



CÓD: OP-002MR-24
7908403549764

SMS-PALMAS-TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PALMAS

Agente Comunitário de Saúde

EDITAL N° 03/2024 DE 12 DE JANEIRO DE 2024

Língua Portuguesa

1. Compreensão e interpretação de textos	7
2. Tipologia textual	7
3. Ortografia oficial	8
4. Acentuação gráfica.....	8
5. Pontuação	9
6. Emprego do sinal indicativo de crase.....	13
7. Emprego das classes de palavras	13
8. Sintaxe da oração e do período	20
9. Concordância nominal e verbal	24
10. Regência nominal e verbal.....	26
11. Significação das palavras.....	27
12. Redação de correspondências oficiais	27

Legislação do Sistema Único de Saúde

1. SUS: conceitos, fundamentação legal, financiamento, princípios, diretrizes e articulação com serviços de saúde	41
2. Organização do Sistema Único de Saúde – SUS: comissões intergestores, Conselhos Nacionais e suas respectivas composições.....	41
3. Controle Social: organização social e comunitária. Sistema Único de Saúde e Política Social	42
4. Constituição Federal de 1988 (Arts. 196 ao 200)	44
5. Lei Orgânica de Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências	45
6. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências	56
7. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa	58
8. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	62

História e Geografia do Tocantins

1. Povoamento e expansão através da exploração do ouro, da navegação, das atividades de mineração e da agropecuária.....	89
2. O processo de criação do Estado e suas diferentes fases (períodos Colonial, Imperial e Republicano)	93
3. A construção da Rodovia Federal BR-153 e seus impactos na economia e sociedade tocantinenses.....	95
4. Organização política e territorial, divisão política, regiões administrativas, regionalização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	95
5. Hierarquia urbana, símbolos, estrutura dos poderes; patrimônio histórico e cultural, manifestações culturais; movimentos políticos; estudo da população e sua dinâmica populacional, migração, estrutura etária; indígenas e quilombolas; vegetação, clima, hidrografia e relevo; matriz produtiva, matriz energética e matriz de transporte; unidades de conservação.....	97
6. História e Geografia de Palmas: localização geográfica e divisão política, vegetação, hidrografia e clima, meio ambiente e população; urbanização e sociedade. Poderes: judiciário, legislativo e executivo. Símbolos: brasão, bandeira e hino; patrimônio histórico	107

Legislação Pertinente ao Município de Palmas/TO

1. Lei Orgânica do Município de Palmas, Disposições Preliminares: Do Município, Da Competência, Das Vedações; Da Organização dos Poderes: Do Processo Legislativo: Disposições Gerais, Das Emendas à Lei Orgânica, Das Leis, Da Fiscalização Contábil, Financeira, Orçamentária, Operacional e Patrimonial; Do Poder Executivo: Das Atribuições do Prefeito, Das Atribuições dos Secretários Municipais, Procuradoria Geral do Município; Da Organização do Governo Municipal: Da Administração Municipal, Do Registro dos Atos Administrativos, Dos Bens Municipais	113
2. Lei Complementar nº 008/99, de 16 de novembro de 1999 (Estatuto dos Servidores Públicos da Administração Direta e Indireta dos Poderes do Município de Palmas).....	125
3. Lei nº 1.441, de 12 de junho de 2006 (Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos - PCCV dos Servidores Públicos do Quadro-Geral do Poder Executivo do Município de Palmas – TO e dá outras providências.....	145

