da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, representado pelo seu Secretário JOSÉ GREGORI, portador do CPF nº 007.023.828-68 e da CI nº 1.359.765-6, expedida pela SSP/SP doravante denominados, respectivamente, MJ e SEDH, e o Ministério da Saúde, com sede na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Brasília- DF, inscrito no CGC/MF sob o nº 00.530.493/0001-71, representado pelo Ministro de Estado da Saúde, JOSÉ SERRA, portador do CPF nº 935.659.688-34 e da CI nº 2.645.955/SSP/SP, doravante denominado MS.

considerando

- I. a legitimidade angariada pelos Agentes Comunitários de Saúde- ACS e Equipe de Saúde da Família ESF, devido a suas inserções nas comunidades em que atuam e ao reconhecimento destas por seus trabalhos;
- II. que o exercício destes ACS e ESF nessas comunidades os fazem deparar com questões cuja abrangência e amplitude ultrapassam a problemática da saúde, *strictu sensu*;
- III. que ao se depararem com questões que atingem os direitos mínimos do exercício da cidadania e da condição humana, é aconselhável incluir, dentre as atividades primárias do PACS e do Programa de Saúde da Família- PSF, atividades ligadas a uma agenda propositiva de divulgação e atuação na área dos direitos humanos;
- IV. que tal iniciativa se inclui dentro da agenda programática do Governo Federal de tomar a questão dos direitos humanos como diretriz semântica de atuação do governo;
- V. que tal proposta visa melhorar as condições de vida das populações mais afetadas em seus direitos básicos, procurando disseminar uma cultura de valorização da vida e uma consciência crescente de cidadania.

RESOLVEM incluir, dentre as atividades constantes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS e do Programa de Saúde da Família- PSF, outras que possam atingir questões referentes

atuação e difusão dos Direitos Humanos e da Cidadania, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Protocolo tem por finalidade o desenvolvimento de cooperação entre o Ministério da Justiça, por intermédio da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos – SEDH, e o Ministério da Saúde, para que se incorporem, dentro da linha de ações do PACS e do PSF, em sua atuação nas comunidades, questões referentes a princípios básicos de Direitos Humanos e Cidadania.

CLÁUSULA SEGUNDA- DAS ATRIBUIÇÕES

As partes signatárias comprometem-se, reciprocamente, visando aos objetivos do presente Protocolo, no âmbito de suas respectivas atribuições, atuar em parceria na implementação das seguintes ações:

- a) intercambiar informações, documentos e apoio técnico-institucional necessário à consecução da finalidade deste Protocolo;
- b) atuar em parceria no planejamento, implantação, acompanhamento e avaliação dos programas objeto do presente Protocolo;
- c) fornecer, quando solicitado pelas partes, todas as informações e documentos julgados necessários à consecução do objeto do presente Protocolo;
- d) criar instrumentos metodológicos adequados que permitam o mapeamento das principais violações dos Direitos Humanos nas diversas comunidades assistidas pelo PACS e pelo PSF, através da correta coleta de dados, elaboração de questionários e análise de resultados;
 - a elaboração dos instrumentos metodológicos de pesquisa, bem como a análise das informações coletadas ficarão a cargo da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos.
- e) fornecer amplo apoio institucional aos Agentes Comunitários de Saúde e à Equipe de Saúde da Família através de uma rede de sustentação de suas atividades constituída pelo Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares e demais órgãos de defesa, de recebimento de denúncias e de reconhecida atuação na proteção e promoção dos direitos humanos e da cidadania;
- f) adotar ações comuns para o adequado treinamento dos ACS e ESF de maneira que possam tais agentes identificar os problemas que surgirem e os encaminhar da melhor maneira possível.

Este treinamento será fornecido por entidades de adequada e reconhecida atuação na promoção dos direitos humanos e em articulação com Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para o pessoal do Saúde da Família e com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mediante convênios a serem feitos pelas partes integrantes do presente Protocolo. Tal treinamento não se restringirá a dar conhecimento dos princípios básicos dos Direitos Humanos, mas procurará, fundamentalmente, fazer destes agentes pessoas sensíveis aos problemas de suas comunidades e torná-los massa crítica, facilitadora e difusora de uma nova consciência baseada nas noções do respeito à vida;

g) atribuir aos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família as seguintes responsabilidades:

1. a atenção privilegiada;
2. aos Idosos - mediante a identificação de violência cometida contra este grupo social, o velamento de seus direitos e a formação de cuidadores de idosos com o adequado conhecimento em direitos humanos e em direito dos idosos dentro da comunidade;
3. aos Portadores de deficiência - através da estratégia de REABILITAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE (RBC), a qual oportuniza o desenvolvimento comunitário com vista à reabilitação, equiparação de oportunidades e integração social deste grupo;
4. às Crianças e Adolescentes- mediante o fortalecimento dos Conselhos Tutelares, a identificação de práticas de abuso, violência e exploração deste grupo social e por meio da divulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA;
5. às mulheres- pela coibição, mediante campanhas de esclarecimento e denúncias a órgãos competentes, de qualquer forma de discriminação e abuso a este grupo social.
6. a difusão de noções básicas de Direitos Humanos e de Cidadania por meio da distribuição de cartilhas educativas, cartazes, divulgação em rádios comunitárias e, principalmente, pelas visitas feitas periodicamente pelos ACS e ESF às famílias;
7. o velamento pela gratuidade dos registros civis por meio da conscientização da população de seus direitos e por intermédio da vigilância dos cartórios.

CLÁUSULA TERCEIRA- DOS RECURSOS FINANCEIROS

A presente cooperação não envolve a transferência de recursos financeiros para qualquer das partes, arcando cada qual com as eventuais despesas necessárias para sua execução.

CLÁUSULA QUARTA- DA OPERACIONALIZAÇÃO

Com vistas à operacionalização do presente Protocolo, o MJ e o MS deverão formalizar, por meio de instrumento adequado, em prazo de até 90 dias a partir da data de assinatura deste Protocolo, Termo de Referência detalhando as ações a serem desenvolvidas.

CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

O presente Protocolo entra em vigor a partir da data de sua assinatura, encerrando-se no dia 31 de dezembro de 2002, podendo ser denunciado por iniciativa de quaisquer das partes, mediante a expedição de carta com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

CLÁUSULA SEXTA- DAS ALTERAÇÕES

Este instrumento poderá ser modificado em qualquer de suas cláusulas e disposições, exceto quanto ao seu objeto, mediante Termo Aditivo, de comum acordo entre as partes, desde que tal

interesse seja manifestado, previamente, por uma das partes, por escrito, em tempo hábil para sua tramitação dentro do prazo de vigência deste instrumento.

CLÁUSULA SÉTIMA- DA PUBLICAÇÃO

A publicação do extrato resumido do presente instrumento no Diário Oficial da União ficará a cargo do Ministério da Justiça.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

Fica eleito o Fórum de Justiça Federal de Brasília/DF como competente para dirimir as questões decorrentes deste instrumento.

E por estarem justas e acertadas as partes, assinam o presente Protocolo de Cooperação em 3 (três) vias de igual teor e forma na presença das testemunhas abaixo,

Brasília, de de 1999.

JOSÉ CARLOS DIAS
Ministro de Estado da Justiça

JOSÉ SERRA
Ministro de Estado da Saúde

JOSÉ GREGORI
Secretário da SEDH

TESTEMUNHAS

CPF nº

CPF nº

**Anexo V - Decreto do Presidentes da República n. 3.189
de 04 de outubro de 1999**

DECRETO Nº 3.189, DE 4 DE OUTUBRO DE 1999.

Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências.

O PRESIDENTE DE REPÚBLICA, no uso de suas atribuições que lhe confere o art. 84 inciso VI, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.

Art. 2º São consideradas atividades do ACS, na sua área de atuação:

I utilizar instrumentos para diagnósticos demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação;

II executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;

III registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégias da conquista de qualidade de vida;

V realizar visitas domiciliares periódicas para o monitoramento da situação de risco à família;

VI participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida;

VII desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde.

Parágrafo único: As atividades do ACS são consideradas de relevante interesse público.

Art. 3º O ACS deve residir na própria comunidade, Ter espírito de liderança e de solidariedade e preencher os requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 4º O ACS prestará seus serviços de forma remunerada, na área do respectivo município, com vínculo direto ou indireto com o Poder Público local, observadas as disposições fixadas em portaria do Ministério da Saúde.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.
Brasília, 4 de outubro de 1999.

Fernando Henrique Cardoso

José Serra



Diário Oficial

REPÚBLICA
FEDERATIVA
DO BRASIL

IMPrensa Nacional

BRASÍLIA — DF

ANO CXXXVII - Nº 191

TERÇA-FEIRA, 5 DE OUTUBRO DE 1999

NÃO PODE SER VENDIDO
SEPARADAMENTE

Sumário

ATOS DO PODER EXECUTIVO.....	PÁGINA
PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (*).....	1
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (*).....	5
MINISTÉRIO DA DEFESA (*).....	6
MINISTÉRIO DA FAZENDA (*).....	19
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES (*).....	19
MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E DO ABASTECIMENTO (*).....	20
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (*).....	21
MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (*).....	21
MINISTÉRIO DE MINAS E ENERGIA (*).....	23
MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO (*).....	23
MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES (*).....	24
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA (*).....	25
MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL (*).....	26
MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO (*).....	26
PODER JUDICIÁRIO (*).....	26
ÍNDICE.....	27

(*) N. da DJOF: órgãos sujeitos à publicação no caderno eletrônico.

Atos do Poder Executivo

DECRETO Nº 3.189, DE 4 DE OUTUBRO DE 1999.

Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e de outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confiere o art. 84, inciso VI da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver as atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão constante.

A. 1.º São consideradas atividades do ACS, na sua área de atuação:

- I - utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e socio-cultural da comunidade de sua atuação;
- II - executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida;
- V - realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- VI - participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida;

VII - desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde.

Parágrafo único. As atividades do ACS são consideradas de relevante interesse público.

Art. 3º O ACS deve residir na própria comunidade, ter espírito de liderança e de solidariedade e preencher os requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 4º O ACS prestará seus serviços, de forma remunerada, na área do respectivo município, com vínculo direto ou indireto com o Poder Público local, observadas as disposições fixadas em portaria do Ministério da Saúde.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 4 de outubro de 1999; 178º da Independência e 111ª da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Serra

DECRETO DE 4 DE OUTUBRO DE 1999.

Declara de interesse social, para fins de reforma agrária, o imóvel rural denominado "Santa Teresa Primeira", situado no Município de Uruçuí, Estado do Piauí, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe conferem os arts. 84, inciso IV, e 184 da Constituição, e nos termos dos arts. 18 e 20 da Lei nº 4.504, de 30 de novembro de 1964, 2ª da Lei nº 8.629, de 25 de fevereiro de 1993, e 2ª da Lei Complementar nº 76, de 6 de julho de 1993,

DECRETA:

Art. 1º Fica declarado de interesse social, para fins de reforma agrária, nos termos dos arts. 16, letras "a", "b", "c" e "d", e 20, inciso VI, da Lei nº 4.504, de 30 de novembro de 1964, e 2ª da Lei nº 8.629, de 25 de fevereiro de 1993, o imóvel rural denominado "Santa Teresa Primeira", com área de dois mil e cem hectares, situado no Município de Uruçuí, objeto do Registro nº R-2-188, fls. 129, Livro 2-B e AV-15-188, fls. 138, Livro 2-E, do Cartão de Registro de Imóveis da Comarca de Uruçuí, Estado do Piauí.

Art. 2º Excluem-se dos efeitos deste Decreto os semoventes, as máquinas e os implementos agrícolas, bem como as benfeitorias existentes no imóvel retendo no artigo anterior e pertencentes aos que serão beneficiados com a sua destinação.

Art. 3º O Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária- INCRA fica autorizado a promover a desapropriação do imóvel rural de que trata este Decreto, na forma prevista na Lei Complementar nº 76, de 6 de julho de 1993, e a manter a área de Reserva Legal prevista na Lei nº 4.771, de 15 de setembro de 1965, preferencialmente em gleba única, de forma a conciliar o assentamento com a preservação do meio ambiente.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 4 de outubro de 1999; 178º da Independência e 111ª da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Raul Belens Jungmann Pinto

DECRETO DE 4 DE OUTUBRO DE 1999.

Declara de interesse social, para fins de reforma agrária, parte do imóvel rural denominado "Fazenda Marrecas", situado no Município de Carmoos dos Goitacazes, Estado do Rio de Janeiro, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe conferem os arts. 84, inciso IV, e 184 da Constituição, e nos termos dos arts. 18 e 20 da Lei nº 4.504, de 30 de novembro de 1964, 2ª da Lei nº 8.629, de 25 de fevereiro de 1993, e 2ª da Lei Complementar nº 76, de 6 de julho de 1993,

DECRETA:

Art. 1º Fica declarado de interesse social, para fins de reforma agrária, nos termos dos arts. 18, letras "a", "b", "c" e "d", e 20, inciso VI, da Lei nº 4.504, de

Anexo VI – Portaria do Ministro n. 3. 122 de 2 de julho de 1998

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 3.122, DE 2 DE JULHO DE 1998

Estabelece novos valores de incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de saúde da Família.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a contribuição dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família para a melhoria dos indicadores de saúde e o seu potencial já demonstrado de reorientação do modelo assistencial;

Considerando a qualificação dos municípios ao incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família e o correspondente saldo orçamentário;

Considerando que não serão mais transferidos recursos específicos para reequipar e readequar fisicamente unidades de Saúde da Família, por meio de convênios; e

Considerando o disposto na Portaria GM/MS nº 157 de 19.02.98, publicada no DO nº 40, de 02.03.98, resolve:

Art. 1º - Alterar os valores de incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e ao Programa de Saúde da Família – PSF.

Art. 2º - definir os seguintes valores como incentivo:

- I. para cada Agente Comunitário de Saúde, R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) por ano;
- II. para cada Equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem), R\$ 28.000,00 (vinte e oito mil reais por ano) por ano.

Art. 3º causar os efeitos do artigo 4º da portaria GM/MS nº 157, de 19.02.98, publicada no DO nº 40, de 02.03.98.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência julho/98.

JOSÉ SERRA

(Of. nº 71/98)

Anexo VII – Portaria n. 1886 de 18 de dezembro de 1997

PORTARIA Nº 1.886, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997

Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando que,

O Ministério da Saúde estabeleceu no seu Plano de Ações e Metas priorizar os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, estimulando a sua expansão:

O Ministério da Saúde reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, resolve:

Art. 1º Aprovar as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nos termos dos Anexos I e II desta Portaria, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos Programas.

