



FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLAUDIA BARBOSA ZUQUIM ANTAS

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: NEM HERÓI, NEM
VILÃO, UM SUJEITO EM BUSCA DE IDENTIDADE
PROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^a. Maria José Nogueira (UFMG)

LAGOA SANTA/MINAS GERAIS

2012



FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLAUDIA BARBOSA ZUQUIM ANTAS

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: NEM HERÓI, NEM
VILÃO, UM SUJEITO EM BUSCA DE IDENTIDADE
PROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Maria José Nogueira

Banca Examinadora

Prof^a. Maria José Nogueira (UFMG)

Prof. Edison José Corrêa (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte: 04/02/2012

À “minha” enfermeira e amiga eterna, Lízia Mol Guimarães, com quem compartilhei sonhos e pesadelos na Equipe do Loteamento no Complexo do Alemão/RJ.

Aos “agentes vilões” responsáveis pela minha busca incessante por respostas.

Aos “meus” agentes comunitários de saúde do IAPI, heróis de um cotidiano de trabalho árduo e estimulante, que me ensinam diariamente a encontrar novas estratégias.

À “minha” enfermeira e amiga, Gabriela Moição, que rege com maestria essa orquestra chamada Equipe IAPI/RJ.

À “minha família perfeita”, todo meu orgulho e inspiração.

Agradeço ao “meu” parceiro pela imensa paciência esperando o final de cada Encontro Presencial e pela companhia essencial nas viagens (RJ/Lagoa Santa) e na vida.

Ao colega Oscarino que me passou a informação “de ouro” sobre o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMG.

Á “minha” Tutora a Distância, Ana Carolina Diniz Oliveira, por não ter sido distante em nenhum momento do Curso.

Á orientadora Maria José, que me auxiliou em tudo que precisei, organizando meu processo de trabalho.

À todos os colegas: mineiros, baianos e cariocas, que encontrei ao longo desses dois anos, fundamentais na minha formação.

Á nossa colega Helcilene Matilde, que descansa no “andar de cima”, pelo prazer da convivência aqui nesse tempo/espço.

“Ela está no horizonte [...] Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para caminhar.”

Eduardo Galeano, em Janela sobre a Utopia

RESUMO

Esse trabalho teve como objetivo, elaborar um plano de intervenção, que apresente aos agentes comunitários de saúde da Equipe IAPI ferramentas necessárias à construção de uma identidade profissional, para que estes se reconheçam como atores pertencentes à Equipe de Saúde da Estratégia de Saúde da Família José Paranhos Fontenelle.

Ele também tece considerações sobre a trajetória da autora durante seu processo de construção de conhecimento, como médica de saúde da família, ao longo dos quatro anos e meio de trabalho na ESF no Município do Rio de Janeiro (CAP 3.1).

Palavras-chaves: Agentes Comunitários de Saúde; identidade profissional; plano de intervenção; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

This paper aims to draw up an action plan with the tools needed to build a professional identity by the community health agents of the IAPI Team. Through this action plan they'll recognize themselves as actors belonging to the Health Team of the José Paranhos Fontenelle's Family Health Strategy.

It also reflects the trajectory of the author during her knowledge construction process as a family doctor, throughout four and a half years working on Family Health Strategy in Rio de Janeiro (CAP 3.1).

Keywords: Community Health Agents; professional identity; intervention plan, Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 METODOLOGIA.....	17
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
5 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
7 AVALIAÇÃO DA TRAJETÓRIA: O CURSO.....	37
8 REFERÊNCIAS.....	39
ANEXO I.....	44

APRESENTAÇÃO:

“De nuestros miedos
nacen nuestros corajes
y en nuestras dudas
viven nuestras certezas.
Los sueños anuncian
otra realidad posible
y los delirios otra razón.
En los extravíos
nos esperan hallazgos,
porque es preciso perderse
para volver a encontrarse.”

Eduardo Galeano

O trabalho como médica generalista na Estratégia de Saúde da Família teve início em maio de 2007, na Unidade da Baiana, Complexo do Alemão (RJ). “Escortada” pela Força Nacional de Segurança, logo tive clareza sobre o tamanho do desafio com que iria me deparar.

As maiores dificuldades encontradas na realização do trabalho originaram-se menos da situação de guerra civil deflagrada no Complexo do Alemão, mas principalmente das relações interpessoais deterioradas com os agentes comunitários de saúde. Esse conflito, se por um lado me fez pensar em desistir da Estratégia, por outro serviu para sair da inércia. O Curso de Especialização a Distância em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no município de Lagoa Santa, a 553 quilômetros do Rio de Janeiro foi o caminho encontrado para enfrentar o “verdadeiro confronto”. Ao longo do curso percebi que o primeiro passo para “vencer” o inimigo seria conhecê-lo. Estaria então na hora de “baixar as armas”.

As posturas assumidas por grande parte dos agentes comunitários de saúde (ACS) são muitas vezes interpretadas pela equipe técnica como empecilho para que o processo de trabalho se realize de forma harmoniosa. Trabalhando como médica na ESF, há quatro anos e meio, pude experimentar essa relação conflituosa, que resultou na minha transferência e na transferência da enfermeira da equipe para outra Unidade de Saúde, deixando para trás todo o vínculo criado com aquela

comunidade. A dificuldade de estabelecer uma relação de parceria com esses “profissionais” tornou-se uma grande provocação. Precisava compreender o processo de construção da identidade do agente comunitário de saúde. De onde surgiu esse ator? O ACS é um profissional da área de saúde ou apenas mão de obra barata e disponível, utilizada com finalidades escusas? Qual a importância atribuída à formação desses “profissionais”? Só os saberes da área de saúde são necessários à sua qualificação? Quais os mecanismos de seleção e contratação do ACS no Município do Rio de Janeiro? Em que circunstâncias se dá seu processo de formação permanente? Como é feita a supervisão do seu trabalho? Quais as suas dificuldades?

Tantos questionamentos me levaram a procurar na literatura algumas respostas, com o intuito de compreender melhor suas idiossincrasias e de refletir sobre suas potencialidades como profissionais que atuam na área de saúde, sem possuir formação técnica e humanística para tal.

Deste modo, o estudo foi dividido em seis partes: uma introdução onde o Sistema Único de Saúde é apresentado como um projeto em construção; a Atenção Básica como primeiro nível de atenção a Saúde e o Programa a Saúde da Família (PSF) como porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Dentro do tema PSF destaca-se a importância do papel do Agente Comunitário de Saúde e de sua formação. Na segunda seção são apresentados os objetivos geral e específicos do estudo, que consistem na elaboração de um plano de ação que contribua para a formação da identidade do agente comunitário e do modo como esse objetivo irá se concretizar. Na terceira seção apresenta-se a metodologia utilizada, a pesquisa bibliográfica, a partir da qual se elaborou uma proposta de intervenção na Equipe de Saúde de Família do IAPI (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários). Na quarta seção utiliza-se o referencial teórico para embasar a construção do plano de ação. Na quinta seção o plano de ação é apresentado e na sexta e última seção são tecidas as considerações finais que falam a respeito da satisfação em realizar um trabalho que poderá contribuir para a reflexão, transformar a prática e as relações interpessoais dentro da Equipe de Saúde da Família do IAPI.

1 INTRODUÇÃO:

A Constituição Brasileira de 1988 inscreve a saúde como prerrogativa de cidadania quando determina: “**Saúde direito de todos e dever do Estado**”. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) inaugura alguns movimentos importantes em sua política no Brasil: o modelo de atenção passa a ser pautado na integralidade, contrapondo-se ao modelo tradicional centrado na medicina curativa, hospitalocêntrica. Neste novo cenário a seguridade social, que consiste em um conjunto de políticas sociais cujo fim é amparar e assistir ao cidadão, opõe-se ao modelo vigente de Previdência Social. (SANTOS, PIERANTONI, SILVA, 2010).

O SUS não nasce de “geração espontânea” é uma conquista do movimento de Reforma Sanitária Brasileira estruturado dentro das universidades e dos movimentos sindicais durante a luta contra a ditadura militar nas décadas de 60 a 80. Este movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde mais de 5000 representantes de todos os seguimentos da sociedade civil dispõem-se a discutir um novo modelo de saúde para o Brasil. (AROUCA,1998)

Fruto dessa luta, por um Sistema de Saúde mais equânime, a implementação do SUS foi marcada pelo paradigma da produção social da saúde, caracterizada por uma concepção ampliada do processo saúde-doença, passando a utilizar diferentes estratégias de intervenção, articulando distintos setores da sociedade e, sobretudo valorizando o estabelecimento de parcerias. Tendo como objetivo proporcionar acesso universal à saúde, o SUS constitui-se num projeto social único, **visionário**. (MENDES,2006).

O SUS sozinho não poderá dar conta da complexidade do processo de saúde e adoecimento da população. Cada um de nós profissionais ou não da área da saúde somos responsáveis pelo fracasso ou pelo sucesso desse Sistema.

Mendes (1996, p.45) considera que:

O SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente 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.

O contato dos usuários com o SUS se dará preferencialmente através das unidades de Atenção Básica a Saúde (ABS) e das ações do Programa de Saúde da Família (PSF). Conforme preconiza o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde - ABS – é constituída por “um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. (BRASIL, 2006).

O Programa de Saúde da Família (PSF) emerge no cenário brasileiro como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, fundamentado na necessidade de substituir um modelo construído historicamente priorizando o cuidado médico individualizado e a doença, por um novo modelo que esteja em consonância com os princípios de universalidade, equidade, integralidade da atenção e participação ativa da comunidade, pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). Encontra caminhos diferenciados para atender as necessidades das famílias e não apenas dos indivíduos, trabalhando na lógica de equipes multiprofissionais, que atuarão em unidades básicas de saúde e na comunidade, **no nível de atenção primária**. (BRASIL, 2001; BORNSTEIN, STOTZ, 2008, grifo nosso).

As principais características deste programa são: o conhecimento do território e das necessidades das famílias que habitam esse território, a adscrição da clientela, o olhar focado na família, a partir de seu ambiente físico e social, **o estabelecimento de vínculos**, a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da equipe e a população adscrita, o estabelecimento de ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, o estímulo a participação da comunidade no exercício da cidadania e do controle social. (BRASIL, 2004, 2005; FARIA, 2010, SILVA e DALMASO, 2006, grifo nosso).

Cada equipe do Programa de Saúde da Família deverá responsabilizar-se por no mínimo 2.400 pessoas e no máximo 2.500 pessoas. A equipe “mínima” deverá ser formada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar

de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Vale ressaltar a importância destes novos atores no cenário da saúde. Conhecendo profundamente a realidade local, pois fazem parte daquela comunidade, representam uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde a visão do morador, abrindo as portas para um universo novo de intervenção. (FEUERWERKER & ALMEIDA, 2000, p.23).

Membro da estratégia de saúde da família, o agente comunitário de saúde desponta como o elo entre a comunidade e os demais profissionais da equipe. Exerce um papel fundamental na ESF tendo em vista sua convivência muito próxima com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha. Identifica-se com a cultura, linguagem e os costumes locais, o que propicia a construção de laços de confiança e a possibilidade de formação de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida (VASCONCELOS, 2009; NUNES, 2002).

Os agentes comunitários de saúde (ACS) têm sido considerados membros efetivos do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), e não apenas meros suportes para a execução de determinadas ações em saúde, desempenham um papel fundamental na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de assistência em saúde, buscando dar respostas positivas as demandas da população. (SILVA e DALMASO, 2002; DAL POZ, 2002).

Muitas vezes os profissionais de saúde sentem-se impotentes diante dos determinantes sociais da saúde, deparando-se com problemas como a miséria, o desemprego, a falta de higiene, a fome entre tantas outras situações para as quais não há cura imediata, mas são tão graves que precisam ser cuidadas. Nesse sentido, ouvir o que a comunidade tem ou precisa dizer é acolher e, então, o acolhimento passa a ser uma forma de cuidar e pode ser o primeiro passo para ampliar o diálogo e gerar possibilidades e oportunidades. (DUARTE e col, 2007 apud GOMES e col., 2009).

Por estar inserido em “dois mundos” onde os contrastes são evidentes, por possuir saberes populares de saúde e “alguns” saberes médicos-científicos, esse ator “sui

generis” pode apresentar-se ora como mediador entre a população e a equipe de saúde, ora como obstáculo nessa mediação. **(NUNES et al,2002).**

No Município do Rio de Janeiro, esses conflitos tornam-se muito evidentes. As posturas assumidas por grande parte dos agentes comunitários de saúde são muitas vezes interpretadas pela equipe técnica como empecilho para que o processo de trabalho se estabeleça de forma harmoniosa.

Entre as várias atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), segundo as orientações do Ministério da Saúde, uma merece um olhar diferenciado quando se pensa na formação desses “atores”. Os ACS devem ter clareza quanto a *“orientação das famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde”*. (MS, 1998:18).

Envolvidos diretamente com a comunidade onde atuam e por quem nutrem um “sentimento de pertença” e sem possuir respaldo técnico-científico para orientar as famílias quanto ao uso “adequado” do Sistema acreditam, da mesma forma que os demais moradores da comunidade, que as demandas e desejos daquelas famílias deverão ser atendidas prontamente pela equipe técnica de saúde.

Expostos a realidades sociais cruéis necessitam saber como devem orientar as famílias a usar de forma “adequada” os serviços de saúde. Mas, o que significa “usar de forma adequada os serviços de saúde”? A Constituição Federal afirma que **“saúde é direito de todos”**. O ACS sem estar munido de conhecimentos básicos em torno das questões do processo saúde-doença, não poderá orientar a população sobre o uso “adequado” do serviço de saúde.

O que este “ator” deseja é solucionar a demanda daquele “usuário”, por diversas razões. Porque ele é um “igual”, porque compartilham o mesmo “habitat”, porque o morador, muitas vezes, é seu parente, porque ele se solidariza com o sofrimento daquelas famílias, porque poderá sentir-se recompensado pelo reconhecimento da população. Agendar consultas médicas e marcar exames lhes dá um “relativo poder”. Isso pode comprometer as relações estabelecidas com a equipe técnica. De acordo com Nunes: o ACS “passa a dividir e mesmo disputar, o seu lugar de

prestígio na comunidade com os demais membros da equipe técnica, principalmente com os médicos”. (2002, p.1641).