Conhecimentos Específicos Agente Comunitário de Saúde

1. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde princípios que regem sua organização	163
2. Processo saúde-doença e seus determinantes/condicionantes	163
3. Visita domiciliar	166
4. Cadastramento familiar e territorial: finalidade e instrumentos	170
5. Interpretação demográfica	173
6. Conceito de territorialização, micro-área e área de abrangência	174
7. Indicadores epidemiológicos	180
8. Critérios operacionais para definições de prioridades: indicadores socioeconômicos, culturais e epidemiológicos	189
9. Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade em saúde coletiva.....	189
10. Conceitos e critérios de qualidade da atenção à saúde: acessibilidade, humanização do cuidado, satisfação do usuário e do trabalhador, equidade	191
11. Cuidados com o meio ambiente e saneamento básico	204
12. Noções sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e infecção pelo HIV.....	208
13. Problemas clínicos prevalentes na atenção primária: noções de tuberculose, hanseníase, dengue, hipertensão e diabetes mellitus, diarreia e desidratação.....	212
14. Vacinas	221
15. Aparelho reprodutor masculino e feminino	234
16. Sistema de informação em saúde: SIM, SINAN, SISAB/ e-SUS, SINASC, SIA	240
17. Condições de risco social: violência, desemprego, infância desprotegida, processos migratórios, analfabetismo, ausência ou insuficiência de infraestrutura básica	242
18. Promoção da saúde, conceitos e estratégias	250
19. Principais problemas de saúde da população e recursos existentes para o enfrentamento dos problemas	263
20. Formas de aprender e ensinar em educação popular	268
21. Cultura popular e sua relação com os processos educativos.....	282
22. Lideranças: conceitos, tipos e processos de constituição de líderes populares.....	282
23. Pessoas com deficiência: abordagem, medidas facilitadoras de inclusão social e direitos legais.....	291
24. Programas Nacionais de Saúde: Saúde Mental.....	297
25. Saúde da Criança	320
26. Saúde da Mulher. gravidez e planejamento familiar.....	337
27. Saúde do idoso e da pessoa com deficiência.....	368

ÍNDICE

28. Saúde Ambiental.....	379
29. Saúde da população negra.....	383
30. Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso	386
31. Noções de ética e cidadania	434
32. Política de Humanização do SUS.....	438
33. Modelos de atenção à saúde: Atenção primária de saúde/atenção básica à saúde: estratégia de saúde da família .EACS (Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde). Equipe Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde eMulti, SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar).....	447
34. Saúde bucal.....	450
35. Política Nacional da Atenção Básica(Portaria Nº 2436 de 21 de setembro de 2017	451
36. Regulamentação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde: Lei Federal nº 11.350/2006.....	452
37. Lei Federal nº 13.595 de 05 de janeiro de 2018	457
38. Lei Federal nº 14.536 de 2023	460
39. Lei Orgânica da Saúde - Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990	460

- Manual
- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

Vale lembrar que é comum enquadrar os gêneros textuais em determinados tipos textuais. No entanto, nada impede que um texto literário seja feito com a estruturação de uma receita culinária, por exemplo. Então, fique atento quanto às características, à finalidade e à função social de cada texto analisado.

ORTOGRAFIA OFICIAL

A ortografia oficial diz respeito às regras gramaticais referentes à escrita correta das palavras. Para melhor entendê-las, é preciso analisar caso a caso. Lembre-se de que a melhor maneira de memorizar a ortografia correta de uma língua é por meio da leitura, que também faz aumentar o vocabulário do leitor.

Neste capítulo serão abordadas regras para dúvidas frequentes entre os falantes do português. No entanto, é importante ressaltar que existem inúmeras exceções para essas regras, portanto, fique atento!

Alfabeto

O primeiro passo para compreender a ortografia oficial é conhecer o alfabeto (os sinais gráficos e seus sons). No português, o alfabeto se constitui 26 letras, divididas entre **vogais** (a, e, i, o, u) e **consoantes** (restante das letras).

Com o Novo Acordo Ortográfico, as consoantes **K**, **W** e **Y** foram reintroduzidas ao alfabeto oficial da língua portuguesa, de modo que elas são usadas apenas em duas ocorrências: **transcrição de nomes próprios e abreviaturas e símbolos de uso internacional**.