Art. 2º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Anexo 08
**– Situação de Equipes do PSF lotadas nos Centros de Saúde
de Florianópolis – mar/00.**

**Anexo VIII – Situação de Equipes do PSF lotadas nos
Centros de Saúde de Florianópolis, mar./2000**

Centro Saúde	Equipe	Categoria	Nome do Profissional
Agronômica		Médica	Sandra Regina Sandri
		Enfermeira	Elizabeth Kessler Becker
		Téc. Enfermagem	Caroline Scherer
		Téc. Enfermagem	
Agronômica		Médico	Solange Maris Menta
		Enfermeira	Angela Maria Blatt Uriga
		Téc. Enfermagem	Zilda Vieira A. Pereira
		Aux. Enfermagem	Maria Aparecida Vieira Clemente
Agronômica		Médico	Angela Borges Parente
		Enfermeira	Marluce Pereira Martins
		Téc. Enfermagem	Haide Feijó de Andrade
		Aux. Enfermagem	Marilda Santana
Armação		Médico	Mirto Neill Taube
		Enfermeira	
Cachoeira		Téc. Enfermagem	Leroy Gordon Hoeffelmann
		Aux. Enfermagem	Ana Lucia Silveira de Souza Lima
		Médico	Jane Laner Cardoso
		Enfermeira	Mariza Regina Stuart
Canasvieiras		Téc. Enfermagem	Lúcia A. B. de Lemos
		Aux. Enfermagem	
		Médico	Clóvis Sampaio
		Enfermeira	Jezabel Andrade Silva
Costeira		Téc. Enfermagem	Neusa Maria Pacheco Branco
		Aux. Enfermagem	
		Médico	Elizabeth D. M. Chrain
		Enfermeira	Simoni Posser Gallina
Capoeiras		Téc. Enfermagem	Claudete Fraga Garcia
		Téc. Enfermagem	Samira Carvalho da Conceição
		Aux. Enfermagem	Janice Gaspar da Silva
		Médico	Eliana Estela Maris Zanelatto Berh
Capoeiras		Enfermeira	Vanessa Rosar Mattos Dias
		Téc. Enfermagem	Marisa Amorim de Souza
		Aux. Enfermagem	Rosiléia dos Santos
		Médico	
Capoeiras		Enfermeira	Arlete Emma Simião Kasper
		Aux. Enfermagem	Gerson de Oliveira
		Aux. Enfermagem	Maria Aparecida Brasil Rodolfo

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
 SECRETARIA DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
 PSF - SITUAÇÃO EXISTENTE EM 20.01.200

Centro Saúde	Equipe	Categoria	Nome do Profissional
Ingleses		Médico	Nelson Passold Neto
		Enfermeira	Marcia Borck
		Téc. Enfermagem	Fernanda Maria da Rosa
		Aux. Enfermagem	Sebastião Luiz Mendes
Ingleses		Enfermeira	Iris Linhares Furtado
		Téc. Enfermagem	Carmem Teresinha Arbellh
		Médico	Lucia Medianeira Toniolo Brasil
		Aux. Enfermagem	Valdirene Zini
Itacorubi		Médico	
		Enfermeira	Cleusa Rosalia Pacheco de Souza
		Téc. Enfermagem	Angela Maria Silveira Pereira
		Téc. Enfermagem	Roselene HinKel
Lagoa da Conceição		Médico	Pedro Luiz Schmidt
		Enfermeira	Sônia Beatriz Daugis
		Téc. Enfermagem	Marli Bastos Prudêncio
		Aux. Enfermagem	Salvelina J. dos Santos Simão
		Aux. Enfermagem	Elizabeth Teixeira Coelho
		Médico	Adalberto Costa
Monte Cristo		Enfermeira	Maria Catarina da Rosa
		Téc. Enfermagem	Amalia Rosana da Silveira
		Aux. Enfermagem	Dilza Ferreira Santiago
		Aux. Enfermagem	Ana Marileni Bortcili
		Médico	Carlos Renato da Silva Fonseca
Monte Cristo		Enfermeira	Tereza Cristina Gaio
		Téc. Enfermagem	Maria Irene Defrayb
		Aux. Enfermagem	Dirlei Silva Cirino

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
 SECRETARIA DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
 PSF - SITUAÇÃO EXISTENTE EM 20.01.200

Centro Saúde	Equipe	Categoria	Nome do Profissional
Monte Serrat		Médico	Yara Maria Gomes de C. Lima
		Enfermeira	Maria Aparecida de Souza
		Téc. Enfermagem	Maria Salete Elias
		Téc. Enfermagem	Vanusa Santana Guimarães
Morro das Pedras		Médico	Mariangela Cavallazzi Dutra
		Enfermeira	Artur Henrique Leimann
		Aux. Enfermagem	Janine Terezinha Santos
		Téc. Enfermagem	
Ponta das Canas		Médico	Nilton Olinto Cordeiro
		Enfermeira	Rita de Cassia Souza
		Téc. Enfermagem	Andrea N. de Oliveira Silva
		Aux. Enfermagem	Ana Maria dos Santos
Prainha		Médica	Ana Maria Bueno dos Santos
		Enfermeira	Olga Elizabete Mohr
		Aux. Enfermagem	Anelise Gehring
		Aux. Enfermagem	Rosilda E. de Souza Nascimento
Rio Tavares		Médica	Cesar Paulo Simonato
		Enfermeiro	Onelba
		Aux. Enfermagem	Mara Tânia Eufrásio
		Aux. Enfermagem	
Rio Vermelho		Médica	Flávia Oliveira de Moraes
		Enfermeiro	Vilma Nascimento
		Téc. Enfermagem	
		Aux. Enfermagem	Roselia Nunes Bruch
Saco Grande II		Médica	Renata Borges
		Enfermeira	Norma Maria de Oliveira
		Téc. Enfermagem	Cristiane da Silva
		Aux. Enfermagem	

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
PSF - SITUAÇÃO EXISTENTE EM 20.01.200

Centro Saúde	Equipe	Categoria	Nome do Profissional
Saco dos Limões		Médico	Victor Hugo Tagle
		Enfermeira	Resane Assunção de Albuquerque
		Téc. Enfermagem	
		Aux. Enfermagem	
Santo Antônio de Lisboa		Médico	Julio Cesar Marchi
		Enfermeira	Cirene M. da Costa Gonçalves
		Téc. Enfermagem	Iolanda M. da Rocha Soares
		Téc. Enfermagem	Diomara Della Giustina
Sapé		Médico	Hamilton Luiz Speck
		Enfermeira	Moniche Melo Cardoso
		Téc. Enfermagem	Vera Lucia de Oliveira Rangel
		Aux. Enfermagem	Rosa Cardoso da Rosa
Tapera		Médica	Adriana Conceição Vieira
		Enfermeira	Alessandra Quadro de Esmeraldino
		Aux. Enfermagem	Adriane Pereira da Silva
		Aux. Enfermagem	Marcia Maria do Nascimento
Vila Aparecida		Médica	Vera Lucia Bridi
		Enfermeira	Sonia Maria Poyer
		Aux. Enfermagem	Magali Ferreira
		Aux. Enfermagem	
Outras Situações		Médica	Maria de Fatima Marques da Silva
		Médica	Mirian Barzoni Mattos
		Téc. Enfermagem	Oswalde M. da Rosa da Silva

**Anexo IX – relação do Número de Servidores lotados na
Secretaria de Saúde de Florianópolis.**

RELAÇÃO DOS SERVIDORES POR CATEGORIAS

CATEGORIA FUNCIONAL	PMF	SES	INAMPS	OUTROS	TOTAL
MÉDICOS	82	17	30	08	138
ENFERMEIRA	20	05	01	00	26
TEC. ENFERMAGEM	76	03	00	02	81
AUX. ENFERMAGEM	66	13	12	00	91
AT. ENFERMAGEM	23	02	00	00	25
NUTRICIONISTA	02	00	00	00	02
TEC. ADMINISTRATIVO	07	03	00	00	10
AUX. ADMINISTRATIVO	23	05	09	00	37
ASS. ADMINISTRATIVA	13	01	00	01	15
ADMINISTRADOR	01	00	00	00	01
AG. ADMINISTRATIVO	07	02	14	00	23
MOTORISTA	13	00	01	01	15
FARMACÉUTICO	09	01	01	01	12
VIGIA	15	00	00	02	17
ODONTOLOGIA	72	04	06	00	82
FISCAL VIG. SANITÁRIA	05	02	00	00	07
SUPERVISOR SAÚDE	05	00	00	00	05
TEC. ATIVIDADE SAÚDE	00	03	00	00	03
ASSISTENTE SOCIAL	06	01	00	00	07
AT. CONS. ODONTOLÓGICO	32	00	00	00	32
AUX. OPER. SERVIÇOS	07	00	07	02	16
AUX. SERVIÇOS GERAIS	97	00	00	05	102
OUTROS CARGOS	66	00	00	00	71
TOTAL	647	62	81	22	818

Anexo X – Número de Micro-Áreas por região e unidades de saúde – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 01/2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
 SECRETARIA DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PACS

Nº DE MICRO-ÁREAS POR REGIÃO E UNIDADE DE SAÚDE

REGIÃO	UNIDADE DE SAÚDE	Nº DE MICRO-ÁREAS
CENTRO	Agronômica	39
	(Trindade Sul)	13
	Centro	41
	Monte Serrat	13
	Prainha	10
	Subtotal 4	116
CONTINENTE	Abraão	30
	Balneário	12
	Capoeiras	17
	Coloninha	6
	Estreito	12
	Jardim Atlântico	9
	Monte Cristo	28
	Morro da Caixa	13
	Policlínica II	17
	Sapé	10
	Vila Aparecida	11
	Subtotal 11	165
LESTE	Barra da Lagoa	6
	Canto da Lagoa	3
	Córrego Grande*	9
	Costa da Lagoa	2
	Itacorubi*	22
	Lagoa da Conceição*	15
	Pantanal	5
	Saco dos Limões	20
	Saco Grande I	5
	Saco Grande II*	23
	Subtotal 10	110

REGIÃO	UNIDADE DE SAÚDE	Nº DE MICRO-ÁREAS
NORTE	Cachoeira do Bom Jesus	9
	Canasvieiras	8
	Inglese	24
	Jurerê	5
	Ponta das canas	3
	Ratones	5
	Rio Vermelho	14
	Santo Antônio de Lisboa	12
	Vargem Grande	8
	Vargem Pequena	3
	Subtotal	10
SUL	Armação	8
	Alto Ribeirão	7
	Caeira da Barra do Sul	3
	Campeche	15
	Carianos	10
	Costeira do Pirajubaé*	21
	Fazenda do Rio Tavares	2
	Morro das Pedras	16
	Pântano do Sul	11
	Ribeirão da Ilha	9
	Rio Tavares*	10
	Tapera	10
	Subtotal	12
TOTAL	48	604

***Unidades de Saúde com Programa Docente Assistencial**

Obs.: Casos para decidir:

Trindade Sul = 13 micro-áreas pertencerá a qual Unidade de Saúde?

A Unidade de Saúde Fazenda do Rio Tavares está fechado.

Data: 31/01/00

Anexo XI – Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS – Ministério da Saúde. Agosto/1997.

PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE — PACS

Em matéria de saúde, prevenir as doenças é sempre o caminho mais seguro e mais econômico. Essa prevenção deveria começar em cada família, porém para isso existem muitas limitações — que, entre outras causas, são geradas pela falta de informação e pelos problemas cruciais de saúde materno-infantil. Inspirado em experiências anteriores bem-sucedidas, o Governo Federal criou, por meio do Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS é uma estratégia que integra a Agenda Básica da Comunidade Solidária. No foco dessa estratégia estão as idéias de proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações.

A questão da prioridade

O PACS dá prioridade ao atendimento a crianças e gestantes. É fácil entender por quê. Sabe-se que os maiores índices de mortalidade em regiões carentes se concentram nas crianças com menos de 5 anos. Algumas das doenças responsáveis por esse quadro se originam ainda na gravidez, geradas por condições precárias de vida e de nutrição, e complicadas pela ausência de acesso a serviços básicos de saúde.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) reside na própria comunidade em que trabalha; assim, tem acesso fácil às famílias da vizinhança e identifica rapidamente seus problemas. Ele atende aos moradores de cada casa em todas as questões relacionadas com a saúde: orienta, dá sugestões, dá apoio, controla e acompanha a realização dos procedimentos necessários, buscando encontrar alternativas para enfrentar as situações problemáticas juntamente com a comunidade. Muitas vezes, sua maior contribuição se resume à orientação acerca de questões de higiene, alimentação e hábitos de vida.

A valorização da família e da comunidade, bem como sua participação ativa na prevenção de doenças e na promoção da saúde, são pontos centrais na atuação do PACS. Tal

atitude proporciona à população uma assistência de maior qualidade e permite elevar seu padrão de saúde.

É o próprio Município que opta pela implantação do PACS, promove a seleção dos agentes na comunidade e proporciona treinamento a eles. Todo o processo de implantação e de funcionamento do PACS conta com recursos, orientação e apoio dos três níveis de governo: municipal, estadual e federal.

Como fazer parte do PACS

Antes de optar pelo PACS, a Prefeitura precisa conhecê-lo e saber como funciona. As informações a respeito do programa são fornecidas pelas secretarias de saúde de cada estado, por intermédio das Coordenações Estaduais, que estimulam e orientam sua implantação. Se quiser adotar o PACS, o Município precisa atender a alguns requisitos. É indispensável que disponha de:

- Conselho Municipal de Saúde, que participa das discussões a propósito da adesão ao programa.
- Unidade básica de saúde de referência, na qual os ACS serão cadastrados.
- Fundo municipal de saúde, ou conta especial para a saúde.
- Profissional enfermeiro lotado na unidade básica de referência dos ACS, na proporção de 1 enfermeiro para no máximo 30 agentes.
- A partir da implementação da habilitação dos municípios às condições de gestão previstas no NOB/SUS/01/96, a habilitação passará a ser também um requisito de adesão ao programa.

Ao constatar que possui todas essas condições e que existe a vontade política de implementar a estratégia do PACS, a secretaria municipal discute o assunto com o Conselho Municipal de Saúde, para obter sua aprovação e seu engajamento.

O Município então encaminha uma solicitação formal à Secretaria Estadual de Saúde, manifestando seu interesse em aderir ao PACS e demonstrando que preenche os requisitos exigidos. Confirmada a adesão, passa a interagir com os níveis federal e estadual.

OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Quantos ACS serão necessários?

Para calcular o número de agentes, o primeiro passo é definir as áreas ou os bairros do Município em que o programa deve ser implantado, com base no conhecimento das prioridades e das necessidades da população local. A melhor forma de identificar esse quadro costuma ser uma discussão aberta, da qual a comunidade toda participa, por intermédio de seus representantes — conselhos municipais, associações de moradores e outras organizações locais.

Definidas as áreas de atuação, é preciso saber quantas famílias residem na região a ser atendida. Essa informação pode ser obtida em cadastros da prefeitura, em empresas de água e luz, ou ainda na Fundação Nacional de Saúde.

De acordo com o número aproximado de famílias, é possível saber quantos ACS serão necessários em cada área de implantação do programa, pois se sabe que um agente pode acompanhar 100 a 150 famílias na zona rural, e 200 a 250 famílias na zona urbana.

Quanto mais, melhor

Quanto mais ampla for a população atendida pelos Agentes Comunitários de Saúde, melhores serão os resultados do trabalho, criando maior impacto sobre a vida da comunidade.

O que os ACS fazem?