Em seu cotidiano, esse “profissional” depara-se com graves problemas sociais. Traz em seu imaginário a ilusão da consulta médica. A **consulta médica**, segundo sua crença, será decisiva para resolver ou minimizar os problemas enfrentados pelas famílias; que se encontram adoecidas por questões de determinação social, cuja resolução não se restringe apenas a “entrada” no consultório médico.

É admissível que os “usuários” do Sistema de Saúde pensem deste modo, afinal conforme afirmam Vasconcelos, Grillo e Soares:

Por muito tempo, na área de saúde, a consulta foi considerada instrumento de trabalho exclusivo do profissional médico. Deixou de ser , e o será cada vez menos, com o avanço do reconhecimento da necessidade de múltiplos olhares e saberes frente à **complexidade do viver e do processo saúde-doença** (2009, p.57).

Entretanto, o que parece inaceitável é que profissionais que atuem na área de saúde ainda tenham este tipo de crença. A questão que se quer abordar é: como um agente comunitário de saúde poderá lidar com as demandas dos usuários, senão for estimulado a refletir sobre as limitações que existem na rede pública de saúde? Na prática diária, esses atores estão entrando nos domicílios guarnecidos apenas de fichas cadastrais, lápis e garrafinhas de água com o slogan da Prefeitura “**Saúde Presente**”. Esse instrumento mágico nos remete aos contos de Alibabá, levando a crença de que friccionando a garrafinha o “gênio da lâmpada” aparecerá pronto para solucionar todos os imensos problemas sócio-econômicos, psíquicos, físicos e espirituais da população por eles assistida.

Seria, então, a consulta médica o “gênio da lâmpada”?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Elaborar uma proposta de intervenção em serviço que contribua para a formação da identidade do agente comunitário como agente transformador da realidade em seu território.

2.2 Objetivos Específicos:

- Realizar trabalho de pesquisa bibliográfica sobre a construção da identidade do Agente comunitário de saúde e de formação em serviço para esse profissional.
- Elaborar um Plano Piloto de Intervenção pelo período de um mês para apresentar à equipe e aos gestores.
- Reunir a equipe para explicar a proposta de Educação permanente para os Agentes Comunitários de Saúde e demais membros da equipe técnica.
- Apresentar o Plano à Equipe da ESF.
- Avaliar o interesse e a adesão a proposta de EPS pela equipe.
- Discutir a viabilidade do Plano de Intervenção com a Equipe e posteriormente com os gestores.
- Solicitar a parceria da Organização Social (OS) Viva Comunidade para contribuição com lanches (café da manhã e almoço) nos dias de Educação Permanente em Saúde (EPS).

3 METODOLOGIA

O trabalho parte de uma pesquisa bibliográfica realizada através de artigos e teses pesquisadas nos bancos de dados de saúde disponibilizados na Internet , tais como: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Rede de Universidades Brasil (UNIVERSIA), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS) e da leitura do livro: Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber e o fazer, de Joana Azevedo da Silva e Ana Sílvia Whitaker Dalmaso. A leitura deste livro, na íntegra, e dos demais artigos foram fundamentais na elaboração da proposta de intervenção e formação permanente dos agentes comunitários de saúde da Equipe do IAPI. Partindo destes conhecimentos prévios pude elaborar um plano piloto de intervenção e formação continuada para os Agentes Comunitários de Saúde do IAPI. Num segundo momento o projeto piloto será apresentado à equipe e aos gestores para avaliação e em caso de aceitação será colocado em prática no ano de 2012, na Unidade de Saúde da Família José Paranhos Fontenelle, no bairro da Penha, RJ, na Equipe IAPI.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 com a intenção de fortalecer a atenção primária utilizando uma nova dinâmica para organizar os serviços e ações de saúde, visando uma maior qualidade na assistência prestada ao indivíduo, à família e a comunidade. A expansão do programa por todo o território brasileiro tem fortalecido as ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde no país. Essa proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica tem como alicerce os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). As Unidades Básicas de Saúde abandonam a passividade e passam a atuar de forma mais dinâmica, definindo responsabilidades entre os diversos serviços de saúde e a população. Os serviços buscam estratégias para desenvolver uma atenção à saúde de indivíduos e grupos, intervindo sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta promovendo parcerias por meio de ações intersetoriais e estimulando o controle social.(SANTOS et all, 2011).

A Atenção Primária a Saúde (APS) foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ,em 1978, como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo do local onde as pessoas vivem e trabalham, estabelecendo-se como o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaração de Alma-Ata, 1978).

No Brasil, a Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, define Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2006).

Portanto, a ABS deve orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se entre eles a universalidade, a acessibilidade, integralidade, a equidade, **o vínculo, a responsabilização, a continuidade no cuidado**, a humanização, a participação social, a resolubilidade e a intersetorialidade.

Compreendendo o binômio saúde-doença como um processo político, historicamente produzido, determinado pelas condições e pela qualidade de vida das pessoas, a ABS deve se diferenciar dos demais modelos assistenciais valorizando e priorizando atividades de promoção da saúde, reconhecendo a saúde como um direito assegurado pela Constituição Brasileira.

FARIA (2010, p35) considera que:

As ações de ABS devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Em relação à sua saúde, deve percebê-lo como sujeito capaz de conhecer, compreender, expressar e agir a seu modo e de acordo com sua vivência, devendo, pois, respeitar seus valores, representações e atos, reconhecendo-os como expressão legítima da sociedade da qual se origina. Desta forma, as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e a redução de danos ou sofrimentos devem basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia possível para sua efetivação.

Outro princípio fundamental na estratégia de Atenção Básica a Saúde que deverá nortear o trabalho de toda a equipe de saúde é a compreensão do território não como um espaço geográfico delimitado, mas como lócus privilegiado, onde as pessoas constroem suas vidas e suas histórias – um espaço social - que deve ser valorizado e respeitado como tal. No território foram sendo construídos valores e hábitos ao longo do tempo, através das relações que se estabeleceram entre pessoas e grupos de pessoas. Conhecer o território significa conhecer as condições e a qualidade de vida das pessoas que ali se encontram e saber que essas condições são determinadas pelas políticas públicas implementadas naquela região. (FARIA, 2010).

Vale destacar que o envolvimento governamental em áreas prioritárias com políticas de saneamento, de educação, de moradia, de alimentação, de segurança, de transporte, trabalho, saúde, ambientais entre outras é determinante na efetivação desse processo assistencial, viabilizando a adesão e mobilização das forças sociais em torno de suas diretrizes. Sem políticas públicas sérias que possibilitem, de algum modo, a mudança nas condições de vulnerabilidade e a melhoria da qualidade de vida da população não estaremos atendendo as suas necessidades básicas. Daí a importância de se buscar parcerias e fazer alianças com as instituições sociais localizadas no território. (SANTOS et al, 2011).

Reconhecer que sozinha a Saúde não consegue “dar conta” dos imensos desafios que encontra e que é fundamental haver o comprometimento de toda a sociedade, através de ações intersetoriais e da participação efetiva de todas as instâncias governamentais ajudará na implementação de ações eficazes na Atenção Básica a Saúde.

É imprescindível que outros níveis de atenção, de média e alta complexidade, apoiem a ABS. Esses diferentes níveis de complexidade deverão estar interligados, de forma harmoniosa, por um sistema de referência e contra-referência sustentado por um sistema de informação ágil, que dê ao “usuário” a certeza de um atendimento integral. Não podemos esquecer que a integralidade é um dos princípios básicos do SUS. Portanto, se o trabalho em saúde não for compartilhado, sempre que se fizer necessário, por todos os níveis de atenção, ele não se efetivará.

Todas as transformações sugeridas por este novo modelo de atenção, todavia não conseguiram alterar de modo significativo a qualidade das ações de saúde, sendo necessário recorrer a novos saberes e práticas que viabilizassem o SUS, aumentando sua efetividade. Nessa direção, a busca de estratégias assistenciais diferenciadas torna-se indispensável. (CARDOSO,FARIA e SANTOS,2008).

O PSF traz em seu cerne a semente da mudança. É o projeto mais ousado na área de saúde, desde a implementação do SUS. Modifica totalmente a lógica de atendimento médico-centrada, que vinha sendo preconizada até o momento. Entretanto, tudo o que é novo e propõe quebra de paradigmas encontra grandes resistências para se edificar. Tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua, em sintonia com os princípios do SUS, especialmente a universalidade, a equidade da atenção, a integralidade das ações e a participação social, voltando-se para a saúde e principalmente para a qualidade de vida do cidadão. (BRASIL, 1997).

É de fundamental importância compreender de onde se originaram os princípios e diretrizes norteadoras dos diversos programas que despontaram a partir da década de 70 no Brasil: PIASS,ProjetoDevale,PACS-Ceará(Pnacs),PSF, ESF. Silva e Dalmaso, (2006) esclarecem que em **17 de julho de 1942**, Osvaldo Aranha, ministro de Estado dos negócios das Relações Exteriores; Jefferson Caffery, embaixador dos Estados Unidos e o major George Mundock Saunders, representante do Instituto de assuntos interamericanos (IAIA), assinaram um contrato de cooperação do qual surgiu o **Serviço Especial de Saúde Pública(SESP)**, cujo o intuito seria prestar assistência médico-sanitária às populações das áreas onde existiam matérias-

primas de interesse estratégico para os países aliados , em guerra contra a Alemanha.

Inicialmente as atividades do SESP limitavam-se ao monitoramento da situação de saúde dos indivíduos e das famílias e da prevenção e controle das doenças transmissíveis, nas áreas de exploração da borracha na região Amazônica, nas regiões de extração de mica e cristal de rocha nos estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás e ainda nas áreas de reconstrução da Estrada de Ferro Vitória-Minas, da companhia do Vale do Rio Doce. Alguns anos depois ficou claro para a direção da SESP que era necessário oferecer àquelas populações cuidados de assistência médica.

No relatório da Conferência da Organização Sanitária de 1948 (Silva e Dalmaso, 2006, p.24) estabeleceu-se que:

Considerando que, nas áreas em apreço, as condições de pauperismo das populações e a inexistência ou a insuficiência do número de médicos clínicos e leitos em hospitais forçaram o Programa da Amazônia a instituir serviços de assistência médica, e o do Rio Doce a condescender em prestar esses mesmos serviços no intuito de promover a recuperação, tão rápida quanto possível, da grande massa de doentes ainda existente, a Conferência da Organização Sanitária reconhece:

- a- que se torna necessário , nas áreas de trabalho do SESP, incluir assistência médica entre as funções da saúde pública.
- b- que a assistência médica, por outro lado, representa um atrativo imediato para a população que, recebendo esse benefício, de melhor maneira se prestará a aceitar as medidas de medicina preventiva.
- c- **que não será possível prescindir da existência de leitos em hospitais.** (grifo nosso).

Em 1960, foi criada a Fundação Sesp, vinculada ao Ministério da Saúde. Silva e Dalmaso (2006) afirmam que a Fundação Sesp teve uma grande importância na concepção de diretrizes que, atualmente, orientam as práticas de trabalho na Proposição dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF).

Conforme, Silva e Dalmaso (2006; p.26):

A F.Sesp funcionou como um “laboratório”,foi pioneira na criação de modelos para as propostas de ampliação de cobertura para populações específicas,de práticas,de diretrizes e princípios que ,hoje, se colocam,no Pacs e no PSF.Issso permitiu que se construísse experiência e que se avançasse no conhecimento.

Na Fundação Sesp cabia a cada uma das visitadoras sanitárias responsabilizar-se pela cobertura da população residente em uma determinada área do município. Essas profissionais eram auxiliares que desenvolviam o atendimento aos indivíduos e às famílias, na unidade e na comunidade, sob supervisão e orientação do enfermeiro. Logo após a admissão para o trabalho, as visitadoras passavam por um treinamento com duração de **seis meses**, cuja metodologia de integração ensino-serviço favorecia o desenvolvimento das competências necessárias à prática das funções. Encarregavam-se ainda das visitas domiciliares a gestantes, puérperas, recém-natos, de acompanhar os nascidos –vivos ,os óbitos dos menores de um ano e o monitoramento dos pacientes portadores de doenças prevalentes.

Para Bastos (1996, apud Silva e Dalmaso; 2006,p.27), a Fundação Sesp possibilitou a manifestação de uma nova consciência em saúde pública no país. De acordo com os relatos percebe-se que qualquer trabalho que tenha como proposta estudar os modelos de reorientação da assistência à saúde no Brasil,deverá levar em conta, a história do Sesp e da Fundação Sesp.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS-Ceará), desenvolvida desde 1987, no Estado do Ceará, desponta como outra referência fundamental para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família em todo o território nacional .

O PACS Ceará foi criado inicialmente como ‘frente de trabalho’ para populações de diferentes regiões do Estado, em situação crítica de fome e desemprego devido a ocorrência de uma “seca” impiedosa. O Estado identificou a possibilidade de oferecer emprego , a curto prazo, a milhares de moradores de áreas carentes utilizando recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal para o desenvolvimento de ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense.(SILVA e DALMASO, 2006).

Neste contexto ocorreu a primeira experiência de trabalho em escala ampliada com agentes comunitários de saúde. Entre setembro de 1987 e agosto de 1988 contratou-se 6.113 pessoas, 95% mulheres, que recebiam **duas semanas** de treinamento e iniciavam o trabalho desenvolvendo ações básicas de saúde, tais como: vacinação, terapia de reidratação oral, estímulo ao aleitamento materno, acompanhamento e orientação das gestantes, entre outras.Segundo Minayo (1990) essa experiência representou uma tentativa de “trabalhar para o desenvolvimento e para o futuro , mesmo em uma crise aguda, na qual o objetivo primordial era a sobrevivência” (SILVA e DAMASO 2006 p.48).