Uso do “X”

Algumas dicas são relevantes para saber o momento de usar o X no lugar do CH:

- Depois das sílabas iniciais “me” e “en” (ex: mexerica; enxergar)
- Depois de ditongos (ex: caixa)
- Palavras de origem indígena ou africana (ex: abacaxi; orixá)

Uso do “S” ou “Z”

Algumas regras do uso do “S” com som de “Z” podem ser observadas:

- Depois de ditongos (ex: coisa)
- Em palavras derivadas cuja palavra primitiva já se usa o “S” (ex: casa > casinha)
- Nos sufixos “ês” e “esa”, ao indicarem nacionalidade, título ou origem. (ex: portuguesa)
- Nos sufixos formadores de adjetivos “ense”, “oso” e “osa” (ex: populoso)

Uso do “S”, “SS”, “Ç”

- “S” costuma aparecer entre uma vogal e uma consoante (ex: diversão)
- “SS” costuma aparecer entre duas vogais (ex: processo)
- “Ç” costuma aparecer em palavras estrangeiras que passaram pelo processo de aportuguesamento (ex: muçarela)

Os diferentes porquês

POR QUE	Usado para fazer perguntas. Pode ser substituído por “por qual motivo”
PORQUE	Usado em respostas e explicações. Pode ser substituído por “pois”
POR QUÊ	O “que” é acentuado quando aparece como a última palavra da frase, antes da pontuação final (interrogação, exclamação, ponto final)
PORQUÊ	É um substantivo, portanto costuma vir acompanhado de um artigo, numeral, adjetivo ou pronome

Parônimos e homônimos

As palavras **parônimas** são aquelas que possuem grafia e pronúncia semelhantes, porém com significados distintos.

Ex: *cumprimento* (saudação) X *comprimento* (extensão); *tráfego* (trânsito) X *tráfico* (comércio ilegal).

Já as palavras **homônimas** são aquelas que possuem a mesma grafia e pronúncia, porém têm significados diferentes. **Ex:** *rio* (verbo “rir”) X *rio* (curso d’água); *manga* (blusa) X *manga* (fruta).

ACENTUAÇÃO GRÁFICA.

A acentuação é uma das principais questões relacionadas à Ortografia Oficial, que merece um capítulo a parte. Os acentos utilizados no português são: **acento agudo** (´); **acento grave** (`); **acento circunflexo** (^); **cedilha** (ç) e **til** (~).

Depois da reforma do Acordo Ortográfico, a **trema** foi excluída, de modo que ela só é utilizada na grafia de nomes e suas derivações (ex: Müller, mülleriano).

Esses são sinais gráficos que servem para modificar o som de alguma letra, sendo importantes para marcar a sonoridade e a intensidade das sílabas, e para diferenciar palavras que possuem a escrita semelhante.

A sílaba mais intensa da palavra é denominada **sílaba tônica**. A palavra pode ser classificada a partir da localização da sílaba tônica, como mostrado abaixo:

- **OXÍTONA:** a última sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: café)
- **PAROXÍTONA:** a penúltima sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: automóvel)
- **PROPAROXÍTONA:** a antepenúltima sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: lâmpada)

As demais sílabas, pronunciadas de maneira mais sutil, são denominadas **sílabas átonas**.

Com esses indicadores, teremos a possibilidade de avaliar na prática todos os tópicos abordados nas aulas anteriores. Entende como tudo está interligado? É a análise demográfica que nos mostrará as condições de analfabetismo, desemprego, violência, nutrição e outros dados, os quais deverão ser analisados por toda a equipe e posteriormente lançados no SIAB. O estudo demográfico do território onde atuamos permite identificarmos fatores que apresentam ou podem apresentar algum risco à saúde daqueles que acolhemos.

CONCEITO DE TERRITORIALIZAÇÃO, MICRO-ÁREA E ÁREA DE ABRANGÊNCIA

O que é Territorialização?

-É o processo de apropriação do território pela equipe da ESF; permite conhecer as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem e amam a depender do segmento social em que se situam.

-Esse conhecer implica assumir o compromisso de responsabilizar-se pelos indivíduos e pelos espaços onde esses indivíduos se relacionam.

-A adscrição da clientela à unidade de saúde não é uma mera regionalização formal do atendimento, mas um processo necessário para definir relações de compromisso.