Um Agente Comunitário de Saúde precisa conhecer muito bem a comunidade na qual vai trabalhar — esta é a principal razão para que ele atue justamente na área em que reside. Para conhecer melhor as famílias, ele começa seu trabalho pelo reconhecimento da população. Recolhe informações detalhadas acerca da realidade de cada domicílio e cadastra as famílias. Na seqüência de seu trabalho, ele irá acompanhar as modificações que ocorrerem nos dados desse cadastro,

para manter atualizado o Sistema de Informações.

Pelo cadastramento, ele fica sabendo onde há pessoas que requerem maior atenção — crianças, gestantes, desnutridos, puérperas, idosos, portadores de problemas de saúde como hipertensão, diabetes e outros. E também identifica as condições de habitação: como são os serviços de água, de esgoto e de coleta de lixo, qual a situação de trabalho e de renda dos moradores.

Importância do cadastramento

Os dados do cadastro de cada família são complementados por outras informações que o Município possui, compondo o Sistema de Informação, fundamental para orientar a implantação e o desenvolvimento do programa. O conjunto desses dados é continuamente atualizado pelos Agentes de Saúde. O bom conhecimento das famílias e de suas condições de vida permite planejar as ações necessárias, em conjunto com a comunidade.

Entre suas principais atribuições, o agente deve:

- Cadastrar todas as famílias em sua área de atuação.
- Visitar no mínimo uma vez por mês cada família, aumentando essa frequência quando surgir uma situação que requeira atenção especial.
- Pesquisar e medir uma vez por mês as crianças com menos de 2 anos e registrar a informação no cartão de acompanhamento. Esse controle permite detectar, por exemplo, a presença de deficiências nutricionais que interfiram no crescimento. Se for preciso, a ação do ACS se concentra em tomar medidas para melhorar esse quadro, juntamente com o serviço de saúde local e com a comunidade.

- Verificar o cartão de vacinação mensalmente; se as aplicações estiverem atrasadas, encaminhar a criança para o Centro de Saúde.

- Orientar a família em relação ao uso do soro de reidratação oral e à adoção de medidas de prevenção de diarreias, como estratégia para evitar quadros de desidratação.

- Dar orientação para evitar infecções respiratórias agudas, que podem evoluir para uma pneumonia.

- Incentivar o aleitamento materno.

- Identificar as gestantes e encaminhá-las para o acompanhamento pré-natal. Depois disso, verificar mensalmente se as consultas estão sendo feitas.

- Explicar a importância da vacinação antitetânica na gravidez, para evitar o tétano em recém-nascidos ("mal-de-sete-dias") e encaminhar a gestante para a vacinação.

- Orientar as mulheres em idade fértil em relação aos riscos de câncer da mama e do colo uterino e encaminhá-las para exames de controle.

- Dar orientação acerca de métodos de planejamento familiar.

- Orientar quanto às formas de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Aids.

- Dar assistência aos doentes que estiverem em tratamento no Centro de Saúde.

Trabalho integrado

O Agente Comunitário de Saúde não trabalha sozinho. Ele faz parte do sistema de saúde local e atua como uma ponte entre a comunidade e os serviços de saúde disponíveis em seu município.

- Estar atento para problemas que afetam o meio ambiente, como coleta de lixo, serviços de água e esgoto etc. Propor soluções e dar o apoio necessário para que a comunidade enfrente a situação.

- Orientar as famílias quanto à prevenção e aos cuidados em relação a endemias que afetem a região, como cólera, dengue, malária e outras.

Um exemplo de atuação do ACS

Em uma de suas visitas mensais, o ACS fica sabendo que há uma gestante em determinado domicílio. Então, conversa com ela a respeito da importância do pré-natal, e faz o encaminhamento para o Centro de Saúde. Ao mesmo tempo, informa ao Centro de Saúde de sua referência, que precisa se programar para mais esse atendimento.

Equipamento básico de um ACS

O ACS deve sair sempre para seu trabalho com a roupa e o crachá de identificação, a prancheta e as fichas do Sistema de Informação. Assim, ele é facilmente reconhecido pela comunidade. Com frequência ele precisa percorrer grandes distâncias e, neste caso, é imprescindível que disponha de um meio de transporte adequado — bicicleta, barco ou canoa.

Além disso, o Programa lhe fornece equipamentos básicos para seu trabalho:

- Balança, para pesar as crianças em suas casas.

- Cronômetro, para verificar a frequência respiratória, se for necessário.

- Termômetro.

- Fita métrica.

Quem pode ser ACS?

Quem se interessar por ser agente deve conhecer muito bem a comunidade em que vive, ter espírito de liderança e de solidariedade e preencher os seguintes requisitos:

- Idade mínima de 18 anos.

- Saber ler e escrever.

- Residir na comunidade há pelo menos dois anos.
- Ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Como os agentes são escolhidos?

Não se exige do candidato conhecimentos técnicos prévios na área de saúde. Após ser aprovado na seleção, ele recebe todo o treinamento específico necessário. Qualquer pessoa que se enquadre no perfil adequado pode se candidatar ao posto e, então, se submeterá a uma prova escrita e a uma entrevista. Nessas provas, que o Município organiza com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde, o candidato é avaliado por sua experiência e por sua participação em ações comunitárias.

No processo de seleção também são classificados suplentes, que serão convocados se o número de famílias a ser atendido for maior que o previsto, ou se for preciso substituir um ACS.

Há duas situações em que um suplente assume no lugar do ACS. A primeira é quando o ACS precisa se afastar, por razões pessoais. Na segunda situação, o agente é afastado por não cumprir os compromissos e as atribuições assumidas, ou por gerar conflitos na comunidade.

A decisão de afastar um agente é avaliada com muito cuidado, com a participação do profissional responsável pelo acompanhamento (enfermeiro instrutor-supervisor) e também da comunidade.

A Prefeitura e a seleção de ACS

A Prefeitura deve divulgar amplamente a abertura de vagas: pela rádio local, em escolas, igrejas, associações de moradores etc. Todas as pessoas interessadas precisam ser informadas, pois a escolha de Agentes Comunitários de Saúde é um processo aberto, que obedece a critérios técnicos:

Há remuneração pelo trabalho?

Os ACS selecionados recebem pelo menos 1 (um) salário mínimo. Os recursos para efetuar o pagamento provêm em parte do Governo Federal, mas também dos governos estaduais e municipais.

Veja as sugestões para as modalidades de contratação no Anexo que começa na página 13. A modalidade mais adequada, e que é recomendada pelo PACS, é a de Convênio.

A realidade de cada local

Cada comunidade possui seus problemas específicos, cujo conhecimento orienta a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Traçado o perfil da população local, é possível organizar o trabalho de acordo com os aspectos mais importantes, estabelecendo quais são de fato as prioridades.

Como é feito o treinamento?

O treinamento dos ACS ocorre no próprio município; trata-se de um processo gradual e permanente, que se vai renovando de acordo com o trabalho desenvolvido no dia-a-dia. O responsável pela capacitação é um enfermeiro, que atua como instrutor-supervisor. Além de treinar os agentes, ele também acompanha sua atuação e reorienta as ações de acordo com as necessidades constatadas. Toda a equipe de profissionais de saúde da Unidade Básica de Referência dos ACS também participa do processo de treinamento.

Na primeira etapa, os agentes recebem orientação para visitar todas as casas de sua área, cadastrando as famílias. Em seguida, são treinados para acompanhar e orientar o grupo de mulheres e crianças — considerado prioritário para o atendimento à saúde —, identificando e prevenindo situações de risco.

Pouco a pouco vai sendo ampliado o leque de atuação, de acordo com os problemas da

comunidade: combate a endemias, assistência a idosos, saneamento básico etc.

Periodicamente, o instrutor-supervisor reúne os ACS da comunidade para avaliar o trabalho realizado e oferecer nova orientação.

O Sistema de Informação do PACS é um importante instrumento para acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, contribuindo também para detectar as áreas de conhecimento que devem ser recicladas.

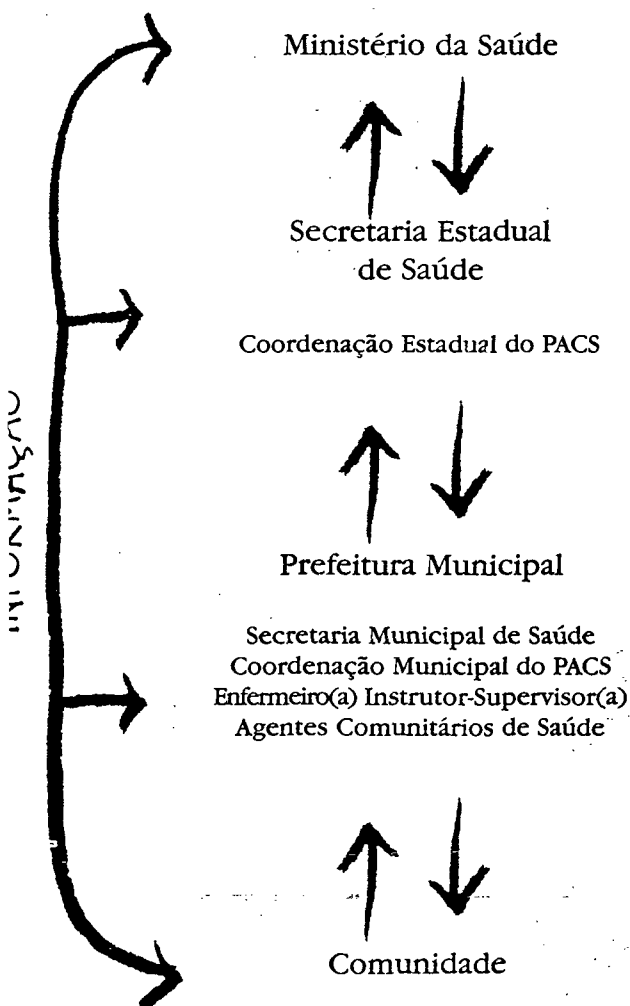
O PAPEL DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

Atribuições do Ministério da Saúde

No nível ministerial, a organização do programa está vinculada à Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), subordinada à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS).

As principais responsabilidades do Ministério da Saúde são:

- Definir normas e diretrizes para a implantação do programa.
- Definir mecanismos de alocação de recursos federais para a implantação e a manutenção do programa, de acordo com os princípios do SUS. O componente federal do SIA/SUS acompanha, controla e avalia a inclusão das unidades no PACS e a remuneração pelos procedimentos adotados localmente, dentro do programa.
- Dar assessoria técnica aos estados e aos municípios.
- Tornar disponíveis instrumentos que facilitem o mecanismo de capacitação dos ACS e dos instrutores-supervisores.
- Implementar o sistema de informações, para monitorar as ações desenvolvidas pelos ACS e fornecer o apoio necessário.
- Consolidar, analisar e divulgar os dados gerados pelo sistema de informações.
- Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações do PACS.
- Articular e promover o intercâmbio de experiências, para aperfeiçoar e disseminar a tecnologia voltada para a atenção primária à saúde.
- Contribuir para que a atenção básica à saúde seja gerenciada de forma plena pelo Município, dando uma nova orientação ao modelo de assistência vigente.
- Identificar a possibilidade de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais.



Atribuições da Secretaria Estadual

Em conjunto com os técnicos do Ministério da Saúde, as secretarias estaduais estabelecem as normas e as diretrizes do programa, bem como os eixos de prioridade. A Secretaria Estadual atribui a um de seus setores a responsabilidade pela articulação do PACS. Esse setor atua como interlocutor com o Ministério da Saúde, por um lado, e com os municípios, por outro.

A coordenação estadual do PACS é organizada com base em diretorias, ou divisões, regionais. Essa estrutura descentralizada contribui para definir com clareza as atribuições de cada nível.

Para cumprir seu papel, a Secretaria Estadual tem as seguintes atribuições:

- Nomear responsáveis pela divulgação e pela articulação do programa com os municípios.
- Definir estratégias de implantação e/ou implementação do programa.
- Definir mecanismos de alocação dos recursos estaduais e municipais de forma pactuada, com base no teto dos recursos financeiros do Estado e do Município, levando em conta a contrapartida de cada nível de gestão do SUS.
- Participar do processo de definição das normas que regem o programa no Ministério da Saúde.
- Apresentar e negociar com o Conselho Estadual de Saúde e com a Comissão de Intergestores Bipartite — uma comissão formada por representantes dos níveis municipal e estadual — os requisitos específicos para a implantação do programa.
- Fornecer assessoria técnica aos municípios, em todas as fases de implantação do programa.
- Colocar à disposição dos municípios instrumentos que facilitem o treinamento dos ACS, dando apoio para a capacitação técnica dos enfermeiros instrutores-supervisores.
- Dar assessoria para que seja implantado e entre em funcionamento o Sistema de Informações que irá monitorar as ações desenvolvidas pelo programa.

- Coordenar, controlar e avaliar as atividades do PACS por meio do Sistema de Informações.

- Consolidar e analisar os dados gerados pelo Sistema de Informação do PACS, de forma articulada com os demais setores da Secretaria Estadual de Saúde.

- Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações do PACS no âmbito do estado.

- Promover de forma articulada o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, procurando disseminar novas tecnologias, sempre voltadas para a melhoria do atendimento primário à saúde.

- Assessorar os municípios, de forma a torná-los capacitados a assumir a gestão plena da atenção básica à saúde, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial.

- Identificar possíveis parcerias com organizações governamentais e não-governamentais no âmbito do estado.

O apoio indispensável

O coordenador do PACS em seu Estado é um parceiro fundamental. Conte com ele, sempre que tiver alguma dúvida ou precisar de apoio. Na página 10 desta publicação há uma lista de todas as coordenações estaduais, com seus respectivos endereços.

Atribuições do Município

Os municípios se integram ao PACS por intermédio das Secretarias Estaduais de Saúde. E suas responsabilidades são:

- Cumprir as normas e as diretrizes do programa.
- Submeter a proposta de implantação do PACS à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

- Servir-se da assessoria da coordenação estadual e/ou regional para planejar todas as etapas de implantação do programa.
- Inserir o PACS no Plano Municipal de Saúde.
- Inserir o financiamento das ações do PACS na programação ambulatorial do Município e definir a contrapartida municipal.
- Garantir a infra-estrutura de funcionamento da rede básica, indispensável ao pleno desenvolvimento das ações do programa.
- Assegurar a presença, na Unidade Básica de Referência dos ACS, de profissional enfermeiro que exerça o papel de instrutor-supervisor, considerando que a proporção de profissionais deve ser, no máximo, de 30 ACS para cada enfermeiro.
- Contratar os Agentes Comunitários de Saúde, após o processo seletivo.
- Com o apoio da SES, viabilizar a capacitação técnica dos instrutores-supervisores.

Incentivos financeiros

Os incentivos financeiros para a implantação do PACS têm por objetivo estimular uma nova abordagem da assistência básica, fortalecendo o vínculo dos serviços de saúde com as famílias atendidas por Agentes Comunitários de Saúde.

- Garantir as condições necessárias para que seja dada capacitação técnica aos ACS.
- Implantar o Sistema de Informação do PACS, cumprindo o fluxo estabelecido de envio de dados aos níveis regional e estadual.
- Programar as ações e as atividades dos ACS, em estreita vinculação com a Unidade Básica de Referência e com os problemas prioritários de cada comunidade.