Superada a situação crítica, o PACS deixou de ser um programa emergencial e adquiriu características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde.

Os agentes comunitários de saúde passaram a atuar em 45 municípios do interior do estado, para “melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria

saúde”, por meio de visitas domiciliares regulares às famílias, sendo cada agente comunitário de saúde(ACS) responsável por 50 a 100 famílias na área rural e por 150 a 250 famílias nas áreas urbanas. (SILVA e DALMASO, 2006, p. 47-49).

No final de 1993, tendo como referência os resultados positivos obtidos com o PACS e as experiências desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra, o Ministério da Saúde promulga o primeiro documento sobre o PSF. Apresentado em sua versão inicial como um modelo assistencial que almeja o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde e elege a família, compreendida a partir do meio em que vive e das relações que estabelece com esse meio, como objeto precípua da atenção.(FARIA,2010).

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.(BRASIL,1997).

Entre as diretrizes operacionais que orientam a atuação das unidades básicas sob o enfoque de saúde da família, vale mencionar a substituição das práticas convencionais de assistência, por um sistema de trabalho centrado na vigilância à saúde, onde a Atenção Básica é a porta de entrada do sistema de saúde, necessitando garantir a população os direitos de acesso à informação, as ações de atenção integral e de inserção em serviços de média e alta complexidade, que deverão estar interligados por um sistema de referência e contra-referência, sempre que forem requeridas ações mais especializadas, e sustentado por um sistema de informação que garanta a população agilidade nas respostas as suas necessidades. A noção de território como espaço delimitado e privilegiado para as ações em saúde, bem como o conceito de **adscrição da clientela** não podem ser apenas ornamentos. É necessário que esses princípios básicos sejam respeitados e encarados com seriedade pelos gestores do programa. O caráter substitutivo do modelo só ocorrerá de fato, se houver um compromisso **dos gestores e dos profissionais de saúde** com a mudança do processo de trabalho e da postura diante dos problemas e demandas da população. Se não houver uma compreensão do processo saúde/doença “na sociedade” e não apenas “no corpo” das pessoas; se a idéia de um conceito ampliado de saúde não estiver internalizada nos atores que constituem este novo modelo, corre-se o risco de que as equipes de Saúde continuem atuando nos mesmos moldes do modelo tradicional. (FARIA,2010)

Mais que delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo ,ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa

os muros das unidades de saúde e enraíze para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam”.(BRASIL, 1997).

Em 1997, o Ministério da Saúde reforça no documento *Saúde da Família :uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial* a idéia de que o PSF caracteriza-se por ser uma **estratégia** que permite o planejamento e a organização das ações em saúde, num território delimitado e com uma população definida e cadastrada, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados, através da ação conjunta da equipe multidisciplinar, responsável por aquele território e pela famílias que vivem ali. A idéia da equipe não tem que ser de complementação, mas de integração de responsabilidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; SILVA e DALMASO;2006).

Não se trata de médico de família, mas de equipe de saúde da família.[...]. Cada um tem o seu papel e parte de seu saber, mas a interação da equipe no enfrentamento dos problemas revela novas possibilidades de ação e propicia a produção de novos saberes. (FEUERWERKER & ALMEIDA, 2000, p.23).

Na contemporaneidade essa é sem dúvida a estratégia governamental de maior relevância social definida como centro de comunicações das redes de atenção a saúde.(MENDES,2009).

A ESF é uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras, mas seu caráter substitutivo só se concretizará quando houver um compromisso dos gestores e dos profissionais com a mudança do processo de trabalho e da postura diante dos problemas e demandas da população. Caso contrário corre-se o risco de nomearmos como Estratégia de Saúde da Família ou Clínica de Família (RJ) unidades onde se atua exatamente nos moldes do modelo que se ambiciona ultrapassar.

Para consolidar a proposta de mudança de modelo é necessário que a própria equipe tenha responsabilidade de gerir o seu processo de trabalho. As atividades devem resultar de um processo permanente de planejamento e avaliação, com base em informações sobre o território, em indicadores de saúde locais, em protocolos e na própria dinâmica interna de trabalho. Todos os profissionais devem se envolver na organização e no planejamento das ações. As decisões tomadas durante as reuniões de equipe precisam ser negociadas entre os seus membros. Cientes de que cada profissional, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e agente comunitário de saúde, possui seu núcleo de conhecimento e atuação, mas que todos são responsáveis por acolher, tentar solucionar e encaminhar os usuários, proporcionando aos mesmos uma maior eficiência, eficácia e resolubilidade nas ações.

Deste modo, o grupo como um todo se sente valorizado e passa a se comprometer com a proposta. (FARIA et al, 2011).

Dentre as características mais marcantes da ESF destaca-se a inclusão do ACS na equipe de saúde, como um elo entre a população e os demais profissionais da ESF. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991. Apesar disso, apenas em 1997 foram aprovadas suas normas e diretrizes, pela Portaria nº 1.886(Brasil, 1997).Em seguida, o Decreto nº 3.189/1999 fixou as diretrizes para o exercício da atividade dos ACS(Brasil, 1999), mas a regulamentação da profissão só aconteceu em 2002, com a promulgação da Lei nº10.507 (Brasil, 2002).E mesmo assim em muitos municípios pelo Brasil a fora os ACS ainda não são considerados uma categoria profissional. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) existiam no Brasil no ano de 2008, 230.244 agentes comunitários de saúde(ACS) distribuídos por 5.354 municípios. Nessa mesma época o Estado do Rio de Janeiro contava com 9.922 ACS, atuando em 1440 unidades de ESF, distribuídas por 91 municípios(DAB/MS).Atualmente, apesar dos dados ainda não estarem disponíveis, esses números vem crescendo vertiginosamente, devido a implementação das Clínicas de Família, que estão em franca expansão no Município do Rio de Janeiro.

Segundo Talita Rodrigues (2009), no relatório produzido a partir dos trabalhos de grupo realizados no Seminário 'A luta pelo reconhecimento e pela regulamentação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no contexto nacional e da legislação vigente'. Evento realizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), o Agente Comunitário de Saúde representa uma categoria que tem orgulho do que faz, mas que não tem seu valor reconhecido e sua profissão regulamentada.

O cumprimento da lei 11.350/2006 é hoje a principal reivindicação dos ACS, pois eles reconhecem que a luta por outros direitos está subordinada a esta. Essa lei, que não é cumprida no Rio de Janeiro e em muitas outras cidades brasileiras, regulamenta a Emenda Constitucional 51, que estabelece, dentre outras coisas, que esses trabalhadores devem ter vínculo direto com o município. No Rio de Janeiro, como em muitos outros lugares, os ACS são contratados por organizações não-governamentais (ONG) que, a partir de 2010, serão substituídas por Organizações Sociais (OS).Questionado pelos ACS sobre a contratação dos profissionais por meio das OS, no lugar da efetivação definitiva, tendo em vista que muitos ACS em atividade já passaram por processos seletivos públicos, Gert Winner, coordenador da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, disse que as OS "não são a contratação dos seus sonhos", mas são o possível neste momento. "Estamos tentando legalizar o cargo de ACS no município do Rio, esse processo está no gabinete do prefeito. Quando o cargo for criado, vai ser feita a contratação direta dos ACS, sem os intermediários, mas ainda não

definimos qual será o regime”, afirmou Gert, referindo-se à indefinição sobre o vínculo celetista (regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas) ou estatutário(...).A falta de qualificação profissional dos ACS também é um problema identificado, não só no município do Rio de Janeiro como em quase todo o Brasil. Muitos não fizeram nem a primeira etapa do curso técnico e, de acordo com o coordenador da ESF no município, não há previsão para que essa formação mais completa seja oferecida aos ACS do Rio. No município, está acontecendo um projeto-piloto de formação técnica completa (1200 horas) dos ACS que trabalham no Centro de Saúde - Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CSEGSF/ENSP/Fiocruz), atuando com a população de Manguinhos.

Conforme o que se pode evidenciar, além das dificuldades trabalhistas encontradas em muitos municípios, os agentes comunitários submetem-se a trabalhar sem receber qualificação profissional e quando recebem essa suposta formação durante o chamado “Introdutório” terminam o Curso de Atualização em Saúde da Família ainda mais inseguros do que quando foram contratados.O Curso realizado em novembro de 2010 para a Equipe de Estratégia de Saúde da Família José Paranhos Fontenelle estava previsto para ter uma carga horária total de 88 horas, divididas em um 1º momento “composto por 7 encontros presenciais e sequenciais com duração de 08 horas cada um num total de 56 horas e um 2º momento com carga horária de 32 horas organizado no formato de rodas de educação permanente com mais 8 encontros presenciais distribuídos em 2 turnos de 4 horas a ser realizado durante as 4 semanas subseqüentes ao término do 1º momento”.(Equipe Técnica da Superintendência de Atenção Primária,-SAP-2010).

Na realidade o Curso “Introdutório” como é denominado pelos facilitadores iniciou no dia 22 de novembro de 2010 e terminou no dia 02 de dezembro de 2010.As aulas teóricas começavam às 8:00 horas e terminavam às 17:00 horas, com um intervalo de 1 hora para o almoço. Nos dias 25 e 26 de novembro devido à invasão do Complexo do Alemão pelas tropas do BOPE e Forças Armadas as aulas teóricas foram “suspensas”. As atividades de dispersão no território, na parte da tarde foram prejudicadas pela situação de conflito armado que ocorria no território. A Estrutura Curricular e o Planejamento ficaram seriamente comprometidos. Os Agentes Comunitários terminaram o “Introdutório” com muitas angústias e fragilidades em relação ao processo de trabalho. As expectativas em torno do mesmo eram significativas. Até o momento, as rodas de educação permanente ainda não aconteceram. Vale lembrar que seis meses depois da realização do primeiro encontro, todos os profissionais das quatro equipes de Saúde da Família receberam seu **Certificado de Conclusão do Introdutório**.

Segundo, Marzari, Junges e Selli (2011)

O desafio de preparar profissionais adequados implica profundas alterações na organização da sua formação. A busca de programas alternativos de ensino mais adequados aos desenhos de organização da atenção primária precisa incorporar o conceito de competências, passando necessariamente, pela vinculação entre educação e trabalho[...]. A necessidade de profissionalização é unânime.

Após a implantação das Clínicas de Família (RJ) e Unidades de ESF o papel do ACS vem sendo cada vez mais ampliado, o que exige novas competências nos campos político, social e até mesmo na área de tecnologia da informação. Os agentes comunitários de saúde, no município do Rio de Janeiro, são responsáveis pelos cadastros em prontuário eletrônico de toda a sua população adscrita. Para muitos profissionais essa nova cobrança é fonte de grande desconforto, devido a entraves em relação as novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Acumulam funções administrativas dentro das Unidades de Saúde, enquanto seu trabalho precípua de visitas domiciliares as famílias fica comprometido devido os diversos papéis que precisam desempenhar.

Para Tomaz (2002, p.85 e87)

Por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, seu papel tem sido distorcido sobrecarregando, muitas vezes, seu trabalho. Qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao ACS. Assim, a identificação de crianças fora da escola, a limpeza das caixas d'água para combater o mosquito da Dengue, a reclamação ao proprietário de uma pocilga instalada numa área urbana, tudo isso e muito mais é de responsabilidade do ACS. Isso tem implicação direta no processo inadequado de qualificação, pois passa a receber diversos micro-treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma seqüência lógica. .

Nogueira e Ramos (2000) percebem no trabalho do agente comunitário de saúde uma dimensão tecnológica e uma dimensão solidária e social, essas duas dimensões carregam um enorme potencial de conflito, que aparecem na sua prática cotidiana. No dia-a-dia deparam-se com situações em que necessitam fazer determinadas escolhas. Por exemplo: tendo consciência de que um usuário não faz parte de seu território, mas sendo informado de que o mesmo necessita de atendimento médico, muitas vezes se solidariza com o sofrimento de um “dos seus pares” e burla as regras estabelecidas, trazendo para dentro da Unidade usuários que não fazem parte de sua população adscrita. Neste momento, optam pela dimensão social, em detrimento da dimensão tecnológica.

Nunes et al (2002) esclarecem:

[...] nem sempre as práticas dos vários atores sociais, envolvidos nesse programa, se conduzem de modo a realmente se distanciar das benevolências de ofertas paternalistas. Também deve-se estar atento para quando a lógica relacional determina o que Da Matta (1991) chama de “perversão” das práticas de cidadania, passando a operar a partir de muitos

códigos de comportamento e pela aplicação diferenciada das leis, o que serve para gerar privilégios.

Vale, entretanto, distinguir bem os aspectos positivos e negativos dos modos de interação social presentes na sociedade brasileira.

Esse tipo de comportamento gera conflitos internos e conflitos dentro da equipe. Propicia um movimento de retrocesso ao modelo assistencial tradicional, estimula uma visão restrita do processo saúde-doença. Percebe-se, então, o quanto o agente comunitário de saúde sente-se dividido entre os dois pólos, o social e o tecnológico. Acredita, do mesmo modo que os usuários, que a consulta médica representa “a salvação da lavoura”. Caso ele consiga oferecer a seus “iguais” o “acesso” a consulta, terá de algum modo contribuído na solução dos “problemas de doença” enfrentados pela população.

Segundo Nunes et al (2002) pelo fato do ACS ser um membro da própria comunidade, as fronteiras entre ele e os demais habitantes tornam-se mais “porosas”, criando expectativas e julgamentos específicos. O “poder” de agendar consultas para os moradores pode ser encarado como forma de gerar privilégios. As pessoas com as quais o ACS possui algum tipo de identificação ou afinidade poderiam ser beneficiadas em detrimento de outras.

Essas práticas costumam ser muito valorizadas por alguns moradores, àqueles que fazem parte da “rede de relações”, sentem-se “amparados” e encaram os ACS como importantes aliados. Por outro lado, aqueles que continuam excluídos desta “rede” convivem com um sentimento de indignação, pois não se beneficiaram pelo mecanismo de “apadrinhamento”, prática “aceita” secularmente em nossa cultura.