CONCEITO DE TERRITÓRIO:

Segundo Mendes (1993), há, pelo menos, duas concepções de território aplicadas aos sistemas de serviços de saúde:

-Território solo: definido por critérios geográficos; é estático, portanto, não acompanha as mudanças contínuas do território;

-Território processo: definido por critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais; é dinâmico, pois acompanha as mudanças permanentes do território.

DIVISÕES DOS TERRITÓRIOS:

Território distrito: Obedece à lógica político administrativa, sendo adequado para municípios de grande porte, para possibilitar a aproximação entre a administração pública e a população.

Objetivo: Delimitação de um território administrativo assistencial, contendo um conjunto de pontos de atenção à saúde e uma população adstrita, com vistas ao planejamento urbano e ações intersetoriais.

Território área: é um território processo, de responsabilidade de uma Unidade de APS, com enfoque na vigilância à saúde e corresponde à área de atuação de uma, no máximo, três equipes de saúde.

Objetivo: Planejar as ações, organizar os serviços e viabilizar os recursos para o atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos/famílias residentes no território, com vistas à melhoria dos indicadores e condições de saúde da comunidade.

Território microárea: é uma subdivisão do território área de responsabilidade da equipe de saúde. Corresponde à área de atuação do ACS.

Objetivo: É a delimitação de espaços onde se concentram grupos populacionais homogêneos de risco ou não risco, com vistas à identificação das necessidades de saúde das famílias residentes, programação e acompanhamento das ações destinadas à melhoria das suas condições de saúde

O que é área de abrangência geográfica?

É a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

Unidades Territoriais

É a menor unidade de planejamento regionalizado, com complexidade assistencial superior ao módulo assistencial, podendo corresponder a uma microrregião ou a uma região de saúde.

Território-distrito

A regionalização e a municipalização do SUS fez surgir a necessidade de estruturar distritos sanitários, que devem funcionar como unidade operacional básica mínima; cada distrito sanitário deve ter uma base territorial, delimitada geograficamente, de acordo com o perfil epidemiológico e demográfico da população; o distrito sanitário deve ser minimamente resolutivo, atendendo as necessidades em saúde da população de seu território, tanto no que se refere aos cuidados individuais quanto coletivos, promovendo a prevenção, atendendo em nível ambulatorial e em internações.

Território-área

É a área de abrangência de uma unidade básica de saúde, que deve corresponder à corresponsabilidade entre da população e do Poder Público, por meio dos prestadores de serviços à saúde. A área é o espaço de atuação da Unidade Básica de saúde (UBS), que é formada por microáreas contendo algo em torno de 2400 a 4000 pessoas.

Território-microárea

É a subdivisão do Território-área, cuja característica é concentrar condições socioeconômicas, ambientais, epidemiológicas etc. mais homogêneas, para facilitar a implantação de programas e desenvolver a vigilância em saúde; cada microárea deve contar no máximo 750 habitantes, que será a unidade operacional do Agente de Saúde.

Território-moradia

No início do cadastramento das famílias no PSF considerava-se a família como o conjunto de pessoas que dividiam o mesmo espaço de habitação, o espaço de existência de uma unidade familiar.

Territorialização e serviços de saúde: desafios operacionais

O ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (Teixeira et al, 1998).

O processo de territorialização é um dos elementos do tripé operacional da vigilância em saúde junto com as práticas e os problemas sanitários se constituindo como uma das ferramentas básicas para o planejamento estratégico situacional. O enfoque, estratégico-situacional foi proposto originalmente por Carlos Matus (Matus, 1989; Rivera, 1989) como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica, contemplando simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento

dos Sistemas Locais de Saúde. Tem como base a teoria da produção social, onde a realidade é indivisível, e entende, que tudo que existe em sociedade é produzido pelo homem (Matus, 1993).

O Planejamento Estratégico Situacional deve ser pensado de forma contínua e ascendente como forma de ordenamento de um território definido.

A partir desse espaço delimitado o planejamento é processado e materializado por meio de informações territorializadas acerca da situação de saúde e das condições de vida da população. A territorialização permite espacializar e analisar os principais elementos e relações existentes em uma população, os quais determinam em maior ou menor escala seu gradiente de qualidade de vida.