COMO O PACS É FINANCIADO?

Não existe convênio direto do Município com o Ministério da Saúde. O repasse dos recursos destinados ao pagamento dos agentes é transferido mensalmente pelo SIA/SUS, com base nos códigos 027 e 037.

Com a regulamentação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), há um redirecionamento da lógica do financiamento à atenção básica. A NOB/96 estabelece critérios para a municipalização dos serviços de atenção básica à saúde.

Segundo a nova norma, o pagamento por produção de serviços é substituído pela remuneração per capita, calculada pelo Piso de Assistência Básica (PAB). Esse novo princípio permite que o município receba recursos proporcionais ao número de habitantes, ganhando maior autonomia para escolher as prioridades locais de atuação.

Os municípios que adotam a estratégia do PACS recebem um incentivo financeiro sobre o piso de assistência básica/PAB, proporcionalmente à população atendida por Agentes Comunitários de Saúde. Portanto, quanto maior for a população abrangida pelo PACS, maior será o incentivo financeiro, que tem como limite 30 por cento do valor do PAB original do município.

Essa estratégia de apoio ao atendimento básico à saúde depende também da atuação dos estados e dos municípios. Pela Constituição, essas duas instâncias de poder têm o compromisso de oferecer sua contrapartida em todas as estratégias de financiamento e de atuação no campo da saúde. Assim, é indispensável que os estados e os municípios definam formas de contribuir com recursos para a implantação do PACS.

O instrutor-supervisor

É obrigação da Prefeitura contratar um enfermeiro, que deve permanecer na unidade de saúde local, dando orientação aos agentes e supervisionando seu trabalho.

O que o Município ganha com o PACS?

- Informações sempre atualizadas acerca da situação de saúde da população. Isso permite que os problemas sejam detectados em tempo de tomar as providências necessárias.
- Ações simples e de baixo custo permitem que se alcance uma melhoria dos indicadores de saúde — como mortalidade infantil, vacinação, aleitamento materno.
- Um relacionamento mais íntimo entre a população e os serviços de saúde, criando laços de compromisso e de co-responsabilidade.
- Um atendimento personalizado, que valoriza as famílias e eleva seu grau de satisfação, graças a uma relação humana de solidariedade.
- Racionalização dos gastos com a saúde, ao organizar a demanda de serviços e aprimorar a qualidade da assistência.

CONCLUSÃO

A qualidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde depende do funcionamento adequado e eficiente das Unidades Básicas de Saúde às quais eles se reportam. O enfermeiro instrutor-supervisor é uma figura indispensável para organizar os serviços básicos — por exemplo: vacinação, puericultura, pré-natal.

Se toda a equipe de profissionais — enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares, assistentes sociais e outros — tiver como objetivo a busca de soluções para os problemas da comunidade, valorizando as ações preventivas e a promoção da qualidade de saúde, o resultado do trabalho dos ACS será bem superior.

Com frequência, o contato pessoal leva os agentes a identificar problemas que não se restringem à saúde, ou que dependem de outros setores. Por isso, é fundamental a união dos esforços de toda a sociedade e dos vários setores da administração local — por exemplo secretarias da educação, de saneamento, da segurança ou da agricultura —, de acordo com as peculiaridades do Município.

RELAÇÃO DAS COORDENAÇÕES ESTADUAIS — PACS/PSF

ACRE

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES

Órgão: Departamento de Ações Básicas de Saúde
 Endereço: R. Antônio da Rocha Viana, 1246, Vila Ivonete
 Município: Rio Branco UF: AC
 CEP: 69914-610
 Tels.: (068) 223-2396/224-9494
 Fax: (068) 220-1500

AMAPÁ

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES

Endereço: Av. Procópio Rolla, 90, Centro Cívico, Central, SES
 Município: Macapá UF: AP
 CEP: 68900-000
 Tels.: (096) 212-6176/212-6114
 Fax: (096) 212-6102/212-6172

ALAGOAS

COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE (PACS/PSF/SES)

Endereço: Av. Vieira Perdigão, 395, 2º andar, salas 23 e 24
 Município: Maceió UF: AL
 CEP: 57020-300
 Tels.: (082) 221-3288/221-9499
 Fax: (082) 221-9579/221-9948

BAHIA

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS

Órgão: Centro Administrativo da Bahia
 Endereço: Av. Paralela, SES, Divisão da Rede Básica, 2º andar, sala 56
 Município: Salvador UF: BA
 CEP: 41750-300
 Tels.: (071) 370-4205
 Fax: (071) 371-0627

CEARÁ**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: Av. Almirante Barroso, 600, Praia de Iracema
 Município: Fortaleza UF: CE CEP: 60160-000
 Tels.: (085) 252-4692
 Fax: (085) 252-4692

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PSF/SES

Endereço: Av. Almirante Barroso, 600, Praia de Iracema
 Município: Fortaleza UF: CE CEP: 60160-000
 Tels.: (085) 252-4716
 Fax: (085) 252-4716

DISTRITO FEDERAL**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA**

Endereço: Edifício Pioneiras Sociais, 9º andar, Núcleo de Planejamento, Secretaria de Saúde
 Município: Brasília UF: DF
 CEP: 70334-900
 Tel.: (061) 225-3258
 Fax: (061) 322-3078

ESPÍRITO SANTO**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF/SES**

Endereço: Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2025, Bento Ferreira
 Município: Vitória UF: ES
 CEP: 29052-121
 Tel.: (027) 325-3093
 Fax: (027) 325-4543

GOIÁS**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: Av. Anhangüera, 5195, Setor Coimbra
 Município: Goiânia UF: GO
 CEP: 74083-010
 Tels.: (062) 291-5022 (ramal 125)/291-7366 (direto)/291-5044
 (Gabinete de Ações Básicas)
 Fax: (062) 291-6265/291-2926

MARANHÃO**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: Av. Euclides Figueiredo s/n, sala 11, Calhau
 Município: São Luís UF: MA
 CEP: 65076-820
 Tels.: (098) 246-5500/246-5132/246-6230
 Fax: (098) 246-6238

MATO GROSSO**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: Centro Político Administrativo, SES, Bloco 5
 Município: Cuiabá UF: MT
 CEP: 78000-000
 Tels.: (065) 313-2974/313-2762
 Fax: (065) 644-2834

MATO GROSSO DO SUL**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: Parque dos Poderes, Bloco 7
 Município: Campo Grande UF: MS
 CEP: 79031-902
 Tels.: (067) 726-4077 (ramal 261)/726-4075/726-4071
 Fax: (067) 726-4713

MINAS GERAIS**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PSF/SES**

Endereço: R. Tupinambás, 351, 8º andar, Bairro Francês
 Município: Belo Horizonte UF: MG
 CEP: 30120-070
 Tels.: (031) 212-5000 (ramais 101 e 102)/222-3655
 Fax: (031) 224-3952/273-4717/226-4469/201-8244

PARÁ**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Órgão: SESPA/D. OPERACIONAL/PDRA/PACS
 Endereço: R. Conselheiro Furtado, 1597, Batista Campos
 Município: Belém UF: PA
 CEP: 66033-200
 Tels.: (091) 222-9060/224-2333 (ramal 219)
 Fax: (091) 222-7518 (D. Operacional)/241-1041

PARAÍBA**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: Av. Pedro II, 1826, Torre
 Município: João Pessoa UF: PB
 CEP: 58000-020
 Tels.: (083) 241-2367/241-1718 (ramal 241)
 Fax: (083) 241-3393/241-3218

PARANÁ**DIRETORIA DE PLANEJAMENTO DO INSTITUTO DE SAÚDE/SES**

Endereço: R. Engenheiro Rebouças, 1707

Município: Curitiba UF: PR

CEP: 80230-040

Tel.: (041) 223-4370 (ramal 121)

Fax: (041) 225-5923

RONDÔNIA**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: R. Padre Ângelo Cerry, s/n, Bairro Pedrinhas

Município: Porto Velho UF: RO

CEP: 78900-000

Tel.: (069) 223-3259

Fax: (069) 223-3257/223-1634/223-3256

PERNAMBUCO**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: Praça Oswaldo Cruz s/n, SES/FUSAN, Bairro Boa Vista

Município: Recife UF: PE

CEP: 50050-210

Tel.: (081) 412-6335

Fax: (081) 412-6343/412-6199

RORAIMA**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: SESAU/SES, Campus do Paricarana, s/n, Mecejana

Município: Boa Vista UF: RR

CEP: 69304-000

Tel.: (095) 623-2771 (ramal 315)/224-3761

Fax: (095) 224-3761

PIAUI**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: Av. Pedro Freitas, s/n, Centro Administrativo, Bloco A, 2º andar

Município: Teresina UF: PI

CEP: 64000-000

Tels.: (086) 218-5156/218-6033

Fax: (086) 218-1422/218-1412

SANTA CATARINA**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PSF/SES**

Endereço: R. Esteves Júnior, 160, 12º andar, Centro

Município: Florianópolis UF: SC

CEP: 88015-530

Tel.: (048) 221-2124

Fax: (048) 221-2122/223-3534

RIO DE JANEIRO**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PSF/SES**

Endereço: R. México 128, 4º andar, Centro

Município: Rio de Janeiro UF: RJ

CEP: 20031-142

Tels.: (021) 240-3112/240-3118/240-7768

Fax: (021) 240-0611

SÃO PAULO**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PSF/SES**

Órgão: Coordenadoria de Planejamento em Saúde

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188, 8º andar, Cerqueira César

Município: São Paulo UF: SP

CEP: 05403-000

Tel.: (011) 883-4179/853-6151

Fax: (011) 282-8314

RIO GRANDE DO NORTE**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: R. Junqueira Aires, 488, Centro

Município: Natal UF: RN

CEP: 59000-000

Tels.: (084) 211-5859/221-1522 (ramal 299)

Fax: (084) 211-2300/211-1246

SERGIPE**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF/SES**

Endereço: Praça General Valadão, 32, Centro

Município: Aracaju UF: SE

CEP: 49025-020

Tel.: (079) 213-1077

Fax: (079) 224-2073

RIO GRANDE DO SUL**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: Av. Borges de Medeiros, 1501, 5º andar, sala 3

Município: Porto Alegre UF: RS

CEP: 93210-190

Tel.: (051) 225-3392

Fax: (051) 226-3309

TOCANTINS**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/SES**

Endereço: Av. NS-2, "A" ANE, Centro

Município: Palmas UF: TO

CEP: 77085-050

Tel.: (063) 218-1789



ANEXO

Orientação para a escolha da modalidade de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde

Oferecemos aqui subsídios às Prefeituras e às Secretarias Municipais de Saúde para que analisem as modalidades de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A incorporação desses agentes nos sistemas locais de saúde tem sido apoiada e estimulada pelo Ministério da Saúde e pela Comunidade Solidária, como uma estratégia que contribui para a reorientação do modelo assistencial, a partir da assistência básica à saúde. Atualmente, o Programa já está implantado em cerca de 1.400 municípios, com um expressivo contingente de 45.000 Agentes Comunitários de Saúde.

As dificuldades encontradas pelos gestores municipais para definir a modalidade de contratação desses agentes preocupam as administrações municipais e os próprios ACS, cujo trabalho tem contribuído significativamente para a melhoria das condições de saúde de suas comunidades.

As características da atuação dos ACS exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e seu estreito relacionamento com a comunidade em que vivem e trabalham.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde e a Comunidade Solidária incentivaram a criação de um Grupo de Trabalho — que contou com a participação da Casa Civil da Presidência da República, do Ministério do Trabalho, do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, do Ministério da Previdência e Assistência Social e da Secretaria Federal de Controle do Ministério da Fazenda — para discutir e elaborar um texto capaz de oferecer aos gestores municipais elementos que sirvam de orientação para o processo de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde. O produto desse trabalho é apresentado aqui. Espera-se, assim, contribuir com os gestores municipais para a escolha de alternativas compatíveis com as realidades locais e com as diretrizes do Programa de ACS, viabilizando respostas às demandas desses trabalhadores que, inegavelmente, têm sido grandes parceiros no processo de construção do Sistema Único de Saúde e de uma sociedade na qual as pessoas possam viver com dignidade.

Finalmente, vale destacar que, entre as diversas modalidades relacionadas, o Grupo de Trabalho responsável por este estudo considerou o Convênio como a modalidade que mais bem expressa o espírito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

MODALIDADES DE CONTRATAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

I. Convênio

Com Organizações Não-Governamentais (ONGs), instituições sem fins lucrativos, ou cooperativas

Características

A. Com ONG ou instituição sem fins lucrativos

- A Prefeitura Municipal firma um convênio com uma entidade sem fins lucrativos, cujos objetivos correspondam às atividades inerentes ao trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
 - Os ACS têm vínculo empregatício com a referida entidade/ONG, sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho. Assim, têm assegurados: descanso semanal remunerado, salário mensal, 13º salário, férias anuais com adicional de 1/3, aviso prévio, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e vale-transporte. O recebimento de abono salarial anual e de seguro-desemprego depende do enquadramento nos requisitos da lei; e o recebimento do auxílio-alimentação deve observar as regras do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), além de acordo ou convenção coletiva.
 - É obrigação da Prefeitura repassar os recursos para a entidade/ONG que desenvolva as atividades.
 - A entidade/ONG conveniada deve contribuir para o INSS com:
 - 20 por cento sobre o valor da folha de salários.
 - 1, 2 ou 3 por cento sobre o valor da folha de salários para o seguro de acidentes do trabalho.
- Juntamente com sua contribuição, a entidade/ONG deve repassar ao INSS a contribuição retida dos Agentes Comunitários de Saúde, que corresponde a 8, 9 ou 11 por cento de seu salário, dependendo da faixa salarial. O valor é descontado em folha pela entidade/ONG.

B. Com cooperativa

- Pela Lei nº 5.764/71, celebram contrato de cooperativa pessoas que se obrigam reciprocamente a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica de proveito comum, sem objetivo de lucro (art. 3º).
- Também é necessário esclarecer que não existe vínculo empregatício entre a cooperativa e seus associados, nem entre estes e os tomadores de serviços daquela, conforme estabelece o art. 442, parágrafo único, da CLT. Assim, o cooperado não tem assegurados os direitos trabalhistas previstos na CLT — como salário, 13º, jornada de trabalho, horas extras, FGTS, férias, aviso prévio — pois, sendo associado, não tem vínculos de empregado. A Lei nº 5.764/71, que regula as cooperativas, estabelece no art. 21, II, que os direitos e os deveres, a natureza da admissão e da demissão, são fixados em estatuto.
- Os direitos assegurados ao cooperado são fruto de sua

ANEXO

participação nos resultados financeiros da cooperativa, conforme fixado no estatuto da cooperativa. Dessa maneira, ele também não tem direito ao abono salarial e ao seguro-desemprego, concedidos pelo Governo Federal. O cooperado deve contribuir como autônomo também para fins previdenciários, o que ratifica a inexistência de vínculo contratual.