Por outro lado, muitas vezes os ACS reproduzem comportamentos calcados em velhas concepções de favores e facilitação dos trâmites burocráticos (Cotta et col., 1998; Pedrosa e Teles, 2001), colocando em jogo na sua relação com a família e com a equipe não só os procedimentos necessários aos cuidados da saúde, mas também relações de barganha e poder para a geração de privilégios (Silva e Dalmaso, 2002; Nunes et col., 2002).

Essa dificuldade para compreender o novo sistema e o seu funcionamento pode estar relacionada a formação do ACS focada no controle tecnológico da doença. Deste modo ele reproduz em sua prática uma visão fragmentada e reducionista do modelo biomédico. (GOMES et al, 2009, p.751).

Para aperfeiçoar o trabalho realizado na ESF é necessário um processo de educação permanente, que leve em consideração os anseios e dificuldades que os agentes encontram ao se deparar com demandas bio-psico-sociais, que escapam de sua área de atuação. Contudo, essa formação e educação permanente não devem acontecer de forma isolada e descontextualizada.

De acordo com Oliveira e Campos (2009) “os profissionais que atuam na atenção básica se defrontam com uma extensa gama de problemas que interferem nas condições de saúde das pessoas pelas quais tem responsabilidade sanitária”. Diariamente chegam as Unidades de saúde demandas sociais que fogem a capacidade de resolução da equipe, gerando um desagradável sentimento de impotência. Trazer essas dificuldades para a mesa de discussão, refletir conjuntamente sobre estes problemas pode amenizar o desconforto e a sensação de inação. Entretanto, há necessidade de se estabelecer um “espaço-tempo” planejado e acordado com todos os partícipes da equipe. Os agentes comunitários de saúde e os demais membros da equipe técnica precisam estar comprometidos com o mesmo desejo, o de sair da “zona de conforto”.

Essa é a proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS), criar um espaço-tempo onde todos estejam disponíveis para a troca de saberes, conhecimentos, dúvidas e angústias. Uma proposta desafiadora, que visa estimular o profissional de saúde a refletir sobre seu contexto de trabalho e sobre suas práticas, podendo resultar no desvelamento de conflitos até então adormecidos e na construção de uma identidade profissional.

Portanto, a formação dos agentes comunitários de saúde não pode prescindir da combinação de dois momentos. Um primeiro momento onde se instrumentalize o profissional para que o mesmo tenha acesso a conhecimentos básicos sobre o significado do Sistema Único de Saúde, da Estratégia de Saúde da Família e do papel de cada um dos atores envolvidos neste contexto. Um momento seguinte de construção conjunta de estratégias de enfrentamento dos problemas sociais e biomédicos, que surgem no cotidiano das Unidades de ESF e de capacitação técnica. Deste modo, os agentes comunitários de saúde poderão sentir-se mais preparados para partilhar seus conhecimentos com a comunidade que assistem.

É mais ou menos evidente, na maioria das situações do nosso cotidiano, que sempre existe mais de uma maneira de se fazer um trabalho. É evidente, também, que as diferenças na forma de executar um trabalho explicam, em grande parte, as diferenças na qualidade do trabalho executado, a qual pode ser traduzida em mais eficiência, mais eficácia ou mais satisfação para quem executa o trabalho e para quem utiliza o produto do trabalho, seja ele um serviço prestado ou um produto qualquer. Buscar a melhor forma de se fazer um trabalho é um desafio permanente para todos os trabalhadores e para as diferentes organizações/empresas. No caso de organizações econômicas, como uma fábrica de sapatos, isso define, em grande medida, o destino da organização e o seu lugar no mercado. No caso de uma prestação de serviços, por exemplo, a atenção à saúde pode significar a sobrevivência ou a morte de uma pessoa ou a melhor ou pior qualidade de saúde e de vida de uma comunidade. **Assim, procurar a melhor forma de se fazer um trabalho e de se produzir alguma coisa é uma preocupação que deve estar sempre presente, em particular entre os trabalhadores do setor saúde.** (FARIA, 2009,p.61)

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Segundo FUSARI,(1988) um plano é um guia e tem a função de orientar a prática, partindo da própria prática.Um plano surge a partir do planejamento de ações. O planejamento é um processo permanente que garante direção às ações, corrigindo os meios e os rumos em busca dos objetivos que se querem alcançar.

Cardoso (2008, p.14) considera que:

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos.(CARDOSO,2008.)

O ato de planejar permite melhorar o aproveitamento do tempo e dos recursos disponíveis, deste modo a maior possibilidade de se alcançar de forma plena os objetivos desejados.

No trabalho realizado pelas equipes de estratégia de Saúde da Família é necessário ter clareza sobre a importância extraordinária do planejamento. O que se pode presenciar ao longo de anos de experiência trabalhando na ESF é um trabalho de “improvisação”, onde as equipes procuram “apagar os incêndios do dia a dia”, ao invés de construir planos de ação, elaboradas de forma racional e não sob o calor das emoções.

A proposta deste trabalho de conclusão de curso é a elaboração de um plano de intervenção que ofereça aos agentes comunitários de saúde ferramentas necessárias à construção de uma identidade profissional, que transite entre a assistência social, a educação, a saúde e o meio ambiente, para que estes se reconheçam como atores fundamentais, pertencentes à equipe de ESF, conscientes da importância e responsabilidade que implica o trabalho na Área de Saúde.

Após avaliação do trabalho realizado pela equipe de saúde do IAPI foram identificados os seguintes “nós críticos”:

- Agentes Comunitários de Saúde, no Município do Rio de Janeiro, são selecionados para atuar na Estratégia de Saúde da Família realizando uma

prova de Português, Matemática e uma redação. Os conteúdos exigidos são conteúdos de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental.(Vide prova em anexo)

- Curso de Atualização em Saúde da Família Módulo: Introdutório elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, e oferecido pela Equipe Técnica da Superintendência de Atenção Primária (SAP), realizado no período de 22 de novembro de 2011 a 02 de dezembro de 2011, previsto para ter uma carga horária de 88 horas, mas que teve apenas 72 horas, distribuídas em 9 encontros presenciais e sequenciais com duração de 08 horas cada um. O Curso de Atualização teve sua carga horária reduzida e a apresentação dos conteúdos programáticos ficou muito comprometida. Temas essenciais foram abordados de forma superficial, através de dramatizações, produzindo uma reação negativa nas quatro equipes que participaram do Curso. A expectativa de todo o grupo era muito grande e o Curso gerou uma grande frustração entre os participantes. Muitos agentes comunitários queixaram-se do nível de dificuldade para interpretar os textos selecionados. Foram utilizados autores como Paulo Freire, Emerson Elias Merhy, entre outros utilizados em cursos de Especialização. Todos os textos eram acadêmicos, com o emprego de vocabulário intrincado, o que proporcionou sentimentos de inferioridade entre os agentes comunitários de saúde.
- Dificuldades na abordagem das famílias e no preenchimento das fichas de cadastro.(Fichas A e B).
- Desconhecimento sobre conceitos fundamentais como princípios do SUS, territorialização, adscrição de clientela, acolhimento, trabalho em equipe, atribuições das equipes, indicadores de saúde, importância dos dados epidemiológicos para atuação no território.
- Falta de programas de educação em Serviço para os profissionais da área de saúde.

Diante da situação evidenciada neste primeiro ano de atuação na equipe do IAPI proponho um plano de intervenção que possibilite aos Agentes Comunitários de Saúde uma troca de conhecimentos e saberes com a equipe técnica, para que juntos possamos construir estratégias para conhecer melhor a comunidade onde atuamos, estimulando-os a encontrar caminhos e alternativas para uma vida mais autônoma e saudável.

PLANO DE INTERVENÇÃO:
(Educação Permanente em Saúde)

A educação permanente em saúde (EPS) tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. (RIBEIRO,1996)

O que fazer	Público Alvo	Onde será?	Quando?	Tema trabalhado	Recursos utilizados	Parcerias	Responsável
Roda de Conversas Primeiro "Encontro Marcado para formação permanente"	06 Agentes Comunitários de Saúde da Equipe IAPI (CAP 3.1-RJ)	Auditório da Policlínica José Paranhos Fontenelle	06/01/2012 (sexta-feira) 8:00~12:00 13:00~17:00	O SUS que temos e o SUS que queremos. O que pensamos sobre o SUS? O que a comunidade pensa sobre o SUS? Como fazer a diferença?	Textos Papel ofício e pardo, giz de cera, lápis, canetas, tesoura, cola, revistas DVD e CDs TV e DVD Manual de ACS(MS) Aparelhagem de som Alimentos para o café da manhã	OSS Viva Comunidade Policlínica José Paranhos Fontenelle CAP 3.1	Equipe Técnica: Claudia (médica) Gabriela (Enfermeira) Sandra (Técnica de enfermagem)
Roda de Conversas Segundo "Encontro Marcado para formação permanente"	06 Agentes Comunitários de Saúde da Equipe IAPI(CAP 3.1- RJ)	Auditório da Policlínica José Paranhos Fontenelle	13/01/2012 (sexta-feira) 8:00~12:00 13:00~17:00	Os modelos assistenciais no Brasil A Atenção Básica à Saúde Quem pensa na saúde do agente comunitário de saúde? O que é saúde para o ACS ?	Textos ,Papel ofício, revistas DVD e CDs TV e DVD Manual de ACS(MS) Aparelhagem de som Alimentos para o café da manhã	OSS Viva Comunidade Policlínica José Paranhos Fontenelle CAP 3.1	Equipe Técnica: Claudia (médica) Gabriela (Enfermeira) Sandra (Técnica de enfermagem)

Roda de Conversas Terceiro "Encontro Marcado para formação permanente"	06 Agentes Comunitários de Saúde	Auditório da Policlínica José Paranhos Fontenelle	20/01/2012 (sexta-feira) 8:00~12:00 13:00~17:00	A Estratégia de Saúde da Família Quem é o ACS? Quantas famílias cabem no seu território de abrangência? A sua clientela é adscrita? O que será isso?	Textos DATASHOW DVD e CDs TV e DVD Manual de ACS(MS) Aparelhagem de som Alimentos para o café da manhã	OSS Viva Comunidade Policlínica José Paranhos Fontenelle CAP 3.1	Equipe Técnica: Claudia (médica) Gabriela (Enfermeira) Sandra (Técnica de enfermagem)
Roda de Conversas Quarto "Encontro Marcado para formação permanente"	06 Agentes Comunitários de Saúde	Auditório da Policlínica José Paranhos Fontenelle	27/01/2012 (sexta-feira) 8:00~12:00 13:00~17:00	Visita Domiciliar Importância do cadastramento Para que serve a Epidemiologia?	Textos DATASHOW DVD, TV e DVDs Fichas A e B Alimentos para o café da manhã	OSS Viva Comunidade Policlínica José Paranhos Fontenelle CAP 3.1	Equipe Técnica: Claudia (médica) Gabriela (Enfermeira) Sandra (Técnica de enfermagem)

Após os quatro encontros iniciais faremos um encontro de avaliação do trabalho realizado, na Fazendinha. Uma Fazenda que fica localizada em nosso território e que abriga uma faculdade de Zootecnia. Construiremos conjuntamente, depois do piquenique “a sombra do abacateiro”, um plano de ação e enfrentamento de situações-problema, a partir das questões trazidas pelos agentes comunitários de saúde.

Segundo FREIRE (1987), o não saber trabalhar com a comunidade é fruto de uma educação que fala “para” as pessoas e não “com” elas. Por isso, durante o processo de construção e implementação do programa de educação permanente, estimula-se a participação dos agentes comunitário de saúde para desenvolver a autonomia e a compreensão da responsabilidade individual e coletiva no processo de aprendizagem.

Essa proposta de intervenção terá inicialmente a duração de um ano. Deverá ser realizada uma vez por semana, sempre às sextas-feiras, no horário de 08h00min as 17h00min horas, na própria Unidade de Estratégia de Saúde da Família, para que possamos avaliar as dificuldades e avanços ocorridos ao longo da semana. Esse cronograma será avaliado por todos os membros da equipe e colocado em prática em janeiro de 2012, caso a equipe esteja de acordo. Após um ano do processo de formação em serviço será elaborado um questionário de avaliação do Programa de Educação Permanente para o ACS e outro de avaliação sobre a satisfação/insatisfação do usuário com o atendimento realizado pela Equipe do IAPI no ano de 2012. Esta avaliação será feita com os agentes comunitários e com os usuários da Unidade de Saúde da Estratégia de Saúde José Paranhos Fontenelle, da Equipe do IAPI, através de entrevistas e análise qualitativa das informações obtidas. Essas poderão ser utilizadas como apoio para a tomada de decisões futuras, num trabalho de gestão compartilhada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A educação é um ato de amor, por isso um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade, não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa.”

Paulo Freire, em Educação como Prática da Liberdade

Pelo que foi exposto não resta dúvida de que o agente comunitário de saúde possui um papel fundamental na consolidação do SUS, atuando na transformação das condições de saúde da comunidade, junto à equipe técnica, aos múltiplos parceiros e respaldado por políticas públicas eficazes. No entanto, o que se pode evidenciar é um total despreparo desse profissional, que continua reproduzindo a mesma visão positivista, fragmentada e reducionista do modelo biomédico de assistência a saúde. Romper com esse paradigma da atenção médica exclusiva, que se encontra esgotado, exige uma formação permanente em serviço, não apenas dos ACS, mas de toda a equipe técnica. Uma formação em que se possa refletir sobre o processo saúde-doença-adoecimento, onde os princípios do SUS sejam discutidos sob um enfoque problematizador, privilegiando a construção do conhecimento de forma compartilhada, utilizando a experiência vivenciada pelos agentes comunitários de saúde no seu dia a dia, de modo que suas práticas sejam avaliadas, valorizadas e reconhecidas como práticas transformadoras.