- Com relação às obrigações previdenciárias, a cooperativa deve recolher ao INSS 15 por cento do valor do serviço prestado (Lei Complementar nº 84/96). Quanto ao ACS, na qualidade de autônomo, contribui com 20 por cento do salário mínimo (classe 1), ou sobre o valor do salário base da classe em que estiver posicionado.

- Finalmente, cabe lembrar que, seja qual for a instituição conveniada (entidade sem fins lucrativos ou cooperativa), a Prefeitura responde solidariamente com a conveniada pelas obrigações previdenciárias da Lei nº 8.212/91, em relação aos serviços por ela prestados. A responsabilidade somente será elidida se for comprovado pela conveniada o recolhimento prévio das contribuições incidentes sobre a remuneração dos Agentes Comunitários de Saúde incluídas em nota fiscal ou fatura correspondente ao serviço prestado/executado, quando da quitação da referida nota fiscal ou fatura.

Vantagens

- Não há necessidade de licitação para a escolha do conveniado, observadas as formalidades legais necessárias à celebração do convênio.
- Possibilidade de escolha da entidade/ONG que melhor atenda aos interesses do Programa.
- Agilidade dos procedimentos de escolha e assinatura do instrumento.
- Possibilidade de estabelecimento de regras para a contratação/substituição de pessoal e para a execução do Programa.
- Custos menores, em decorrência da ausência de lucro para o conveniado.
- Controle dos gastos, mediante movimentação financeira em conta bancária específica e prestação de contas obrigatória.
- Estabelecimento de um prazo mais elástico para a duração do Convênio, com possibilidade de renovação (assinatura de novos instrumentos).
- Possibilidade de denunciar/rescindir o instrumento sem ter que indenizar o conveniado, exceto pelo efetivamente já realizado, caso não tenha sido adiantado.
- Determinação dos custos a priori, podendo haver ajustes sempre que necessário.
- Todos os direitos trabalhistas e previdenciários do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) são assegurados aos Agentes Comunitários de Saúde, no caso de entidades sem fins lucrativos.

Desvantagens

- Impossibilidade de pagar taxa de administração ao conveniado.

- Impossibilidade de o conveniado pagar seu pessoal administrativo com os recursos do convênio.
- Possibilidade de o conveniado vir a ficar inadimplente, acarretando a obrigatoriedade da suspensão da liberação de recursos.
- Possibilidade da inexistência de entidades/ONGs passíveis de ser conveniadas.
- No caso de a prefeitura celebrar convênio com uma cooperativa de trabalho, o Agente Comunitário de Saúde é um segurado autônomo, que não tem direito aos benefícios previdenciários comuns. Ficam excluídos os benefícios referentes ao salário-família, os decorrentes de acidentes do trabalho e, no caso da mulher, o salário-maternidade (licença gestante de 120 dias).
- Os Agentes Comunitários de Saúde associados em cooperativas de trabalho não têm assegurados os direitos trabalhistas previstos na CLT, uma vez que nessa relação não há formação de vínculo empregatício.

II. Contrato

Licitação com interessado que satisfaça as exigências previstas no Edital

Características

- Por meio de processo licitatório e com fundamento na Lei nº 8.666/93, é contratada uma empresa/entidade interposta para desenvolver as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde.
- O vínculo dos empregados contratados é com a referida empresa/entidade, sob o regime da CLT. Assim, têm assegurados: descanso semanal remunerado, salário mensal, 13º salário, férias anuais com adicional de 1/3, aviso prévio, FGTS e vale-transporte. O recebimento do abono salarial anual e do seguro-desemprego dependem de estarem enquadrados nos requisitos da Lei; e o recebimento do auxílio-alimentação deve observar as regras do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) e o acordo ou a convenção coletivos.
- A obrigação da Prefeitura é pagar os serviços prestados pela empresa/entidade que ganhou o processo licitatório.
- Na inexistência de empresas/entidades suficientes para a realização de procedimento licitatório, o mesmo pode ser dispensado, com fundamento no art. 25, caput da Lei nº 8.666/93 — inviabilidade de competição.
- A empresa/entidade contratada deve contribuir para o INSS com:
 - 20 por cento sobre o valor da folha de salários.
 - 1, 2 ou 3 por cento sobre o valor da folha de salários para o seguro de acidentes do trabalho.Juntamente com sua contribuição, a empresa/entidade deve repassar ao INSS a contribuição retida dos Agentes Comunitários de Saúde, que corresponde a 8, 9 ou 11 por cento do salário, dependendo da faixa salarial. O valor é descontado em folha pela empresa/entidade.

ANEXO

- Finalmente, vale destacar que a Prefeitura responde solidariamente com a empresa/entidade conveniada pelas obrigações previdenciárias da Lei nº 8.212/91, em relação aos serviços por ela prestados. A responsabilidade somente será elidida se for comprovado pela empresa/entidade contratada o recolhimento prévio das contribuições incidentes sobre a remuneração dos Agentes Comunitários de Saúde, incluídas em nota fiscal ou fatura correspondente ao serviço prestado/executado, quando da quitação da referida nota fiscal ou fatura.

Vantagens

- Amplia o âmbito da concorrência.
- Maiores possibilidades de estabelecer as regras de execução do Programa (número de famílias atendidas e área geográfica de atuação, entre outras).
- Custo fixo e não reajustável.
- Os Agentes Comunitários de Saúde têm direito a todos os benefícios previdenciários (RGPS) e trabalhistas.

Desvantagens

- Possibilidade de não existirem empresas/entidades que prestem o tipo de serviço desejado.
- Tempo longo de realização do certame licitatório, mesmo que não ocorram problemas durante essa realização.
- Ausência de regras para a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde (a empresa/entidade contrata quem e como quiser), contrariando as diretrizes do Programa.
- Ausência de prestação de contas por parte do contratado, acarretando falta de controle sobre os gastos.
- O lucro e a possibilidade de inclusão de gastos desnecessários para a efetiva execução oneram o Programa.
- Os contratos têm duração apenas até o final do exercício de sua assinatura, sem possibilidade de prorrogação ou de renovação sem licitação, obrigando o contratante a realizar licitações anuais, caso não seja considerado como serviço contínuo.
- Possibilidade de uma rotatividade muito grande e contra a vontade do contratante, prejudicando o Programa.
- Possibilidade de alguns Tribunais de Contas Estaduais e Municipais questionarem a legalidade desse tipo de contrato, uma vez que as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde podem se caracterizar como atividade-fim do Estado.

III. Contratação temporária

Contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público (Art. 37 da Constituição Federal)

Características

- Em primeiro lugar, o Estado ou o Município devem elaborar lei regulamentando o art. 37, IX da Constituição Federal.
- Em segundo lugar, no seu contexto, a atividade desenvolvida pelos Agentes Comunitários de Saúde deve estar

caracterizada como atividade de excepcional interesse público. Ressalte-se que essa lei na verdade atinge apenas: necessidades temporárias, como, por exemplo, o combate a surtos endêmicos ou o recenseamento. Assim, pode ser questionada a legalidade dessa medida para inclusão dos Agentes Comunitários de Saúde.

- A título ilustrativo, no âmbito federal existe uma Lei (nº 8.745 de 09.12.93) pela qual o contrato firmado entre o ente público e o contratado é por prazo determinado, de natureza improrrogável, até o limite de quatro anos para algumas atividades. O contratado tem direito a descanso semanal remunerado, salário mensal, 13º salário, adicional por tempo de serviço, horas extras, adicional de férias, adicional de insalubridade e diárias, quando for o caso, nos termos da Lei nº 8.112/90. Responde, também, a processo administrativo disciplinar quando cometer alguma infração. O regime previdenciário é o do RGPS, se lei própria não dispuser diferentemente.
- Nessa modalidade de contratação, o empregador vem a ser a Prefeitura, que deve recolher para o INSS:
 - 20 por cento sobre o valor da folha de salários;
 - 1, 2 ou 3 por cento sobre o valor da folha de salários para o seguro de acidentes do trabalho.

A Prefeitura deve repassar para o INSS, juntamente com a sua, a contribuição retida do Agente Comunitário de Saúde, que corresponde a 8, 9 ou 11 por cento do salário, dependendo da faixa salarial. O valor é descontado em folha pela Prefeitura.

Vantagens

- Processo seletivo simplificado para a contratação dos Agentes.
- Regras de contratação de pessoal e de execução do Programa estabelecidas pela própria Prefeitura.
- Execução direta do Programa.
- Os Agentes Comunitários de Saúde têm todos os direitos trabalhistas pertinentes e os benefícios previdenciários do RGPS, se lei própria não dispuser diferentemente.

Desvantagens

- Limitação do tempo de contratação, sem possibilidade de recontratar as mesmas pessoas, causando solução de continuidade no trabalho e prejudicando o investimento em capacitação dos ACS.
- Riscos de morosidade na tramitação do Projeto de Lei.
- Os salários devem ser compatíveis com os de mercado, e isso pode não corresponder à realidade do funcionalismo municipal, gerando atritos e protestos.
- Há necessidade de criar uma rubrica própria para o atendimento dos salários dos contratados.
- A dispensa do contratado antes do fim do contrato acarreta pagamento de indenização pela Prefeitura (por exemplo, multas rescisórias).
- Possibilidade de surgirem problemas com os órgãos de controle e de julgamento de contas, devido à inflexibilidade da contratação.

ANEXO

IV. Criação de cargos efetivos

Características

- Mediante processo seletivo — concurso público —, a Prefeitura pode selecionar Agentes Comunitários de Saúde. É necessário, primeiramente, que exista lei dispoendo sobre as atribuições, a remuneração e os outros aspectos relacionados com esse cargo.
- Esse tipo de contratação gera vínculo diretamente com o órgão estatal. As obrigações e os direitos trabalhistas e previdenciários são os mesmos dos demais servidores do município. Se o município não tiver regime previdenciário próprio, os ACS são obrigatoriamente vinculados ao RGPS.

Vantagens

- Regras de contratação de pessoal e de execução do Programa estabelecidas pela própria Prefeitura.
- Execução direta do Programa.
- Os Agentes Comunitários de Saúde têm direito a todos os benefícios trabalhistas e previdenciários garantidos aos servidores do município. Se o município não tiver regime próprio, os servidores e os ACS serão vinculados ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS).

Desvantagens

- Aumento permanente da folha de pagamento, inclusive para aposentadoria e pensões decorrentes, com conseqüente comprometimento dos recursos da Prefeitura.
- Prazo relativamente longo para a realização de Concurso Público.
- Contratação aberta a qualquer interessado; é possível que o candidato não corresponda aos anseios e ao perfil propostos para os ACS.
- O preenchimento de vagas requer novo Concurso Público.
- Se houver aquisição de estabilidade, não pode ser feita a exoneração do cargo, por vontade ou necessidade do Programa.
- Possibilidade de desvio de função, com prejuízo para a execução do Programa.
- Possibilidade de desvio da finalidade dos recursos do Programa; uma vez que os contratados passam a ser servidores públicos, isso impossibilita a vinculação de suas atividades aos recursos recebidos.
- Riscos de morosidade na tramitação do Projeto de Lei.

V. Criação de cargos em comissão

Características

- Essa modalidade de contratação gera um vínculo temporário com a administração pública, assegurando aos contratados os direitos e as obrigações previdenciários e traba-

lhistas inerentes aos servidores públicos locais, com exceção da estabilidade.

- Assim como para a criação de cargos efetivos, deve haver previsão legal para a criação desses cargos. Ao mesmo tempo, os ocupantes dos cargos são exoneráveis pela administração ad nutum, ou seja, a qualquer momento, sem nenhuma justificativa, o que pode interromper abruptamente as atividades desenvolvidas pelos Agentes. Também não há limite temporal para sua ocupação. O regime previdenciário é o do RGPS, se não houver lei própria que disponha diferentemente.

- Nessa modalidade de contratação o empregador é a Prefeitura, que deve recolher para o INSS:

- 20 por cento sobre o valor da folha de salários.

- 1, 2 ou 3 por cento sobre o valor da folha de salários para o seguro de acidentes do trabalho.

A Prefeitura deve repassar para o INSS, juntamente com a sua, a contribuição retida do Agente Comunitário de Saúde, que corresponde a 8, 9 ou 11 por cento do salário, dependendo da faixa salarial. O valor é descontado em folha pela Prefeitura.

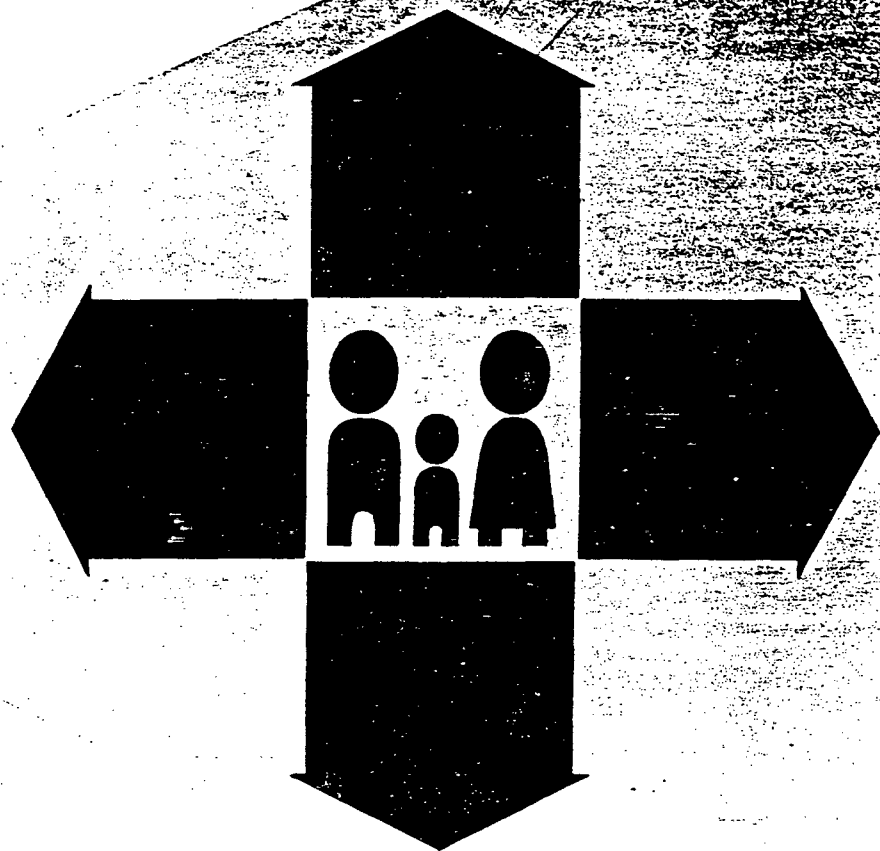
Vantagens

- Não exige concurso público; permite livre nomeação e exoneração, de acordo com a conveniência da Prefeitura.
- Oferece a possibilidade de substituição daqueles cujo desempenho não corresponder.
- As regras de execução do Programa são estabelecidas pela própria Prefeitura.
- Os ACS ficam vinculados à Prefeitura.
- Há execução direta do Programa.
- Os Agentes Comunitários de Saúde têm todos os direitos trabalhistas pertinentes (com exceção da estabilidade) e os benefícios previdenciários do RGPS, se não houver lei própria que disponha diferentemente.

Desvantagens

- Aumento da folha de pagamentos, com conseqüente comprometimento dos recursos da Prefeitura.
- Contratação aberta a qualquer interessado, o que pode não corresponder aos anseios do PACS.
- Possibilidade de desvio de função, com prejuízo para a execução do Programa.
- Riscos de morosidade na tramitação do Projeto de Lei.
- Possibilidade de ingerência política na escolha dos nomeados.
- Atipicidade da situação: em alguns casos, o número de cargos em comissão poderia ser proporcionalmente muito elevado em relação aos cargos efetivos.
- Possível alta rotatividade dos Agentes Comunitários de Saúde.
- Desvirtuamento da lógica de criação do "cargo em comissão" (que se destina apenas a funções de chefia e assessoria).

Anexo XII – Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Ministério da Saúde. Janeiro/1994.



NORMAS E DIRETRIZES

Ministério da Saúde - MS
Fundação Nacional de Saúde

PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Ministro da Saúde

Henrique Santillo

Presidente da Fundação Nacional de Saúde

Álvaro Antonio Melo Machado

Diretor do Departamento de Operações

José Lázaro de Brito Ladislau

Coordenadora de Saúde da Comunidade

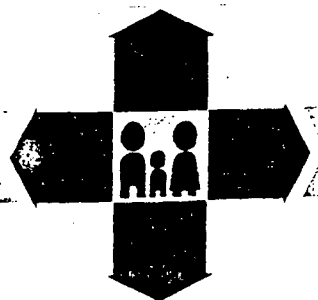
Heloiza Machado de Souza

Gerente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Maria Fátima de Sousa

Fundação Nacional de Saúde
Programa de Agentes comunitários de Saúde

NORMAS E DIRETRIZES



© 1994 . Fundação Nacional de Saúde.

Permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte

Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Fundação Nacional de Saúde

Endereço: Esplanada dos Ministérios Anexo do Ministério da Saúde, 3º andar, Ala B'
CEP - 70058-901 - Brasília, DF.

Telefones: (061) 321 3452 - 226 2693 Fax: (061) 226 4340

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

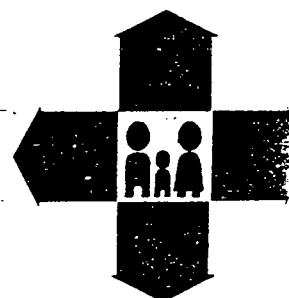
Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações.
Coordenação de Saúde da Comunidade. Programa
de Agentes Comunitários de Saúde.

Norma e Diretrizes / Fundação Nacional de Saúde,
Departamento de Operações, Coordenação de Saúde da
Comunidade, Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

- Brasília. Ministério da Saúde, 1994.

SUMÁRIO

Apresentação	5
1 - Introdução	7
2 - Objetivos	8
2.1 - Objetivo Geral	8
2.2 - Objetivos Específicos	8
3 - Estruturação e Competência	9
3.1 - Nível Nacional	9
3.2 - Nível Estadual	10
3.3 - Nível Regional	12
3.4 - Nível Municipal	13
3.5 - Nível Local	14
4 - Operacionalização	15
4.1 - Primeira Etapa	15
Sensibilização	15
4.2 - Segunda Etapa	17
Adesão	17
4.3 - Terceira Etapa	17
Recrutamento e Seleção	17
5 - Capacitação	21
6 - Supervisão, Acompanhamento e Avaliação	22
7 - Desligamento	23



A definição de um modelo assistencial de saúde hoje, no país, exige análise, revisão e reordenamento das práticas exercidas pelos profissionais envolvidos no setor. Neste sentido, as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) são de grande importância para a construção deste novo modelo.

A inserção dos ACS como força de trabalho do SUS vem contribuindo para a concretização do processo de municipalização, uma vez que, para a implantação do programa, é necessária a existência do Conselho e Fundo Municipal de Saúde:

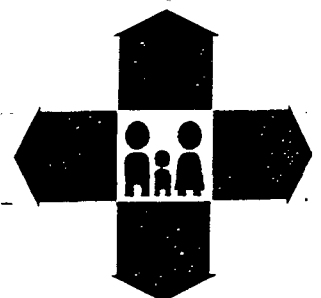
O Programa de Agentes Comunitários de Saúde possibilita a organização dos serviços municipais de saúde, a integração das ações, a interiorização dos profissionais de nível superior, a ligação efetiva entre a comunidade e as unidades prestadoras de serviços, a participação da comunidade no planejamento, na programação local e nas articulações interinstitucionais.

Várias experiências, divulgadas em âmbito nacional e internacional, demonstraram que as ações desenvolvidas pelos ACS contribuíram para a redução da morbi-mortalidade dos grupos mais vulneráveis ao risco de adoecer e morrer.

Estas ações geram informações que possibilitam aos estados e municípios definir políticas de saúde que atendam às reais necessidades epidemiológicas de cada região.

A resolutividade e a credibilidade das ações desenvolvidas pelos ACS são decorrentes da identificação sócio-cultural destes com as comunidades e, ainda, da forma concreta e coletiva em encontrar soluções para minimizar os fatores determinantes das péssimas condições de vida enfrentadas pela população.

Com este documento, a Gerência Nacional do PACS pretende oferecer aos estados e municípios normas e diretrizes que orientem e garantam a uniformidade na implantação e/ou implementação do programa.



2.1 - Objetivo Geral

- Incorporar ao Sistema Único de Saúde agentes comunitários de saúde, profissionalizados em auxiliares de enfermagem, para desenvolver ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde/doença; desencadear ações de promoção de saúde e prevenção de doença; funcionar como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde, contribuindo, assim, com a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde.

2.2 - Objetivos Específicos

- Mobilizar as comunidades para a identificação dos fatores sociais, econômicos e sanitários que determinam o processo saúde/doença e, através de ações educativas, possibilitar que assumam, de forma coletiva, mudanças relacionadas às suas condições de vida.
- Estabelecer um elo de ligação entre a comunidade e o Sistema Local de Saúde (SILOS), para facilitar o acesso e impulsionar a reorganização da rede de serviços, de forma a estabelecer um modelo assistencial que assegure a referência e a contra-referência da clientela.
- Contribuir para a redução da morbi-mortalidade infantil pelas causas de maior prevalência.
- Contribuir para a melhoria da qualidade de assistência do adolescente.
- Contribuir para a redução da morbi-mortalidade materna pelas afecções de maior incidência.
- Contribuir para a promoção e proteção à saúde do adulto e do trabalhador.
- Auxiliar no controle às endemias e epidemias, de acordo com a realidade epidemiológica local.
- Proporcionar educação continuada aos coordenadores, instrutores/supervisores e ACS.

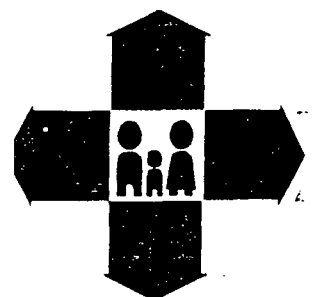
- Garantir a profissionalização do ACS em auxiliar de enfermagem, possibilitando a melhoria da qualidade da assistência prestada.
- Integrar o trabalho do ACS ao da equipe da unidade de saúde a que estiver vinculado.
- Contribuir para a melhoria do sistema de informação em saúde dos estados e municípios.
- Assegurar condições para o acompanhamento, supervisão e avaliação das ações do PACS, nos diferentes níveis.

3 - ESTRUTURAÇÃO E COMPETÊNCIA

3.1 - Nível Nacional

O PACS é um programa do Ministério da Saúde, executado pela Fundação Nacional de Saúde/Departamento de Operações/Coordenação de Saúde da Comunidade, através de uma Gerência Nacional, que tem como competência:

- Prestar assessoria técnica para implantação e implementação do Programa nos estados e municípios;
- Desenvolver articulações com a Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, recursos humanos da FNS e dos órgãos correspondentes nos estados, para garantir a profissionalização dos ACS em auxiliares de enfermagem, assim como a complementação da escolaridade de 1º grau, junto ao MEC;
- Garantir junto à Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, da FNS e dos órgãos correspondentes nos estados, a educação continuada dos coordenadores e instrutores/supervisores municipais do PACS;
- Assessorar os estados e municípios na implantação e/ou implementação de sistema de informação que possibilite o acompanhamento e avaliação das ações do PACS;
- Viabilizar recursos financeiros para a manutenção do PACS, a profissionalização do ACS e a educação continuada dos coordenadores instrutores/supervisores, conforme o plano de trabalho dos estados e municípios;



- Garantir supervisão periódica aos estados e/ou municípios para acompanhamento e avaliação do PACS;
- Estabelecer normas e diretrizes que orientem o Programa;
- Acompanhar o processo seletivo dos ACS junto aos estados e municípios;
- Planejar, acompanhar e avaliar as ações do PACS nos três níveis de atuação;
- Assegurar, junto aos organismos nacionais e internacionais, apoio técnico e financeiro para a implantação e/ou implementação do sistema de informação, acompanhamento e avaliação das ações do programa nos estados e municípios;
- Articular com as coordenações regionais da FNS, buscando apoio logístico e técnico às equipes de nível estadual, regional, municipal e local, para a execução dos objetivos do PACS;
- Promover encontros nacionais e regionais com os coordenadores estaduais para avaliação das ações do PACS.

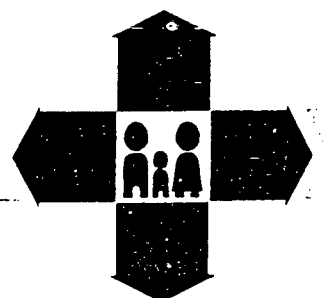
3.2 - Nível Estadual

O desenvolvimento do Programa nos estados é de responsabilidade da secretaria de saúde, através de uma coordenação estadual do PACS. À coordenação regional da Fundação Nacional de Saúde cabe apoiar a execução das ações nos estados.

A coordenação estadual é constituída, no mínimo, por três técnicos de nível superior, sendo dois da SES e um da Fundação Nacional de Saúde. O coordenador será um desses profissionais, indicado pelo secretário de saúde do estado, que terá as seguintes competências:

- Promover articulações com os órgãos de recursos humanos das secretarias de saúde para garantir a profissionalização dos agentes comunitários de saúde em auxiliares de enfermagem, assim como a complementação da escolaridade de 1º grau, junto às secretarias estaduais de educação;
- Participar do processo de profissionalização dos ACS e da educação continuada dos instrutores/supervisores junto ao centro formador e aos órgãos de desenvolvimento de recursos humanos;

- (mapeamento das áreas), de modo a orientar as coordenações regionais e municipais;
- Coordenar, assessorar, avaliar, supervisionar e viabilizar o processo seletivo dos ACS nos municípios;
 - Prestar assessoria técnica para implantação e/ou implementação do Programa nos municípios;
 - Garantir, junto aos órgãos de recursos humanos das secretarias, universidades e coordenações regionais da FNS, a educação continuada dos coordenadores e instrutores/supervisores municipais do PACS;
 - Assessorar os municípios na implantação e/ou implementação do sistema de informação, para o acompanhamento e avaliação das ações do PACS;
 - Viabilizar recursos financeiros junto ao MS/FNS, Tesouros estadual e municipal para manutenção do PACS, profissionalização dos ACS e educação continuada dos coordenadores e instrutores/supervisores, conforme o plano de trabalho dos municípios;
 - Supervisionar periodicamente os municípios para o acompanhamento e a avaliação do PACS;
 - Participar, junto à Gerência Nacional do PACS, da elaboração de normas e diretrizes e material de instrução;
 - Assegurar, junto a organismos nacionais e internacionais, apoio técnico-financeiro para implantação e/ou implementação do sistema de informação, acompanhamento e avaliação das ações do programa nos municípios;
 - Elaborar, junto às coordenações regionais e secretarias municipais de saúde, o plano anual de trabalho do PACS;
 - Elaborar e encaminhar aos órgãos competentes, relatórios de supervisão e acompanhamento das ações do PACS nos níveis regional e municipal;
 - Garantir a inserção das ações do PACS no plano estadual de saúde;
 - Acompanhar a execução dos recursos financeiros do PACS junto aos respectivos setores das secretarias estaduais e elaborar relatórios físico-financeiros, encaminhando-os aos órgãos competentes;
 - Planejar, acompanhar e avaliar as ações do PACS nos municípios;



- Assessorar a secretaria de saúde no cadastramento das unidades, no SIA/SUS, nos municípios que desenvolvem o Programa.

3.3 - Nível Regional

Com base na descentralização do Sistema Único de Saúde, o nível regional exerce papel preponderante na coordenação das atividades dos instrutores/supervisores municipais.

A coordenação regional é constituída por profissionais de formação superior já existentes neste nível, tendo como coordenador, preferencialmente, o enfermeiro, com disponibilidade mínima de 20 horas semanais para o programa, e com as seguintes competências:

- Estabelecer, em conjunto com a coordenação estadual, os critérios de distribuição geográfica dos ACS (mapeamento das áreas) para orientação aos municípios;
- Prestar assessoria técnica para implantação e/ou implementação do Programa nos municípios;
- Participar, com os coordenadores municipais, do processo de profissionalização dos ACS e da educação continuada dos instrutores/supervisores;
- Assessorar os municípios na implantação e/ou implementação do sistema de informação para o acompanhamento e avaliação das ações do PACS;
- Garantir supervisão periódica aos municípios, para acompanhamento e avaliação do PACS;
- Planejar, acompanhar e avaliar as ações do PACS nos municípios da sua área de atuação;
- Promover a integração com os setores de educação regional e secretaria municipal de educação, para assegurar a complementação da escolaridade de 1º grau dos ACS;
- Articular eventos intermunicipais para troca de experiências e avaliações regionais;
- Executar, com as coordenações estaduais e municipais, o processo seletivo dos ACS;
- Elaborar e encaminhar aos órgãos competentes relatórios de

municípios da sua área de atuação;

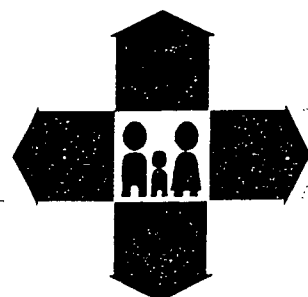
- Articular, junto à coordenação estadual e à secretaria municipal de saúde, a substituição imediata do instrutor/supervisor, quando do seu impedimento.

3.4 - Nível Municipal

Esta instância é a base operacional de todo o processo de trabalho dos ACS, onde o Programa é gerenciado e executado pelas secretarias municipais de saúde, através de uma coordenação municipal.