Os conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família foram fundamentais não apenas para a elaboração do Plano de Intervenção que será sugerido a Equipe do IAPI, mas também para a compreensão do processo de trabalho em equipe, assim como para aprimorar as relações interpessoais tão desgastadas na área de saúde. O que se pretende com este Trabalho de Conclusão de Curso é que os conteúdos abordados nos próximos “Encontros Marcados para Formação Permanente” estejam baseados em perspectivas autênticas das práticas dos agentes comunitários, e que essas possam se converter em análise reflexiva dos problemas encontrados no cotidiano e não apenas em mera “repetição” das teorias e dos saberes científicos acumulados ao longo da história da humanidade. Acredita-se, ainda, que este Plano de Intervenção seja um disparador para a execução de novos planos de ação, construídos a partir de um processo horizontal de gestão compartilhada, diferente do modelo vigente de Clínica da Família, onde se impõe uma Carteira de Serviços (em Anexo) descaracterizando completamente, o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde, como Estratégia de Saúde da Família.

7 AVALIAÇÃO DA TRAJETÓRIA: O CURSO

No dia 5 de fevereiro de 2010 iniciei minha trajetória em direção ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG). Após várias tentativas frustradas de capacitação no Município do Rio de Janeiro, recebi um email de um colega médico de saúde da família me informando sobre a possibilidade de inscrição para um Curso a Distância pelo NESCON/Agora/UFMG. Observei que o prazo se esgotaria no dia seguinte. Perseverante, acordei cedo e reuni todos os documentos que comprovassem os dados do meu Curriculum Vitae.(C.V.) Às 21:00 horas do dia 06/02/2011 fui ao Correio e enviei todo o material selecionado para a UFMG. Então, aguardei o resultado. Tinha plena consciência do tamanho do desafio e do investimento que teria que fazer caso meu C. V. fosse aprovado.

Em 27 de fevereiro, fui ao Pólo de Lagoa Santa (MG) para a entrevista com duas avaliadoras do processo seletivo. Cada etapa vencida era motivo de muito orgulho e comemoração. Afinal, tantas vezes solicitei essa oportunidade aqui no Rio. Tinha o direito de conhecer o que era Estratégia de Saúde da Família. Está certo, que precisei percorrer quinhentos e cinquenta e três quilômetros de distância para ter a possibilidade de discutir com meus pares de Minas Gerais, Bahia e Rio de Janeiro: Processo de Trabalho, SUS, ESF, ABS, Modelo Assistencial, Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade, Planejamento e avaliação das ações de saúde e tantos outros temas tão pertinentes e necessários a minha formação como médica de saúde da família, mas acabei conseguindo! Quando lembro que antes do Curso, já trabalhando na ESF há três anos, eu não sabia sequer o que era população adscrita, tal qual “meus” agentes de saúde, quando iniciaram, em 2010, na Equipe do IAPI. O quanto de angústia passei ao longo desses anos querendo aprender, pedindo ajuda aos gestores municipais, sem conseguir uma lanterna para iluminar toda aquela escuridão. “Tempo de trevas”!

Hoje termino meu TCC e fica um misto de gratidão e nostalgia. Como não “virar” mais as noites acordada, para dar conta de entregar minhas atividades? Como não poder mais acessar a Plataforma do Nescon/Agora/UFMG e ler as postagens dos meus colegas de turma? Como deixar de compartilhar com eles e com nossa orientadora querida as agruras e delícias do PSF no Complexo do Alemão? Como não reservar mais o Hotel, nem as passagens aéreas, nem o carro na locadora, nem ver o céu azul de Minas? Como esquecer aquele primeiro encontro presencial, do Hino Nacional, do pão de queijo...?

Apreendi tanto em Lagoa Santa, Minas Gerais. Esse povo acolhedor e generoso partilhou conosco, cariocas e baianos seus saberes, seu jeito humano de praticar saúde, sua mineiridade, seus “causos”, sua comida e suas montanhas. Hoje me reconheço médica de saúde da família e tenho o prazer de compartilhar esses

saberes que fui buscar aí em Minas com meus agentes, com minha equipe, com meus idosos, adultos, adolescentes e com minhas crianças. Aprendi em Minas, no Pólo de Lagoa Santa a ser **médica de família**, a escutar o outro e a falar com o outro, a não ter vergonha de gostar de gente. Em Minas, o Humaniza SUS é uma redundância.

Isso foi o que aprendi nessa minha trajetória. “Quem te conhece não esquece jamais?” Obrigada, Minas Gerais!

8 REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **Reforma Sanitária**. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca.

Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

Acesso em: 09/07/2011.

BORNSTEIN,V.J.;STOTZ,E.M. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura.**Ciência&Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13,n.1, p.259-68, jan./fev.2008.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100029&script=sci_arttext

Acesso em: 09/07/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Comunidade Solidária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 36p. , 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 648 - PNAB - 28 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 68 p. 2006. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde; v. 4, 2006.

CARDOSO,F.C. ;FARIA,H.P. :SANTOS,M.A. **Módulo 3 :Planejamento e Avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte:Nescon UFMG,Coopmed;2008.

CORRÊA, E.J. et al.**Iniciação à metodologia científica:participação em eventos e elaboração de textos científico**. Belo Horizonte:Nescon UFMG,Coopmed;2009.

COTTA,R.M.M.; MENDES,F.F.;MUNIZ J.N. **Descentralização das políticas públicas de saúde :do imaginário ao real**.Viçosa:UFV –Cebes.1998.

COTTA,R.M.M.et al. Pobreza, injustiça e desigualdade social:repensando a formação de profissionais de saúde.**Revista Brasileira de Educação Médica**.Rio de Janeiro,v.31,n.3, p278-86, set/dez.2007.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/10.pdf> Acesso em: 09/07/2011.

DAL POZ,M.R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v6, n10, p.75-94, fev 2002.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/09.pdf> Acesso em: 09/07/2011.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

Acesso em : 09/07/2011.

DUARTE,L.R.,SILVA,D.S.J.R.,CARDOSO,S.H.,Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, nº.23, p.439-47, set/dez 2007.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a04v1123.pdf> Acesso em: 09/07/2011.

FARIA,H.P. et al. **Módulo I:Processo de trabalho em saúde**.2ª edição, Belo Horizonte:Nescon UFMG,Coopmed;2009.

FARIA,H.P. **Modelo Assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte:Nescon UFMG,Coopmed;2010.

FEUERWEKER, L.C.M.; ALMEIDA, M.J. O Programa de Saúde da Família e o direito à Saúde. **Olho Mágico**, v.6, n.22, p.22-5, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Educação como Prática da Liberdade. Paz e Terra, 1967.

FUSARI, C. J. O Planejamento do trabalho pedagógico: Algumas indagações e tentativas de respostas. 1988. Disponível em:

http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_08_p044-053_c.pdf. Acesso em 20/07/2011.

GALEANO,H. E. **As palavras andantes**, LPM, 1994.

GOMES, K.O. et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, v.20, nº4, p.1143-1164, Dez 2010.

Disponível em:

[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000400005&script=sci_abstract&tlng=pt)

[73312010000400005&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000400005&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 12/06/2011.

GOMES, K.O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde sociedade**, v. 18, nº 4, p.744-755, Dez 2009.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/17.pdf> Acesso em: 12/06/2011.

MARZARI, C.K.,JUNGES,J.R.,SELLI,L.Agentes comunitários de saúde:perfil e formação.**Ciência e saúde coletiva**, v.16 suppl.1, p.873-880, 2011.

Disponível em:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000700019&script=sci_arttext)

[81232011000700019&script=sci_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000700019&script=sci_arttext) Aceso em 12/06/2011.

MENDES, E.V., O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. IN: *Uma agenda para a saúde*. **ABRASCO**, pp. 57-98,1996.

Disponível em:

http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf Acesso em: 18/07/2011.

NUNES M.O. et al,O agente comunitário de saúde:construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, v.18 nº6,1639-1646, nov-dez, 2002.

Disponível em:

<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n6/13260.pdf> Acesso em 12/06/2011.

OLIVEIRA, C.C. ;CAMPOS, F.C.C. **Projeto Social:saúde e cidadania**. Belo Horizonte:Nescon UFMG,Coopmed;2009.

PEDROSA,J.I.S;TELES,J.B.M.Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família.Revista Saúde Pública, v.35, nº 3, p.303-11, 2001.

RIBEIRO,E.C.O.;MOTTA,J.I.J.Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.**Divulgação em saúde para debate**, n.12, p.39-44, jul,1996.

Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=223281&indexSearch=ID> Acesso em:14/11/2011.

SANTOS,K.T. dos et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência saúde coletiva**, 2011, vol.16, suppl.1, p.1023-1028. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000700035&script=sci_arttext Acesso em 12/06/2011.

SANTOS, M. R, PIERANTONI,C.R.,SILVA,L.L. Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelos do Brasil. **Physis.Revista de Saúde Coletiva**, 20 [4]: 1165-1181, 2010.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400006 Acesso em 20/07/2011.

SILVA,J.A.;DALMASO,A.S.W.**Agente Comunitário de Saúde o ser, o saber, o fazer**. 1ª reimpressão, Rio de Janeiro:Editora FIOCRUZ,2006.

SILVA J.A., DALMASO A.S.W.,O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v6, n10, p.75-96, fev 2002.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832002000100007&script=sci_arttext Acesso em 20/07/2011.

STOTZ, E.N.; ARAUJO, J.W.G.A. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 5-19, maio-ago. 2008.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400005 Acesso em 20/07/2011.

TALITA, R. Agentes comunitários de saúde relatam dificuldades para o exercício da profissão. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Disponível em:

www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Destques=1&Num=369
Acesso em: 05/11/2011.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v6, n10, p.75-94, fev 2002.
Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832002000100007&script=sci_arttext
Acesso em 20/07/2011.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M., **Módulo 4: Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade**, Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed; 2009.

ANEXO I

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PROVA OBJETIVA - PROCESSO SELETIVO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Prezado candidato(a)

Você recebeu o seguinte material:

- um **caderno de questões** contendo 30 (trinta) questões objetivas, cada uma apresentando 4 (quatro) alternativas e o tema da redação;
- um **cartão resposta** para as questões objetivas e para escrever a redação.

INSTRUÇÕES:

- Verifique se a numeração das questões e a paginação no caderno de questões estão corretas.
- O caderno de questões poderá ser utilizado para anotações e será recolhido após o término da prova.
- Leia com atenção cada questão e assinale no cartão resposta apenas uma alternativa para cada questão. Somente as respostas assinaladas no cartão resposta serão objeto de correção. **NÃO HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DE CARTÃO.**
- A maneira correta de marcação no cartão resposta é cobrir fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta ou azul, o espaço correspondente à letra a ser assinalada, sem ultrapassá-lo. Fique atento à disposição da numeração das questões no cartão resposta, para evitar erros no registro das respostas.
- Não receberão pontuação as questões em que houver:
 - . falta de nitidez na marcação;
 - . resposta não assinalada;
 - . mais de uma alternativa assinalada;
 - . rasura.
- **REDAÇÃO:** escreva com letra legível, sem rasuras, utilizando apenas o espaço das linhas no cartão resposta; no mínimo 10 linhas e no máximo 15.
- Início da prova: 09:00 horas.
- Será fornecida por candidato uma folhas A4 para rascunho.
- Somente depois de decorrida uma hora do início da prova, o candidato poderá entregar seu cartão resposta e retirar-se do recinto.
- Término da prova: 12:00 horas.
- Os 3 (três) últimos candidatos deverão permanecer na sala, sendo liberados juntos, quando todos tiverem concluído a prova e após ter sido feito o registro dos seus nomes pela fiscalização na lista de presença.

PORTUGUÊS
Uma obra de arte

Não sei fazer um ovo frito. Como filha de uma grande cozinheira, cresci completamente à margem de tudo o que se desenrolava na cozinha, aposento da casa do qual era permanentemente expulsa (“lugar de criança não é aqui”). Minha mãe sempre monopolizou os trabalhos. Acho que nem para ajudante servi. Nos dias, por exemplo, dos grandes almoços de comida baiana, o máximo que me era permitido era cortar os quiabos para o caruru, e mesmo assim achava aquilo uma tarefa bastante complexa: é preciso tirar as duas pontas, depois cortar o quiabo no sentido longitudinal, em cruz, para em seguida fazer uma segunda cruz enviesada e, só então, cortar em rodela (entenderam?). Não era fácil, não. Foi por coisas assim que nunca aprendi a cozinhar.

Mas outro dia, sem qualquer razão, remexendo num armário de minha mãe, retirei de lá um livro de receitas e me sentei para examiná-lo. Era um livro antigo, muito antigo, com a capa de um couro escuro, cheio de manchas, e folhas amareladas, também repletas de nódoas. Sabia que aquele era o livro de receitas da minha avó.(...)

E agora, ali estava, em minhas mãos (...). Comecei a folheá-lo. As nódoas nas páginas pareciam fazer revelações, cada mancha era talvez uma gota caída durante a elaboração da receita, na pressa do dia a dia. E as próprias receitas já contavam histórias. Falavam de um mundo que não existe mais, (...)

E fiquei pensando: algumas pessoas acham que a vida só tem sentido para quem deixa um legado, um registro artístico qualquer. Bobagem. Não há diferença entre deixar para trás uma escultura gigantesca, que paire sobre toda uma cidade, e um simples livro de receitas – desde que ambos sejam capazes de um dia, no futuro, comover pessoas. Ou uma pessoa, que seja. Nisso minha avó se igualou aos artistas. A seu modo, deixou uma obra de arte.

SEIXAS, Heloisa. Contos Mínimos. Revista Domingo, JB, 20 nov. 2005.

1- Quando a autora do texto diz que cresceu “**completamente à margem de tudo o que se desenrolava na cozinha,**” (l. 1-2), ela quer mostrar que:

- (A) estava sempre na cozinha, como boa ajudante.
- (B) conhecia bem as tarefas de uma grande cozinheira.
- (C) acompanhava de perto os trabalhos na cozinha.
- (D) era sempre convidada a se retirar desse recinto.