É constituída por profissionais vinculados à rede de serviços públicos de saúde (federal, estadual e municipal), designados pelo secretário municipal de saúde, e tem como coordenador um profissional enfermeiro (instrutor/supervisor), indispensável para a profissionalização dos ACS em auxiliares de enfermagem e para o acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas, com as seguintes competências:

- Participar em todas as etapas do processo de implantação do PACS, que inclui o mapeamento das áreas, a mobilização, a sensibilização, o recrutamento, a seleção e o treinamento;
- Elaborar, de forma integrada aos demais setores da secretaria municipal de saúde, o programa de trabalho do PACS, que deve conter metas, necessidades técnicas e financeiras, de modo a subsidiar o plano municipal de saúde;
- Planejar, executar, acompanhar e supervisionar as ações do PACS nos municípios;
- Implantar, acompanhar e avaliar o sistema de informação do PACS, integrando-o ao SUS;
- Planejar, executar e avaliar o processo de profissionalização dos ACS em auxiliares de enfermagem, com o apoio logístico dos órgãos formadores e dos diferentes níveis de gerenciamento do PACS;
- Viabilizar, junto à secretaria municipal de educação, a complementação da escolaridade de 1º grau dos ACS, com apoio das coordenações regional e estadual;
- Consolidar, analisar, divulgar e encaminhar ao nível regional e/ou estadual, os dados referentes às ações do PACS, para compor o sistema de informação do SUS;



- às instituições governamentais e não governamentais;
- Aplicar os critérios de desligamento dos ACS, estabelecidos pelo Programa, em consonância com as coordenações estaduais e regionais;
 - Providenciar junto à coordenação estadual a imediata substituição dos ACS, quando do seu desligamento;
 - Elaborar e encaminhar às instituições participantes, relatórios referentes ao acompanhamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas;
 - Participar de encontros intermunicipais, regionais e estaduais para discussão, avaliação e troca de experiências relativas ao Programa;
 - Consolidar os dados de produção dos ACS e encaminhá-los às unidades de saúde de referência, para a sua inclusão no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)
 - Fornecer, mensalmente, a relação atualizada dos ACS, para o pagamento de salário, pelo município.

3.5 - Nível Local

É operacionalizado pelo agente comunitário de saúde, morador, há pelo menos 2 anos, na comunidade onde trabalha. Enquanto trabalhador do 1º nível de atenção, deve ser o responsável pelo acompanhamento de todas as famílias de uma área geográfica pré-definida, sendo o elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde de referência, com as seguintes atribuições:

- Reconhecer a área de atuação;
- Cadastrar todas as famílias de sua área de abrangência;
- Estimular continuamente a organização comunitária;
- Participar da vida da comunidade, principalmente através das organizações, e estimular a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população;
- Informar aos demais membros da equipe de saúde, da disponibilidade, necessidades e dinâmica social da comunidade;
- Realizar ações básicas de saúde, de acordo com sua capacidade, através de visitas domiciliares, reuniões de grupos ou outras modalidades;

- Incentivo ao aleitamento materno
 - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 5 anos
 - Promoção da cobertura vacinal na sua área de atuação
 - Controle das doenças diarreicas
 - Controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA)
 - Orientação quanto às alternativas alimentares
 - Utilização da medicina popular
 - Promoção de ações de saneamento e melhoria do meio ambiente
- Registrar nascimentos e óbitos ocorridos, doenças de notificação compulsória, e desenvolver ações de vigilância epidemiológica;
 - Atuar no controle de endemias locais;
 - Executar ações de saneamento e de controle do meio ambiente;
 - Realizar ações de proteção à saúde do adulto e do trabalhador;
 - Encaminhar às unidades de referência os casos que não puderem ser resolvidos na comunidade;
 - Orientar a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saúde;
 - Fortalecer os elos de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde;
 - Registrar as atividades desenvolvidas no seu trabalho, encaminhando o relatório à coordenação municipal do Programa.

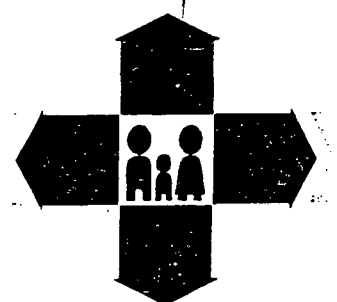
4 - OPERACIONALIZAÇÃO

A implantação do PACS é operacionalizada nos níveis nacional, estadual, regional e municipal por etapas que, embora sejam descritas separadamente, para melhor compreensão do processo, podem acontecer de forma simultânea.

4.1 - Primeira Etapa

Sensibilização

A principal estratégia de implantação do PACS está fundamentada na mobilização de amplos setores da sociedade.



que devem respaldar o desenvolvimento e o fortalecimento do trabalho cotidiano dos ACS. Portanto, a informação e a discussão do PACS com a comunidade são ações fundamentais da etapa de sensibilização.

Neste sentido, a contínua sensibilização das comunidades permeia as diversas etapas de implantação deste programa, devendo-se utilizar, para este fim, todos os recursos disponíveis, como: reuniões locais, serviços de alto-falante, material impresso, vídeos, rádios, TV, líderes comunitários etc., de acordo com a realidade local.

Nível Nacional

A sensibilização neste nível se faz através de reuniões com secretários estaduais e/ou municipais de saúde, entidades de classe, Conselho Nacional de Saúde, CONASS, CONASEMS, organismos nacionais e internacionais ligados à saúde.

Nível Estadual

Neste nível, a sensibilização se faz através de ampla discussão com secretarias de estado, prefeitos, secretários municipais de saúde e com organismos governamentais e não governamentais.

Nível Regional

Como nos demais níveis, a sensibilização na esfera regional se faz através de discussão, em cada uma das sedes das diretorias regionais das secretarias estaduais de saúde, envolvendo lideranças regionais e locais dos municípios compreendidos na regional.

Nível Municipal

Após a identificação dos municípios e seus respectivos instrutores/supervisores, são promovidos encontros, seminários, reuniões e outros eventos com a finalidade de divulgar o Programa para toda a comunidade local, bem como informar sobre o processo seletivo dos candidatos a ACS.

A sensibilização no nível municipal envolve profissionais e instituições municipais, Conselho Municipal de Saúde, representantes da sociedade civil organizada e organizações governamentais e não governamentais.

4.2 - Segunda Etapa

Adesão

O prefeito, conhecendo as normas, diretrizes e critérios para a implantação do PACS, solicita (com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde) ao secretário de estado da saúde a implantação do Programa, através do termo de adesão. Encaminha, ainda, à coordenação estadual, para análise, a documentação comprobatória do cumprimento dos critérios pré-estabelecidos:

- Lei de criação do Conselho Municipal de Saúde
- Lei de criação do Fundo Municipal de Saúde
- Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde, aprovando a implantação do PACS
- Ficha da unidade (s) de saúde cadastrada no SIA-SUS
- Diploma de posse do prefeito
- Ficha cadastral do prefeito
- Ficha cadastral do instrutor/supervisor.

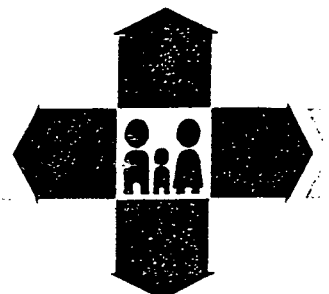
Na análise da documentação deve-se verificar a disponibilidade de tempo do enfermeiro para assumir a coordenação, capacitação e supervisão, na proporção de 30 ACS para um instrutor/supervisor, com carga horária mínima de 20 horas.

Procedida a análise e constatado que o município está apto a implantar o programa, a secretaria estadual de saúde e a prefeitura municipal firmam documento para definir as responsabilidades (termo de compromisso, convênio e outros).

4.3 - Terceira Etapa

Recrutamento e Seleção

O processo de recrutamento e seleção é precedido de um contato formal da coordenação estadual com o prefeito, secretário municipal de saúde, Conselho Municipal de Saúde e lideranças comunitárias. Neste momento é definido o calendário de execução, o local de inscrição e de realização da seleção. As autoridades



municipais são informadas sobre quais providências deverão ser tomadas para o bom andamento e, principalmente, para a segurança do processo seletivo. Este processo compreende:

Preparação

A coordenação estadual, juntamente com a regional, instrutor/supervisor e lideranças locais, prepara o mapeamento do município. Este mapeamento consiste em definir a área geográfica e o número e ACS necessários a cada área, levando-se em consideração o número de famílias, a distância a ser percorrida e as vias de acesso, observando ao critério de 200 a 250 famílias, por ACS, na zona urbana e 150 famílias na zona rural.

Divulgação

Após a aprovação do mapeamento, inicia-se a divulgação, que é a ampla propagação de informações sobre a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, utilizando-se com intensidade os instrumentos de comunicação de massa disponíveis no estado e municípios, como: televisão, alto-falantes, rádio, jornais, panfletos, cartazes e outros.

Mobilização

Nesta fase verifica-se se a mensagem divulgada na etapa anterior atingiu todos os segmentos da área de operacionalização do programa. A mobilização deve ser feita através de reuniões com lideranças comunitárias, movimentos sociais organizados e outros eventos que reúnam pessoas da comunidade alvo.

- ✓ Durante esta fase o instrutor/supervisor municipal deverá, ainda:
- Realizar contatos com o prefeito e o Conselho Municipal de Saúde para detalhamento do processo de seleção;
 - Definir o local para as inscrições, realização da prova e entrevistas;
 - Promover a divulgação, em todos os meios de comunicação disponíveis no local, dos critérios para a inscrição, incluindo a data, o horário e os documentos necessários.

É a primeira etapa do processo seletivo, sendo eliminatória no caso dos candidatos não atenderem aos requisitos exigidos, tais como:

- Ter mais de 18 anos;
- Saber ler e escrever (preferencialmente ter o 1º grau);
- Morar há mais de 2 anos na comunidade onde vai trabalhar;
- Ter disponibilidade de 8 horas diárias para o trabalho;
- Continuar residindo na área de atuação.

Para a realização desta fase, a coordenação estadual fornece ao município o material necessário para as inscrições: ficha de inscrição, cartão de identificação do candidato, formulário de avaliação curricular e boletim de seleção dos candidatos.

A inscrição deve ser realizada por pessoas idôneas - acompanhadas pelo instrutor/supervisor - que vão orientar os candidatos no preenchimento da ficha de inscrição. A ficha deve ser preenchida pelo próprio candidato, como forma de assegurar que este saiba ler e escrever.

O responsável, ao receber o ficha de inscrição preenchido, deve: observar rigorosamente os critérios e a documentação exigida, assinar de forma legível e entregar ao candidato o cartão de identificação, preenchido e assinado.

No momento da inscrição será fornecido ao candidato o formulário de avaliação curricular, que deve conter a rubrica do responsável pela inscrição. O formulário será devolvido pelo candidato, preenchido e assinado por pessoa idônea que tenha conhecimento do trabalho por ele desenvolvido e que se responsabilize pelas informações. A inscrição é gratuita.

Concluída a fase de inscrição, o instrutor/supervisor municipal encaminha ao coordenador regional e/ou estadual os boletins de seleção dos candidatos, devidamente preenchidos.

Organização da Seleção

Os instrumentos utilizados para a seleção (prova escrita, boletim de seleção, lista de frequência, roteiro para entrevista e lista de classificação final) são elaborados pela gerência nacional e coordenadores estaduais do PACS.



A seleção compreende três etapas: prova escrita, entrevista individual e em grupo.

Os coordenadores estaduais, de posse dos boletins de seleção de candidatos, junto com os coordenadores regionais, organizam os envelopes, que devem conter: número de provas de acordo com o boletim de seleção de candidatos, lista de frequência, roteiro para entrevistas e listas de classificações. Os envelopes devem ser lacrados e assinados pelos coordenadores.

A coordenação estadual responsabiliza-se pelo recrutamento e treinamento dos aplicadores de prova, que são responsáveis pela guarda do material.

O instrutor/supervisor municipal recruta e treina pessoas idôneas, do próprio município, para fiscalizar a realização das provas.

Prova Escrita

A aplicação da prova é de responsabilidade da coordenação estadual ou pessoa por ela designada. Em nenhuma hipótese esta pessoa pode ser o instrutor/supervisor daquele município, ou qualquer pessoa que pertença ao município onde está sendo realizada a prova.

A lista dos aprovados na prova escrita é afixada no local de realização das provas, imediatamente após a correção.

Serão classificados para a entrevista os cinco candidatos que obtiverem a maior nota por vaga. Em caso de empate serão chamados todos os candidatos com a mesma nota.

Entrevistas

São realizadas em duas modalidades: individual e em grupo. Todos os candidatos selecionados para as entrevistas participam desta etapa em igualdade de condições, não importando a nota da prova escrita. Os candidatos são agrupados por localidade, de

deve ter capacidade para avaliar até 30 candidatos por dia.

Nas entrevistas individual e em grupo são pontuados os critérios relacionados ao conhecimento da comunidade, como: experiência de trabalho comunitário, principalmente os ligados à saúde; disponibilidade para o trabalho; interesse em participar do programa; iniciativa e respeito aos demais membros do grupo.

As entrevistas individual e em grupo têm nota máxima de 100 pontos.

A média aritmética da pontuação obtida nas entrevistas (individual e em grupo) determina a classificação dos candidatos.

Classificação e Publicação dos Resultados

Os resultados da seleção dos candidatos serão divulgados pelos meios de comunicação disponíveis no município e por listas afixadas no local de realização da seleção.

Após a divulgação, o responsável pelo processo de seleção no município entregará todo o material utilizado durante o concurso à coordenação estadual, que deverá mantê-lo em arquivo por cinco anos.

A publicação dos resultados deve ser feita simultaneamente à convocação dos classificados, para preenchimento das vagas.

5 - CAPACITAÇÃO

A capacitação dos ACS, inicialmente, é feita através de um treinamento inicial, com carga horária mínima de 480 horas, ministrado pelo instrutor/supervisor, no município onde eles vão desenvolver suas ações.

O conteúdo do treinamento inicial deve corresponder às ações que serão desenvolvidas pelos ACS junto à comunidade.



Os ACS devem iniciar, após treinamento inicial, o processo de profissionalização em auxiliares de enfermagem (AE).

Aos ACS deve ser garantida a escolaridade de 1º grau, paralelamente à formação profissionalizante, atendendo ao que estabelece o Conselho Federal de Educação - Lei 5.692/71, Parecer 45 e à Lei 7.498 de 25/06/86, que regulamenta o exercício de enfermagem no país.

A profissionalização dos ACS é realizada com base na programação curricular integrada de visitador sanitário, adaptada para a formação do auxiliar de enfermagem.

A profissionalização dos ACS em auxiliares de enfermagem é de responsabilidade dos órgãos formadores das secretarias estaduais de saúde, autorizados e reconhecidos pelos Conselhos Estaduais de Educação.

Os recursos financeiros para profissionalização dos ACS devem ser descentralizados, atendendo às necessidades dos serviços, dos próprios ACS e do processo metodológico adotado.

Os instrutores/supervisores têm assegurada a educação continuada, através da capacitação pedagógica e técnica, que deve prepará-los para a utilização do currículo integrado, adotado na formação dos ACS.

6 - SUPERVISÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A supervisão, o acompanhamento e a avaliação são feitos de forma sistemática, integrada e permanente em todos os níveis do Programa, utilizando-se de instrumentos como: dados do sistema de informação; relatórios; reuniões; depoimentos; visitas às comunidades e observação do trabalho dos ACS.

As coordenações, nos seus diferentes níveis, em parceria com outras entidades, devem criar formas de divulgação do trabalho desenvolvido.

O desligamento do ACS, após a constatação de irregularidades, é de responsabilidade do instrutor/supervisor, com anuência dos coordenadores regional e estadual.

O ACS é desligado nas seguintes situações:

- Deixar de residir na comunidade onde atua;
- Apresentar distúrbios de conduta que comprometam o desempenho de suas atividades e/ou a credibilidade do Programa;
- For rejeitado pela comunidade onde atua;
- Assumir outra atividade que comprometa a carga horária exigida;
- Concorrer a cargo eletivo, durante e enquanto perdurar a indefinição do seu vínculo empregatício;
- Desenvolver atividades político-partidárias durante sua jornada de trabalho;
- Ausentar-se do seu local de atuação sem a prévia autorização do instrutor/supervisor;
- Deixar de desenvolver as suas atribuições no Programa.

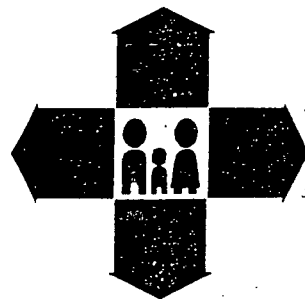
A responsabilidade pelo desligamento do instrutor/supervisor é do prefeito municipal, com anuência da coordenação estadual.

A coordenação estadual solicita o afastamento do instrutor/supervisor ao prefeito municipal quando do seu enquadramento em uma ou mais situações listadas a seguir:

- Afastar-se do município onde atua sem comunicação prévia e anuência do secretário municipal de saúde;
- Apresentar distúrbios de conduta que comprometam o desempenho de suas atividades e/ou a credibilidade do Programa;
- Assumir outra atividade que possa comprometer o cumprimento da sua carga horária;
- Deixar de desenvolver as suas atribuições no Programa;
- Desenvolver atividades político-partidárias durante sua jornada de trabalho.

O Município será desligado quando deixar de cumprir as normas e diretrizes do Programa, após advertência pela coordenação estadual.

A responsabilidade do desligamento do município é da secretaria estadual de saúde, com anuência da Fundação Nacional de Saúde.



Pesquisa, Concepção e Elaboração do texto

Primeira Edição

José Lázaro de Brito Ladislau	- DEOPE/FNS/MS
Maria dos Graças Queiroz Maranhão	- Universidade Estadual do Ceará
Moriza Aparecida de Souza	- PACS/FNS/MS
Mírio Campos Lavor	- SES/CE

Revisão Técnicas e dos Textos

Aguinelda Maria de Souza	- SES/PACS/RN
Brasileira Cordeiro Lopes	- SES/PR
Danusa Fernandes Benjamim	- PACS/FNS/MS
Maria Crisťina M. L. Carvalho	- SES/PACS/MA
Maria Enóia Dantas da C. e Silva	- SES/PACS/PI
Maria das Graças Queiroz Maranhão	- Universidade Federal da Ceará
Maria José Ribamar Fonseca	- PACS/FNS/MS

Apoio: Unicef

Edição: ÂNCORA Comunicação

**Anexo XIII – Síntese das Prerrogativas dos municípios
segundo as condições de gestão NOB/SUS 01/96.**

Síntese das prerrogativas dos municípios segundo as condições de gestão NOB/SUS 01/96

GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
Transferência regular e automática dos recursos do Piso de Atenção Básica – PAB – Fundo a Fundo	Transferência regular e automática dos recursos do TFA - Teto Financeiro da Assistência – Fundo a Fundo
Transferência regular e automática dos recursos do Piso Básico de Vigilância Sanitária – PBVS – Fundo a Fundo	Transferência regular e automática dos recursos do Piso Básico de Vigilância Sanitária – PBVS - Fundo a Fundo
Transferência regular e automática dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e controle de doenças – Fundo a Fundo - (em estudo para regulação)	Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária, (em estudo para regulação)
	Transferência dos recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT - (em estudo para regulação)
	Subordinação à gestão municipal do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas)

	estabelecidas no território municipal
Subordinação à gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas) estabelecidas no território municipal	Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, aprovado pela CIB e CMS (convênios, contratos, licitações)

Fonte: NOB/SUS 01/96.(Ortiga,1999)

Anexo XIV – Síntese das responsabilidades dos municípios segundo condições de gestão da NOB/SUS 01/96.

**Síntese das responsabilidades dos municípios
segundo as condições de gestão da NOB/SUS 01/96**

GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar programação de serviços Básicos e prover referência ambulatorial e hospitalar, incorporada à Programação Pactuada Integrada (PPI) 2. Gerenciar unidades ambulatoriais próprias 3. Gerenciar unidades ambulatoriais do Estado e da União (salvo exceções CIB/CIT) 4. Reorganizar as unidades sob gestão pública, sistematizando a oferta de serviços 5. Prestar os serviços contidos no PAB e acompanhamento aos demais serviços conforme a PPI 6. Contratar, controlar, auditar e efetuar pagamento de prestadores de serviços/PAB 7. Operar SIA/SUS (PAB) e alimentar banco de dados (SES) 8. Autorizar AIHs e procedimentos ambulatoriais especializados (pagos por produção) 9. Manter atualizado o cadastro das unidades assistenciais sob sua 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar programação municipal, incluindo referência ambulatorial e hospitalar incorporada à PPI 2. Gerenciar unidades ambulatoriais e hospitalares (inclusive referência) 3. Gerenciar unidades ambulatoriais e hospitalares do Estado e da União (salvo exceções CIB/CIT) 4. Reorganizar as unidades sob gestão pública, sistematizando a oferta de serviços 5. Garantir prestação de serviços, inclusive referência aos não – residentes, conforme PPI 6. Contratar, controlar, auditar e pagar prestadores de serviço ambulatoriais e hospitalares (PPI) 7. Normalizar e operar centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (sistema de referência intermunicipal) 8. Operar SIA/SUS e SIH/SUS e alimentar banco de dados (SES) 9. Administrar oferta de

<p>gestão</p> <p>10. Avaliar permanente o impacto das ações sobre a saúde e o meio ambiente</p> <p>11. Executar ações básicas de vigilância sanitária</p> <p>12. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica, controle de doenças e ocorrências mórbidas (causas externas)</p> <p>13. Elaborar relatório de gestão anual aprovado pelo CMS</p>	<p>procedimentos ambulatoriais de alto custo e hospitalares de alta complexidade conforme PPI</p> <p>10. Manter cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão</p> <p>11. Avaliar permanentemente o impacto das ações sobre a saúde e o meio ambiente</p> <p>12. Executar as ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária (opcionalmente PDAVS)</p> <p>13. Executar ações de epidemiologia, controle de doenças e ocorrências mórbidas (causas externas) e outras incluídas no TFECD</p> <p>14. Elaborar relatório de gestão anual, aprovado pelo CMS</p>
--	---

Fonte: NOB/SUS 01/96.(Ortiga,1999)

Anexo XV – Perfil e Competências dos Enfermeiros/Supervisores do PACS da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Abril/1999.

Perfil de competências dos Enfermeiros da PMF de Florianópolis

I. PERFIL DA(O) ENFERMEIRA(O) DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS (PMF)

1. A (o) Enfermeira(o) é profissional crítico, criativo e reflexivo, habilitado para o pleno exercício da profissão, e comprometido com as necessidades de assistência integral de Enfermagem dos indivíduos, famílias e/ou comunidades, nos níveis de proteção, prevenção, promoção e de reabilitação da saúde.
2. Reconhece o seu papel técnico, político, social, cultural e ético no desempenho de suas atividades profissionais.
3. Demonstra atitudes de respeito e de valorização ao (do) ser humano, condizentes com os preceitos ético-legais da profissão.
4. Empenha-se no seu desenvolvimento integral como pessoa humana, buscando novas fontes do conhecimento, tornando-se, assim, sujeito de sua formação contínua.
5. Contribui para a consolidação dos direitos à cidadania, entendendo o direito à saúde como um deles.
6. Integra a equipe multiprofissional, mantendo uma atitude cooperativa e solidária.
7. Participa das entidades de classe como um dos caminhos para a organização da categoria e a conquista do desenvolvimento da profissão.
8. Conhece as tendências políticas e sociais relacionadas à saúde e se posiciona frente às mesmas.
9. Realiza, participa e/ou contribui com os processos de pesquisa, com vistas ao bem estar dos indivíduos, famílias e/ou comunidades e ao desenvolvimento da profissão.
10. Realiza, participa e/ou contribui com os processos de ensino e de educação para a saúde, visando a melhoria da qualidade da assistência e o desenvolvimento da profissão.
11. Desempenha as suas funções com responsabilidade, competência, justiça e ética profissional.
12. Prevê, coordena e avalia o processo de trabalho e as ações de Enfermagem realizadas pelo pessoal de nível médio em Enfermagem (Auxiliares e Técnicos em Enfermagem) e pelos Agentes Comunitários de Saúde.
13. Participa do planejamento, da execução e da avaliação dos programas assistenciais da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

II. COMPETÊNCIAS DA(O) ENFERMEIRA(O) DA PMF

Os Enfermeiros da PMF têm competência para:

1. participar da identificação dos determinantes do processo saúde-doença, dos indivíduos, famílias e/ou comunidades da sua área de abrangência, com a equipe de trabalho, lideranças ou Conselhos Comunitários e Agentes Comunitários de Saúde;
2. participar do planejamento das ações de saúde para a sua área de abrangência;
3. planejar a assistência de Enfermagem e as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde, em colaboração com os profissionais de nível médio em Enfermagem (Auxiliares e/ou Técnicos) e os Agentes Comunitários de Saúde, segundo as necessidades identificadas;
4. coordenar as ações dos profissionais de nível médio em Enfermagem (Auxiliares e/ou Técnicos) e dos Agentes Comunitários de Saúde;
5. responsabilizar-se pela supervisão, acompanhamento e avaliação das atividades dos profissionais de nível médio em Enfermagem (Auxiliares e/ou Técnicos) e dos Agentes Comunitários de Saúde, integrando-os no processo de avaliação;
6. estimular a participação da comunidade e/ou das organizações comunitárias nos processos de planejamento e avaliação das ações de saúde;
7. propor e/ou implementar estratégias de intervenção com vistas à melhoria do serviço e/ou das práticas de saúde;
8. promover reflexões críticas acerca das práticas de saúde, mobilizando as organizações institucionais e/ou populares;
9. realizar os procedimentos técnicos (assistência de Enfermagem) e/ou administrativos sob sua responsabilidade;
10. planejar e/ou participar das atividades de Educação continuada da Enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde;
11. participar do desenvolvimento do ensino formal em sua unidade de trabalho;
12. realizar, participar e/ou contribuir com os processos de pesquisa do âmbito da Enfermagem;
13. participar e/ou contribuir com os processos de pesquisa, promovidos por outras áreas profissionais.

Documento aprovado pelos Enfermeiros da PMF em 12/05/99.

Anexo XVI – Perfil e Competências do ACS da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Abril/1999.

**Perfil de competências dos Agentes Comunitários de Saúde da Prefeitura
Municipal de Florianópolis (PMF).**

I. PERFIL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA PMF

1. O Agente Comunitário de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis é um cidadão alfabetizado (lê e escreve) com a idade mínima de 18 anos, selecionado da comunidade onde reside, com treinamento específico para o exercício de suas atividades em sua área de abrangência.
2. Comparece aos treinamentos programados para o seu preparo e/ou atualização e às reuniões relacionadas às suas atividades.
3. Assume as suas atividades com responsabilidade, honestidade e competência, guiado pelos princípios éticos inerentes a sua condição de Agente.
4. Respeita as crenças e valores dos indivíduos, das famílias e/ou da comunidade.
5. Realiza ações de vigilância à saúde no nível de suas competências.

II. COMPETÊNCIAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA PMF

Sob supervisão da (o) Enfermeira (o), o Agente Comunitário de Saúde da PMF tem competência para:

1. participar dos treinamentos programados para o seu preparo e/ou de atualização;
2. participar das reuniões de planejamento e/ou avaliação quando convocado;
3. realizar o mapeamento da sua área de atuação;
4. cadastrar as famílias/ domicílios sob sua responsabilidade e manter o cadastro atualizado;
5. identificar e discutir, com a comunidade, problemas relacionados com a saúde, mobilizando-a para a sua solução;
6. identificar indivíduos ou famílias expostas a situações de risco, dando conhecimento imediato da ocorrência à (ao) Enfermeira(o) do centro de saúde da sua área de atuação;
7. realizar a busca ativa, segundo as prioridades indicadas pela(o) Enfermeira(o) do centro de saúde da sua área de abrangência;
8. realizar visitas domiciliares de acordo com a programação e as prioridades identificadas pela (o) Enfermeira(o) do centro de saúde de sua área de atuação;

9. orientar os indivíduos, as famílias e/ou a comunidade acerca da prestação de serviços do posto/ centro de saúde e da utilização dos recursos de saúde oferecidos pelos mesmos;
10. desenvolver atividades nos programas do Ministério da Saúde adotados pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, exercendo ações de identificação de problemas, registro de dados, fornecimento de informações, encaminhamento e acompanhamento de clientes;
11. registrar fiel e corretamente as informações obtidas, encaminhando-as à(ao) Enfermeira(o) do centro de saúde de sua área de atuação, segundo a periodicidade estabelecida.

Documento aprovado pelos Enfermeiros da PMF em 12/05/99.

Anexo XVII – Entrevista com sujeito da Pesquisa

**Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós Graduação de Enfermagem
Mestrado em Assistência em Enfermagem**

Instrumento para Coleta de Dados

Aos Agentes Comunitários de Saúde

- *Idade:*
- *Sexo:*
- *Escolaridade:*
- *Tempo de Trabalho como ACS:*

- *Porque você escolheu ser ACS?*
- *Como você ficou sabendo e como fez a inscrição para a seleção?*
- *O que é, na sua visão o ACS?*
- *Você participou do curso de formação do ACS?*
- *Você se sente preparado (formado) para exercer suas atividades como ACS?*
- *De que forma o ACS pode contribuir para melhorar/mudar o modelo assistencial exercido nos Centros de Saúde?*
- *Como você percebe o relacionamento de você (como ACS) e o Centro de Saúde onde você atua?*
- *Que dificuldades profissional você tem?*
- *Porque você está cursando o Auxiliar de Enfermagem da UFSC? (para os que fazem o curso)*
- *Porque você não está fazendo o curso de Auxiliar de Enfermagem oferecido pela UFSC? (para os que não fazem o curso)*
- *Você gostaria de dizer algo mais? Deixe seu recado!*

Anexo XVIII – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de seu conhecimento que a Enfermeira Teresa Cristina Gaio, mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC, está desenvolvendo um estudo reflexivo sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, com os Agentes Comunitários de Saúde.

Sua proposta consiste na construção de um processo de reflexão, com a participação do sujeito acima mencionados, visando a avaliação da implantação, seleção e formação dos ACS.

Eu,.....concordo em participar, de forma livre e espontânea, da pesquisa, conforme datas e horários previamente agendados, podendo desistir a qualquer momento, assim como, ter garantida a confiabilidade e anonimato. Também estou de acordo que se use gravador, para registro da entrevista, máquina fotográfica para registro de fotos e que os dados obtidos sejam utilizados e divulgados na referente pesquisa.

Florianópolis,.....de.....de.....

.....
Assinatura