2- A menina, em dia de grande almoço, podia ajudar na cozinha. Numere de 1 a 4 as seguintes etapas, na ordem que ela deveria seguir para cortar os quiabos:

- (3) cortar no sentido longitudinal
- (4) fazer uma cruz enviesada
- (2) tirar as duas pontas
- (1) pegar um dos quiabos

A sequência correta das etapas, de cima para baixo, é:

- (A) 1 – 2 – 3 – 4
- (B) 2 – 4 – 3 – 1
- (C) 3 – 4 – 2 – 1
- (D) 4 – 3 – 1 – 2

3- "Nisso minha avó se **igualou** aos artistas." (l. 22)

O **CONTRÁRIO** da palavra destacada é:

- (A) identificou.
- (B) diferenciou.
- (C) comparou.
- (D) assimilou.

4- A autora do texto não aprendeu a fazer ovo frito porque

- (A) é difícil saber quando está no ponto.
- (B) deixa respingar gordura no livro de receitas.
- (C) cresceu afastada da cozinha da casa.
- (D) filha de cozinheira não gosta de cozinhar.

5- De acordo com o texto, o livro de receitas pode ser considerado uma obra de arte porque

- (A) foi ele que deu sentido à vida da avó.
- (B) continha receitas muito gostosas.
- (C) falava de um mundo que não existe mais.
- (D) comoveu pelo menos uma pessoa.

6- A menina percebeu que o livro de receitas que ela encontrou era muito antigo porque

- (A) as páginas estavam amareladas.
- (B) estava muito manchado.
- (C) estava num armário da mãe.
- (D) tinha capa de couro escuro.

7- Analise as afirmações a seguir sobre o significado de algumas palavras ou expressões do texto.

- I – A mãe sempre **monopolizou** os trabalhos, ou seja, sempre tomou os trabalhos exclusivamente para si.
- II – As folhas estavam **repletas de nódoas**, o que significa que estavam cheias de manchas, marcas, sinais.
- III – A avó deixou o livro como **legado**, isto é, deixou-o como herança.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmação(ões)

- (A) II, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) I, II e III.

8- Indique a única palavra que apresenta **ERRO** de grafia.

- (A) Autorizar;
- (B) Impermeabilização;
- (C) Vazilha;
- (D) Azeitona.

A separação das sílabas está correta na palavra

- (A) ha-bi-tu-an-do;
- (B) in-fe-cto-lo-gis-ta;
- (C) be-ne-fi-cia-das;
- (D) res-fria-do.

Leia com atenção e depois faça o que se pede:

Meu Deus! Mas que horror.
os rios mudaram de cor.
Já não são mais transparentes,
os rios ficaram doentes.

10 - Indique a alternativa correta sobre a pessoa e o número das formas verbais em destaque:

- A) 3ª pessoa do singular;
- (B) 3ª pessoa do plural;
- C) 2ª pessoa do plural;
- D) 1ª pessoa do singular.

11 - Assinale a alternativa em que todas as palavras devem ser escritas com “j”

- A) gor__eio, privilé__io, pa__em;
- B) ma__estoso, __esto, __enipapo;
- C) here__e, tre__eito, berin__ela;
- (D) __irau, __ibóia, __egue.

12 - Numere de acordo com o antônimo correspondente e marque a sequência correta:

- | | |
|----------------|--------------|
| (1) Nervosismo | (1) Selvagem |
| (2) Doméstico | (5) Opaco |
| (3) Incluir | (4) Diurno |
| (4) Noturno | (1) Calma |
| (5) Brilhante | (3) Excluir |

- A) () 5, 4, 3, 2, 1;
- B) (X) 2, 5, 4, 1, 3;
- C) () 3, 2, 5, 4, 1;
- D) () 1, 5, 4, 2, 3

13 - Assinale a alternativa que apresenta adjetivo no grau superlativo relativo de superioridade:

- A) Pedrinho é muito esperto;
- B) Esta sala é mais espaçosa que aquela;
- (C) Jonas era o mais inteligente dos meninos;
- D) Meu carro é melhor que o seu.

14 - Assinale a alternativa em que há erro de ortografia na sequência:

- A) Universo, único, usurpar;
- B) Extinção, exagero; esdrúxulo;
- (C) Hemisfério, hiena, herva;
- D) Amassar, almoço, ambição.

15 – Assinale a alternativa que completa as lacunas da frase abaixo, na ordem em que aparecem. “O Brasil de hoje é diferente, _____ os ideais de uma sociedade _____ justa ainda permanecem”.

- A) () mas - mas;
- B) (X) mas – mais;
- C) () mais – mas;
- D) () mais – mais.

MATEMÁTICA

16 1 – A oferta abaixo estava em uma loja. Qual é a diferença entre os preços do plano à vista e do plano à prazo?

GRANDE OFERTA
R\$ 646,00 à vista ou 5 prestações de R\$ 257,00

- A) (X) 639
- B) () 549
- C) () 634
- D) () 738

17 2 – Qual das seguintes divisões tem menor quociente?

- A) () 4260 : 5
- B) (X) 4347 : 9
- C) () 9152 : 8
- D) () 2958 : 6

18 3 – O quociente e o resto da divisão $1242 : 23$, é respectivamente:

- A) (X) 54 e 0
- B) () 55 e 1
- C) (X) 1242 e 23
- D) () 58 e 1

19 4 – 148 carros estão em fila à espera para atravessar um rio. A balsa pode transportar, no máximo, 25 carros de cada vez. Quantas viagens, com lotação máxima, poderão ser feitas?

- A) () 6
- B) () 4
- C) (X) 5
- D) () 7

20 5 – Qual é a igualdade verdadeira?

- A) (X) $20 - (8 + 6) - 5 = 11$
- B) $20 - 8 + (6 - 5) = 11$
- C) $20 - (8 + 6 - 5) = 11$
- D) $20 - 8 + 6 - 5 = 11$

tabela a seguir mostra os preços de alguns produtos de uma "cesta básica":

Produto	Quantidade	Preço
carne	2 kg	9,34
sardinha	4 latas	4,92
ovos	3 dúzias	4,35
arroz	5 kg	5,10
feijão	2 kg	4,84

6 - Se for montada uma cesta básica diferente com: 3 kg de carne, 2 latas de sardinha, 1 dúzia de ovos, 3 kg de arroz e 1 kg de feijão, quanto esta nova cesta básica custará?

- A) () R\$25,50
- B) (X) R\$23,40
- C) () R\$62,35
- D) () R\$25,40

9) 7 - O número **2.194.632** escrito corretamente por extenso:

- A) Dois mil, cento e noventa e quatro milhões, seiscentos e trinta e dois;
- B) Dois milhões, cento e noventa e quatro mil, sessenta e trinta e dois;
- C) Dois, cento e noventa e quatro milhões, sessenta e trinta e dois;
- D) (X) Dois milhões, cento e noventa e quatro mil, seiscentos e trinta e dois.

23 8 -Um feirante vendeu 684 caixas de bananas. Cada caixa continha 53 bananas. Quantas bananas ele vendeu ao todo?

- A) () 35807
- B) () 2148
- C) (X) 36252
- D) () 58201

24 9 -O preço de uma TV na Loja X custa **R\$1.200,00**. Na Loja Y, a mesma TV está na promoção com **40% de desconto**. Qual o preço da TV na promoção?

- A) (X) R\$ 720,00.
- B) R\$ 721,00
- C) R\$ 820,20.
- D) R\$ 710,00.

25 10 - Qual é a alternativa que corresponde a 55% de R\$500,00?

- A) () R\$250,00
- B) (X) R\$275,00
- C) () R\$300,00
- D) () R\$265,00

26 11 - O carro de Camila, por ser econômico, andou 60 km e só gastou 4 litros de combustível. Se o carro percorrer 150 km, quantos litros de combustível irá consumir?

- A) 8 litros.
- B) 11 litros.
- C) 12 litros.
- D) (X) 10 litros.

27
12 - Num campeonato de videogame, Carlos fez 1.554 pontos e Pedro, 1.465 pontos.
Quantos pontos Carlos fez a mais que Pedro?

- A) 99
- B) 89
- C) 90
- D) 80

18 - 13 - Complete com o sinal correto: $(-2^2 + 51)^0 \dots (?) \dots 1$

- A) =
- B) <
- C) >
- D) NDA

19 14 - O valor de X na equação: $25X - 30 = 45$, é:

- A) 2
- B) 5
- C) 3
- D) 4

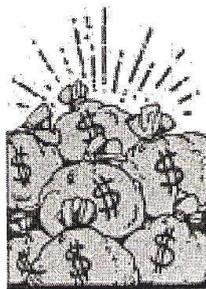
20 15 - Simplificando a expressão $3^2 \times 5^2$:

- A) 5^3
- B) 15^2
- C) 8^2
- D) 8^3

REDAÇÃO

Alimentação saudável é escolha para toda a vida

As opções que fazemos diariamente afetam os vários aspectos da nossa vida: na **saúde, doença, estética e fatores sociais**. A cada dia fica mais claro que da alimentação depende não só a nossa saúde, mas também a nossa beleza e desempenho diário.



Usando as informações e as imagens acima como inspiração, faça uma redação com aproximadamente 15 linhas sobre o tema abordado.

Guia de Referência Rápida

Carteira de Serviços

Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde

Data publicação: Ago 2010

versão profissionais

Sobre a Carteira de Serviços

A **Carteira de Serviços** da Atenção Primária à Saúde (APS) é um documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro.

Quem deve ler?

Todos os profissionais, gestores e população devem se apropriar dos serviços de saúde oferecidos na APS.

Quem escreveu este guia?

Este é um esforço coletivo de gestores do nível central e das coordenações de áreas programáticas da SMSDC/RJ.

O que é APS?

A APS é entendida pela SMSDC/RJ como a porta de entrada do sistema de saúde do município. Está inserida em uma rede de atenção à saúde e tem por finalidade oferecer o primeiro contato às pessoas quando procuram o serviço de saúde. Existem vários modelos de APS. No Município do Rio de Janeiro o modelo escolhido foi a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para que a APS seja resolutiva, alguns princípios devem ser seguidos. A APS trabalha com **território** adscrito, ou seja, a população residente na área de cobertura da ESF deve **prioritariamente** ser atendida pela mesma equipe de saúde da família. Para as unidades de APS sem ESF a definição de um conjunto de CEPs estabelecerá a base territorial de abrangência dos serviços prestados. Com isso alguns outros princípios devem ser assegurados os princípios de **longitudinalidade** (ou o acompanhamento das pessoas ao longo de muito tempo), **acessibilidade** (oferecer acesso ao serviço de saúde quando as pessoas sentirem necessidade); **coordenação do cuidado** (todas as pessoas do território são acompanhadas pela ESF ou terão como referência a unidade de APS da sua área de abrangência. Quando há necessidade de atenção especializada as pessoas são referenciadas).

Os profissionais da APS devem estar preparados para resolverem os problemas de saúde mais comuns na população. Muitas unidades de saúde hoje não estão preparadas para oferecer todos os serviços descritos nessa carteira de serviços, mas é fundamental que sejam oferecidas condições para que essas ações na APS sejam disponibilizadas à população.

O Município do Rio de Janeiro está expandindo a cobertura da ESF em grande velocidade mas a consolidação dessa estratégia para uma rede integrada de excelência depende de todos nós.

Organização do Serviço

• Tipos de Unidades

Todas as unidades de saúde do município, de acordo com o perfil de atendimento, podem ser classificadas/denominadas em:

Atenção Primária	CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) CLÍNICA DA FAMÍLIA (CF)
Atenção Secundária	POLICLÍNICA CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) UPA (Unidade de Pronto Atendimento) CENTRO DE REABILITAÇÃO
Atenção Terciária	MATERNIDADE HOSPITAL INSTITUTO

As Clínicas da Família são designações para unidades que seguem padrão do “*Saúde Presente*” pela Casa Civil. Quanto aos **modelos de atenção**, as unidades da APS podem ser classificadas em:

- A** Unidades onde todo o território é coberto por equipes de **Saúde da Família**
- B** **Unidades Mistas onde somente parte do território é coberto pelo saúde da família.**
- C** Unidades **onde ainda não temos equipe de saúde da família, mas com território de referencia bem definido.**

* toda unidade de saúde deve ter o CNES atualizado mensalmente.

Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida 5

• Horário de funcionamento

O horário de funcionamento das unidades deve ser definido pelas Coordenações de Áreas Programáticas (CAPs) e podem ser devendo estar afixado na entrada da unidade:

Opções	Segunda a Sexta-feira	Sábado
1	08:00-20:00h	08:00-12:00h
2	08:00-17:00h	-----
3	08:00-17:00h	08:00-12:00h
4	08:00-20:00h	-----

A **opção 1** deve ser o horário preferencial para funcionamento das unidades no Município. Para unidades com mais de 04 (quatro) equipes de saúde da família (ou mais de 50 funcionários).

A carga horária dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família é de **40 horas semanais**. Dentro desta carga horária semanal, as grades de horário poderão ser flexibilizadas sem a redução da carga horária semanal seguindo critérios abaixo:

Critérios para composição de horário das equipes:

- A composição de horário das equipes deve ser pactuada com a chefia imediata (gerente ou diretor da unidade);
- O critério para adaptação de horário deve seguir a necessidade do serviço;
- Durante o horário de funcionamento das unidades, deve haver pelo menos um componente de cada equipe;
- Sempre deve haver na unidade (**incluindo unidades modelo C**) pelo menos um médico e um enfermeiro;
- Todas as unidades de saúde devem permanecer abertas durante o horário de almoço;
- A carga horária de 40 horas semanais deve ser cumprida em **no mínimo 4 dias na semana e no máximo 10 horas diárias de trabalho**;
- Não deve haver prejuízo na assistência à saúde da população;
- O horário de atendimento da unidade e dos profissionais deve permanecer visível na recepção da unidade para todas as categorias profissionais independente do tipo de vínculo;

Salvo em situações excepcionais, as unidades de saúde devem sempre dispor de pelo menos um médico e pelo menos um funcionário por equipe de saúde da família durante todo o horário de funcionamento;

As unidades devem permanecer abertas durante o horário de almoço com o mínimo de serviços em funcionamento como a recepção;

Em uma mesma A.P. as unidades devem organizar os períodos de reunião mensal da unidade, de forma que não coincidam entre as unidades contíguas. Em caso de reunião mensal de equipe pelo menos um funcionário deve estar acolhendo a população e orientando caso a caso,. Sempre que houver necessidade de fechamento da unidade a CAP e a CSF deve ser previamente comunicada;

• Equipe multiprofissional

Fazem parte da equipe de saúde da família: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 a 2 técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista, técnico de saúde bucal (opcional), auxiliar de saúde bucal, auxiliar administrativo.

Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida 7

O processo de trabalho deve ser organizado de forma a haver integração, participação e senso de responsabilização de todos os profissionais. Cabe às equipes organizarem suas agendas de forma a otimizar o trabalho, podendo os profissionais fazerem suas atividades como visita domiciliar em conjunto ou individualmente em horários separados.

Não existe hierarquia na equipe, mas a supervisão e a coordenação da equipe deve ficar sob responsabilidade do médico e do enfermeiro. Os agentes comunitários de saúde não devem ser supervisionados exclusivamente pelo enfermeiro. O médico deve participar ativamente dessa supervisão, inclusive avaliando indicadores, preenchimento das informações nas fichas do SIAB, busca ativa de pacientes e demais ações dos ACS.

• Estrutura da unidade

Prioritariamente os Agentes Comunitários de Saúde devem realizar escala de atendimento na recepção, com guichês de atendimento exclusivos por equipe/área de abrangência \diamond . Sempre que possível algum funcionário volante deve organizar o fluxo na unidade e oferecer ajuda para esclarecimentos, todas as equipes devem sempre que possível aceitar marcação de consulta por telefone e por email dos pacientes já cadastrados e que tenham sido atendidos ao menos uma vez na unidade. O telefone da equipe e email da equipe ou da unidade deve sempre estar em local visível;

8 Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida

Minimamente as unidades devem dispor de um consultório por equipe de saúde da família , sendo o ideal pelo menos dois consultórios por equipe. Estes devem apresentar identidade visual, com a identificação da equipe/área de abrangência;

Deve-se apresentar uma relação com o nome dos profissionais e horários de atendimento e esta deve ficar exposta para a população em local visível na recepção, bem como o horário de funcionamento da unidade;

A agenda dos profissionais deve ser manipulada prioritariamente na recepção;

Toda unidade primária de saúde deve ter minimamente a seguinte relação de salas:

Quantidade mínima	Sala	Observação
1	Recepção	Com acolhimento e classificação de risco
1	Sala de espera	
1/ESF	Consultórios	Pelo menos 01 por equipe
1	Consultório odontológico	Quando houver ESB
1	Sala de Curativo	
1	Sala de procedimentos/coleta	
1	Sala de imunização	
1	Sala de reuniões / grupo	
1	Auditório 	Se possível
1	Farmácia	Preferencialmente 3 espaços: dispensação (sem janela, com mesa/balcão); depósito da farmácia e sala farmacêutico
1	Sala dos agentes comunitários (ACS) e agentes de vigilância (AVS)	
1	Sala de esterilização	
1	Sala de expurgo	

Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida 9

1	almoxarifado	
1	Sala administração	
1	Sala de observação	se possível
1	Copa	
2	Banheiro (masc e femin)	
1	Depósito de materiais de limpeza	

Toda unidade primária de saúde deve oferecer coleta de exames laboratoriais diariamente. **Para coleta de exame de gravidez e de baciloscopia não deve haver restrição de horário de recebimento do material.** Para acondicionamento de amostras de escarro, deve-se ter disponíveis caixas térmicas com gelox e/ou geladeira frigobar (se tempo de acondicionamento >1dia);

Os serviços de curativos, vacinas, administração de medicação, aferição de dados vitais, acolhimento **devem estar disponíveis durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde.**

A sala de vacina deve ser mantida em funcionamento durante todo o horário de funcionamento da unidade, aproveitando todas as oportunidades para a atualização do cartão vacinal. Não existindo dias para vacinas específicas, como a BCG. Todos os dias devem ocorrer oferta de todas as vacinas, qualquer dúvida entrar em contato com a Coordenação de Imunização.

• Painel Informativo

A unidade deve ser bem sinalizada com os fluxos de atendimento bem definidos para a população.

10 Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida

Toda unidade deve ter em local visível a população, um painel contendo minimamente as seguintes informações:

- Horário de funcionamento da Unidade
- **Mapa da área de abrangência**  e relação de ruas, identificando nominalmente os profissionais de referência, no caso das equipes de Saúde da Família;
- Relação nominal dos profissionais com a respectiva programação semanal de cada um, contendo horário e atividade desenvolvida;
- Relação nominal de profissionais com suas respectivas carga horária de acordo com o contrato de trabalho;
- Data/hora/local de atividades coletivas e reuniões com a comunidade;
- Relação dos representantes da população e profissionais que integram o Colegiado Gestor Local;
- Data/Hora/Local das reuniões do Colegiado Gestor Local, bem como dos Conselhos Distrital e Municipal de Saúde.
- Telefone, e-mail e site da Ouvidoria da CAP e da Prefeitura do Rio de Janeiro.
- Relatório de acompanhamento de metas. Toda unidade primária de saúde deve dispor de um **“placar da saúde”** com a devida atualização mensal dos indicadores de saúde. Este placar deve ficar em local visível na unidade;

• Território de abrangência

É o território pelo qual a unidade primária de saúde é responsável pela assistência à população. Deve levar em consideração vários fatores como área de influência, barreiras geográficas, densidade demográfica e fatores locais como violência;

Todos os moradores de uma região de abrangência são de responsabilidade da equipe de saúde da família definida para aquela área. Entendendo a atenção primária como coordenadora do cuidado e porta de entrada para o sistema de saúde, independente da situação de saúde de uma pessoa, as equipes de SF devem continuar o acompanhamento daquela pessoa. Exemplo: paciente com câncer em tratamento em serviço especializado, paciente em hemodiálise, coronariopata grave, portadores de transtorno mental, etc, devem continuar sendo atendidos e cuidados pela equipe de SF;

Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida 11

programada e para a demanda espontânea, o que pressupõe a organização de uma agenda flexível. Para a demanda espontânea, o “Protocolo de Classificação de Risco”, constante no plano de acolhimento, deve direcionar a avaliação da situação de risco e vulnerabilidade e organizar o acesso pela análise da necessidade de saúde do usuário, por critérios clínicos (potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada), garantindo a equidade como orientadora do cuidado e não critérios burocráticos (Ex. senhas por ordem de chegada).

O Acolhimento na unidade deve ser organizado por área de abrangência (lista de CEP/setores censitários). Cada Equipe de Saúde da Família  deve se responsabilizar pelas pessoas de seu território e todos os profissionais devem participar do atendimento, não cabendo exclusivamente ao médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

O plano de acolhimento deve ser único para cada unidade primária de saúde. Os Protocolos Clínicos (linhas de cuidado) devem ser complementares, auxiliando na avaliação do risco e da vulnerabilidade, de forma integrada, de modo a organizar os fluxos e o cuidado em rede.

Todos os usuários devem ter Projetos Terapêuticos individuais e coletivos (Horizontalização **por linhas de cuidado**).

O Acolhimento deve induzir a tomada de responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal, na lógica do cuidado territorial, portanto, dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), na dimensão de uma Clínica Ampliada.

Deve ainda primar pelo protagonismo **dos sujeitos** envolvidos no processo de produção de saúde, considerando a tríplice inclusão: usuários, trabalhadores e gestores na construção coletiva e na pactuação de protocolos; fluxos e demais decisões que digam respeito à produção de saúde.

O papel da Educação Popular deve ser reconhecido como fundamental na produção de saúde.

• Consulta de urgência e Atendimento de emergência

Faz parte das atribuições de toda unidade primária de saúde e de toda equipe de saúde da família prestar **Carteira de Serviços na APS**

Guia de Referência Rápida 15

atendimento de urgência sob demanda espontânea;

Todos os profissionais devem estar aptos a reconhecer situações de alerta e de gravidade.

Os casos de emergência que porventura derem entrada na unidade devem ser prontamente atendidos e, havendo necessidade deve-se:

- 1) solicitar a remoção do paciente diretamente a Central de Regulação do Município cujo telefone deve estar afixado na mesa de atendimento da sala de observação clínica e na sala da gerência da unidade,
- 2) a Central de Regulação deve considerar a solicitação como vaga zero, classificar o risco, informar qual unidade receberá o paciente e enviar de imediato ambulância para remoção,
- 3) a equipe deve escrever o relato do caso em duas vias e anotar no livro de ocorrência da unidade,
- 4) em caso de rompimento deste fluxo deve-se entrar em contato imediatamente com a CAP.

Até a remoção todas as medidas a fim de estabilização clínica hemodinâmica necessárias devem ser assumidas e o paciente deve permanecer em observação. Nestes casos a remoção deve ser assegurada o mais prontamente possível.

Toda unidade primária de saúde deve dispor de uma maleta para emergência, com itens e medicamentos padronizados nesta carteira e no protocolo municipal de atendimento a urgência e emergência e as equipes preparadas para atendimento de emergência. Mais detalhes estão descritos na sessão “Situações de urgência / emergência”.

• Procedimentos

Uma lista completa de procedimentos e de cirurgias ambulatoriais está disponível na sessão “Procedimentos / cirurgias ambulatoriais”.

Toda unidade primária de saúde deve minimamente oferecer serviços de inalação, curativos, imunização, pequenos procedimentos cirúrgicos.

• Visita domiciliar

Todos os profissionais que atuam na ESF devem realizar visitas domiciliares;

16 Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida

- Nas unidades de Atenção Primária com ESF, as visitas domiciliares devem ser agendadas conforme programação semanal de acordo com as demandas dos usuários e da equipe;
- O resultado de cada visita domiciliar deve ser repassado à equipe para o conhecimento de cada caso e encaminhamento de acordo com sua realidade.

• Ações coletivas

Todos os profissionais devem participar de ações coletivas;

Devem ser realizadas ações coletivas como grupos, oficinas, vídeos e outros, a fim de promover saúde ou reduzir riscos à saúde.

• Consultas

As unidades devem organizar o serviço de modo a evitar a formação de filas. Portanto sempre que possível evitar concentrar a oferta de algum serviço em um dia/horário específico;

A oferta de marcação de consulta por demanda programada deve ser disponibilizada todos os dias em todo o horário de funcionamento da unidade.

As unidades devem organizar o serviço de modo a priorizar o atendimento a gestantes, idosos (acima de 60 anos), e pessoas com necessidades especiais;

- Todos os procedimentos como medição antropométrica, verificação de Pressão Arterial e outros, deverão ser realizados durante a consulta;
- A unidade deve garantir o atendimento de consultas agendadas e de demanda não programada;
- Os casos emergenciais devem ter os procedimentos garantidos, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período;

Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida 17

- Se sua condição não é urgente você poderá ser agendado para até dois dias úteis; **O tempo máximo para o agendamento de consulta (que não seja intencionalmente programada desta forma) não pode exceder 30 dias.**
- Os retornos agendados deverão respeitar os protocolos preconizados. Sempre que houver necessidade de consulta de retorno, o usuário deverá sair da unidade com o agendamento em mãos.
- Em casos extremos o paciente ou o médico de família pode solicitar a troca do usuário de equipe dentro da mesma unidade sendo necessário o preenchimento de formulário específico e anotação no livro de ocorrência da unidade

• Consulta de enfermagem

A assistência à saúde centrada na pessoa deve incluir ações de enfermagem, de acordo com protocolos clínicos da SMSDC, da SESDEC e do Ministério da Saúde. As consultas de puericultura e de assistência ao pré-natal e puerpério devem ser idealmente intercaladas entre o médico e o enfermeiro.

A prescrição de enfermagem e solicitação de exames complementares devem seguir os protocolos clínicos que especifiquem essas ações e/ou normativas técnicas ou decretos que regulamentem tais procedimentos.

• Atestados

É obrigação do profissional médico a emissão de atestado médico sempre que prestar assistência e houver a necessidade do documento. São situações comuns que devem ser prescritas na Atenção Primária: atestado para afastamento do trabalho; atestado para certificar condições de saúde ou de doença; atestado para perícia médica; atestado para prática de atividade física; a veracidade dos mesmos caso adjudicados será de responsabilidade do profissional que emitiu o mesmo.

A emissão do atestado de óbito é obrigatório desde que o profissional médico tenha prestado assistência ao paciente e que não haja suspeita de causas externas. O formulário para atestado de óbito deve estar disponível a todas as unidades de atenção primária. Quando necessário o profissional deve realizar visita domiciliar para a avaliação clínica e emissão do documento.

A emissão de declaração de nascido vivo só deverá ocorrer para os casos de nascimentos ocorridos em domicílio que não tiveram passagem por unidade hospitalar, desde que cumpridos os requisitos de avaliação

médica ou de enfermagem e apresentação de testemunhas devidamente identificadas através de documentação oficial. Para os casos em que não se dispõem dos requisitos anteriormente indicados deverá ser realizado encaminhamento ao Conselho Tutelar da área de residência.

• Reunião de equipe

Toda equipe de Saúde da Família deve ter em sua programação semanal um turno para reunião de equipe;

- Todos os profissionais da equipe devem participar da reunião;
- Na reunião de equipe é realizada a programação semanal da equipe, bem como avaliação e discussões do processo de trabalho;
- Sugere-se um encontro diário entre todos os profissionais da equipe, preferencialmente no início ou no término do dia, onde pode avaliar e planejar as ações cotidianas e agilizar a tomada de decisões pela equipe.
- Sempre que houver necessidade, o Gerente ou Diretor da unidade pode convocar todos os profissionais para Reunião Geral da Unidade, devendo destacar um funcionário para acolher os pacientes e avaliar alguma situação de risco que necessite interrupção da reunião.

• Assistência farmacêutica

Todas as unidades primárias de saúde devem apresentar um plano de uso racional de medicamentos e deve estar em conformidade com as diretrizes municipal e nacional de uso racional e previsão de consumo a Assessoria de Assistência Farmacêutica.

Todas as unidades de saúde devem dispensar os medicamentos em local próprio que possibilite a dispensação e o depósito exclusivo da farmácia. Fica vedada a dispensação de medicamentos nos consultórios médicos ou de outros profissionais.

A dispensação de medicamentos deve ser realizada mediante apresentação de receita;

A farmácia deve ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade.

Fica vedada a visitação de representantes de laboratórios farmacêuticos bem como a dispensação de medicamentos de amostra grátis. A dispensação deve ser preferencialmente realizada por profissional com

Carteira de Serviços na APS [Guia de Referência Rápida](#) 19

treinamento para tal, preferencialmente técnico/oficial de farmácia ou farmacêutico.

Toda a relação de medicamentos disposta no REMUME (relação municipal de medicamentos) deve ser dispensada nas unidades primárias de saúde.

- Medicamentos para doenças respiratórias (asma, DPOC, dentre outras);

* **todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar os pacientes com asma e DPOC e o fornecimento da medicação deve ser vinculada a pelo menos uma consulta a cada 6 meses com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe;**

* **mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (pólos, policlínica, hospital, etc) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe;**

- Diabetes mellitus (hipoglicemiantes orais e insulina). Para tanto as unidades devem minimamente possuir geladeira (frigobar) para o acondicionamento e os profissionais técnicos devem ser treinados para orientação de uso e acondicionamento da insulina;

* **todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar o paciente diabético, esteja ou não indicado o uso de insulina.** O fornecimento da insulina e demais insumos devem ser vinculados a pelo menos uma consulta a cada 3 meses com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe.

* **mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (pólos, policlínica, hospital, etc) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe;**

Todos os pacientes em uso de insulina recebem glicosímetros, fitas, seringas, lancetador e lancetas para aplicação de insulina e monitorização domiciliar.

- Medicamentos controlados (receituário azul e especial);

Toda unidade primária de saúde deve ter disponível receituário azul, receituário especial e receituário tipo remédio em casa para hipertensão e diabetes. A prescrição de medicamento controlado **não é vedada** ao médico de atenção primária, mas deve sempre seguir princípios de uso racional de medicamentos;

Toda unidade primária de saúde deve ter condições para a dispensação de medicamento controlado, respeitando normativas vigentes. A organização do fluxo de distribuição da medicação controlada nas unidades deve ser feita em conjunto com a assistência farmacêutica da CAP e deve ter um farmacêutico responsável e o devido controle no armazenamento da medicação;

20 Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida

Toda prescrição realizada fora da REMUME deve ser acompanhada de orientação ao paciente que ele não encontrará esta medicação na farmácia da unidade pois esta medicação não faz parte da Relação Municipal de Medicamentos.

A validade da receita comum deve ser determinada pelo médico. Caso a medicação seja de uso contínuo e não houver especificação da validade de receita simples, esta terá validade para dispensação de **até 12 meses para anticoncepcionais e até 6 meses para demais medicamentos**. Para tanto, o médico deve prescrever na receita no campo "quantidade" a informação que o medicamento é de "USO CONTÍNUO".

***para efeitos de validade de receita simples NENHUM anti-inflamatório, analgésico, antitérmico, antibiótico deve ser considerado como uso contínuo.**

Deve ser garantido acesso universal, durante todo horário de funcionamento da unidade,

Qualquer reação adversa a medicamentos deve ser comunicada ao responsável pela assistência farmacêutica da CAP e este deve consolidar as informações e comunicar a coordenação de assistência farmacêutica da CAP.

• Organização de prontuários

Os usuários cadastrados e acompanhados pelas equipes de saúde da família devem ter prontuário familiar;

Todos os procedimentos ou consultas realizados pelos profissionais da unidade devem ser registrados com letra legível, carimbado, assinado e datado, ou em prontuário eletrônico,

O arquivamento dos prontuários das equipes de Saúde da Família deve ser feito pelo número: Equipe/Micro-área/Família.

Toda unidade de saúde deve apresentar uma Comissão de revisão de prontuários (com reuniões ao menos semestrais, registradas em ata);

Documentação Médica – Nas unidades modelo B e C – o serviço de documentação médica será responsável pelo gerenciamento dos prontuários, fichas de pronto-atendimento, desde o cadastramento de pacientes na unidade até o arquivamento ou baixa de prontuários.

Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida 21

• Encaminhamentos / remoção

Todos os profissionais da unidade de APS devem conhecer suas referências dentro do sistema de regulação (SISREG III) e regulação de CAP, assim como o TEIAS da sua área visitando cada uma destas unidades formalmente;

Todo encaminhamento realizado pela APS deve ser realizado por meio de referência e contra-referência de forma que o usuário tenha orientações precisas sobre datas, horários e unidade para o qual está sendo encaminhado telefone da unidade que esta sendo encaminhado. **Toda unidade de referência deve fornecer uma contra-referência com o resumo da consulta e recomendações.**

Estas informações estão disponíveis na lista de CEP que deve estar disponível para consulta em todos os terminais de atendimento (A lista de CEP específica, qual a policlínica, qual a unidade de emergência, e qual maternidade, qual o hospital geral é referência para aquele CEP ou unidade) lá você encontrara o telefone e nome do diretor e endereço da unidade.

A unidade deve ter controle de todos os encaminhamentos realizados, bem como monitorar os internamentos de pessoas de sua área, para análise e avaliação; preferencialmente em um livro ata.

Em caso de remoção a equipe deve fazer contato telefônico com a unidade de destino e apresentar os dados clínicos do paciente a ser removido. O médico deve avaliar a necessidade de qual profissional deve acompanhar o paciente durante a remoção. Sempre que uma situação de gravidade com risco de morte potencial o médico deve acompanhar a remoção.

• Ações intersetoriais/parcerias

Os profissionais das unidades de APS devem buscar parcerias com Instituições, estabelecimentos ou pessoas com o objetivo de ampliar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, participando de redes de apoio e mobilizando a comunidade no resgate da cidadania.

Procedimentos / cirurgias ambulatoriais

Os Procedimentos / cirurgias ambulatoriais oferecidos são:

- Sutura de lesões superficiais de pele
- Biopsia/punção de tumores superficiais de pele
- retirada de corpo estranho subcutâneo
- Exérese de calo
- Desbridamento e curativo de escara ou ulceração
- Curativo
- Curativo em pé diabético
- Anestesia loco-regional
- Cirurgia da unha (cantoplastia)
- Drenagem de abscesso
- Tratamento de miase furunculóide
- Drenagem de hematoma subungueal
- Retirada de pontos
- Manejo de queimaduras
- Drenagem de abscesso
- Retirada de corpo estranho de olho
- Retirada de corpo estranho de ouvido
- Retirada de corpo estranho de nariz
- Tamponamento de Epistaxe
- Remoção de cerume
- Nebulização
- Aplicação de medicação parenteral
- Coleta de material de sangue para exame laboratorial
- Coleta de material de urina para exame laboratorial
- Coleta de material de escarro para exame laboratorial
- Realização de exame de radiografia
- Realização de exame de ultrassonografia
- Realização de exame de eletrocardiografia
- Retirada de gesso
- Inserção de DIU
- Coleta de material para exame citopatológico (papanicolaou)
- Controle de pressão arterial
- Controle de glicemia capilar
- Realização do teste do pezinho
- Realização do teste do reflexo vermelho
- Realização do teste da orelhinha
- Emissão de atestados
- Administração de medicamentos por paciente
- Administração de medicamentos para tuberculose
- Terapia de reidratação oral

- Consulta pre-natal realizada por enfermeiro
- Consulta puerperal realiz p/ enfermeiro
- Consulta p/diagnostico diabetes mellitus
- Acomp e aval portadores diabetes mellitus
- Atendimento hipertensao arterial normal
- Atendimento hipertensao arterial elevada
- Ativ, coletiva de educ.em saude prof.n.medio
- Ativ, coletiva educ, em saude prof, n.superior
- Atividades executadas por agente comunitario saude
- Visita domiciliar por profissional de nivel médio
- Assistencia ao parto domiciliar s/ distocia por medico
- Consulta/atendimento de urgencia em clinicas básicas
- Atendimento medico de urgencia com observação
- Consulta medica do PSF
- Visita domiciliar consulta/atendimento em atencao basica
- Consulta para hanseníase
- Terapias em grupo
- Sessao de acupuntura com insercao de agulhas (opcional)
- Extração de corpo estranho na vagina
- Excisao de polipo uterino
- Sinovectomia de punho
- Infiltração de corticóide em articulações
- Avaliação de acuidade visual
- Fundoscopia (exame de fundo de olho)
- Estesiometria (teste de sensibilidade)
- Cateterismo uretral
- Cauterizacao quimica de pequenas lesoes
- Consulta/atendimento em atencao basica de enfermeiro
- Consulta medica domiciliar
- Consulta medica para hanseníase
- Consulta medica puerperal
- Consulta p/ avaliacao clinica do fumante
- Acao coletiva de escovacao dental supervisionada
- Acao coletiva de bochecho fluorado
- Acao coletiva de aplicacao topica de fluor-gel

96 Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida

				<p>Mialgias Dores articulares Dor lombar Crise hipertensiva Otitis (otite média, otite externa) Rinossinusites Infeção urinária Angina / IAM (atendimento inicial, remoção posterior a serviço de emergência) Crise convulsiva (atendimento inicial, remoção posterior a serviço de emergência)</p> <p>* Toda unidade primária de saúde deve estar preparada a manejar situações de emergência a fim de estabilizar paciente até remoção.</p>
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

• Situações de emergência

Todas as unidades primárias de saúde devem estar preparadas para manejar os casos mais comuns de emergência a fim de estabilizar o paciente e providenciar a rápida remoção a serviço de emergência de referência;

Material de emergência básico:

Toda unidade deve apresentar em prazo de validade adequado:

1 torpede de oxigênio com máscara e cateter

Maleta plástica de emergência contendo:

Tabela: Lista de medicamentos para maleta de emergência

--

Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida 113

10	cp	AAS 100mg	VO	Angina, IAM
3	ampola	Adrenalina (epinefrina) 1:1.000	IV, IM	Anafilaxia, broncoespasmo, parada cardiorrespiratória (PCR)
5	frasco	Água destilada	IV/IM	Diluyente
1	Frasco	anestésico (lidocaína 1%)		Anestesia, arritmias
10	cp	Captopril 25mg	VO	Crise hipertensiva
1	Frasco	colírio anestésico	tópico	Remoção corpo estranho
1	Frasco-ampola	diazepam	IV	Sedação, crise convulsiva, agitação psicomotora, crise abstinência
5	cp	diazepam	VO	Sedação, ansiedade, agitação psicomotora, crise abstinência
3	ampola	Diclofenaco	IM	Cólica biliar, renal, trauma musculoesquelético
5	ampola	dipirona	IM, IV	Febre, dor
1	frasco	Dipirona gotas	VO	Febre, dor
1	frasco	Fenoterol (Salbutamol) gotas	inalação	Broncoespasmo
1	frasco	Fenoterol (Salbutamol) spray	inalação	Broncoespasmo
3	ampola	furosemida	IV	Crise hipertensiva
3	ampola	Glicose 50%	IV	Hipoglicemia
1	ampola	Haloperidol	IV ou IM	Agitação psicomotora
3	ampola	Hioscina	IV	Dor abdominal
1	frasco	lpratrópio spray	inalação	Broncoespasmo
5	cp	Isossorbida (isordil)	SL	Angina, edema agudo pulmão (EAP)
3	frasco	Lidocaína gel 3%	tópico	Anestesia mucosas, sonda uretral
2	frasco	Metilprednisolona (solu-medrol)	IV	Broncoespasmo, anafilaxia
5	ampola	metoclopramida	IM, IV	Náuseas, vômitos
3	cp	Prednisona 10mg	VO	Broncoespasmo
3	ampola	Profenid 100mg	IM	Dor, anti-inflamatório
3	cps	Prometazina	VO	Crise alérgica, agitação psicomotora
3	ampola	Prometazina (ferengan) 25mg	IM	Crise alérgica, agitação psicomotora
2	frasco	SF 0,9% 250ml	IV	Hipovolemia, hipotensão, hiponatremia
2	frasco	SG 5% 100ml	IV	Diluyente, hipoglicemia
2	frasco	Terbutalina (bricanyl)	SC	broncoespasmo

114 Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida

Tabela: Lista de materiais para maleta de emergência

5	Abocath vários calibres (nº 16, 18 e 20)	Acesso venoso
5	Adaptadores para cânulas venosas (incluindo torneira de 3 vias)	Adaptar a cânula venosa ao equipo
10	Aagulhas 13x3	
10	Aagulhas 25x6	
1	ambu transparente de silicone, com válvula, para adulto (500 ou 750ml)	PCR, ventilação
1	ambu transparente de silicone, com válvula, para crianças (250ml)	PCR, ventilação
5	Atadura de crepe	
10	Cânulas venosas butterfly (nºs 16, 18, 20 e 22)	
1	Cateter de aspiração	
3	Catéter nasal calibroso	
10	Cotonete esterilizado	Corpo estranho ocular
1	Esfigmomanômetro	
1	esparadrapo	Curativos, fixação
1	Esparadrapo Micropore	Curativos, fixação
1	Estetoscópio	
3	Fios de sutura (nºs 4, 5 e 6)	
5	Fitas exame de urina	
1	Fitas reativas para glicemia (cx)	Glicemia capilar
1	Frasco álcool gel	
1	Frasco povidine (PVPI)	
5	Gazes (pacote)	Curativos
1	glicosímetro	Glicemia capilar
1	Kit de curativos	

Carteira de Serviços na APS

Guia de Referência Rápida 115