A análise territorial implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. O uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento através da microlocalização dos problemas de saúde permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de diagnóstico, para melhor as operacionalizarem e viabilizarem no território.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na inter-setorialidade. O território utilizado pela população pode ser assim operacionalizado, devido a concretude produzida pelas práticas humanas tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial, como as práticas circunscritas à vida social cotidiana.

O processo de elaboração de diagnósticos territoriais de condições de vida e situação de saúde deve estar relacionado tecnicamente ao trinômio estratégico informação-decisão-ação (Teixeira et al., 1998). A fase de informação faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização, com objetivo principalmente descritivo. As variáveis contidas em seus instrumentos de pesquisa devem ser construídas visando à interpretação dos dados, conforme o arcabouço teórico-metodológico. As categorias escolhidas para análises descritivas e analíticas, devem explicitar com maior fidedignidade a problemática identificada, para conduzir e facilitar o processo de tomada de decisão.

Na fase onde a prática vislumbra a ação, as operações identificadas e planejadas são subsidiadas pelas fases anteriores, através da apreensão interativa por parte do profissional de saúde da própria realidade territorial. Essa é uma prática transformadora e comporta o significado do território para os agentes deste processo, tanto os profissionais de saúde como os de outros setores de ação governamental, como também para a própria população.

Muitas vezes nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares, são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Tradicionalmente algumas análises de situação são realizadas descrevendo o conteúdo do território, tratado como mero receptáculo que contém determinadas características e aspectos.

A importância do mapeamento no processo de territorialização

O território se constitui da acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de saúde e doenças. Para conhecê-lo é fundamental que as Equipes de Saúde realizem o mapeamento, a fim de identificar as condições de vida, as necessidades de saúde, os riscos coletivos e as potencialidades deste território.

Observa-se a importância do mapeamento, pois com ele é possível o reconhecimento do território, identificação do perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e ambiental, possibilitando o monitoramento do processo de trabalho, permite a tomada de decisão das ações de saúde de forma mais eficiente, possibilita conhecer/reconhecer os potenciais da comunidade e a valorização do trabalho dos ACS

Nos últimos 15 anos a categoria espaço vem sendo utilizada com ênfase no campo da saúde, como uma abordagem fundamental para dar suporte ao conceito de risco, em função das múltiplas possibilidades que se tem em localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se espacializar a situação de saúde através da distribuição de indicadores sócio-econômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior.

Para Barcellos e colaboradores (2002), o uso da categoria espaço na análise da situação de saúde e na análise de risco não se limita exclusivamente à mera localização de eventos de saúde. Suas potencialidades e limitações vão depender da diversidade de seus próprios conceitos e conteúdos, onde o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais.

Os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente, e, suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes. Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização sócio-espacial, cultural, político e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares. Essa multiplicidade de territórios e lugares modifica a percepção das pessoas sobre os riscos distribuídos espacialmente. Por isso é não é incorreto afirmar que as pessoas não são portadores do risco em si, mas sim de fatores imbricados em problemas que se traduzem nas condições gerais de vida, individual e coletiva, e em função da vulnerabilidade de cada um frente às ameaças a que estão expostos cotidianamente.

Uma cidade é capaz de produzir o lugar dos ricos e o lugar dos pobres, das indústrias e do comércio, dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços e também produzir riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social. Sua estrutura espacial é necessariamente heterogênea, resultado da permanente ação da sociedade sobre a natureza. Esse espaço produzido socialmente se configura como um território que exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, criando condições particulares para sua utilização por cada ator social.

Nesse sentido é importante destacar que, ao mesmo tempo em que se avança no uso de ferramentas para se analisar e compreender o que ocorre no espaço, há uma tendência a se utilizar essa mesma categoria de análise como sinônimo de território.

O território é também um espaço, porém singularizado: sempre tem limites que podem ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos.

colocar o trabalho em crise, pois as prescrições não são suficientes para responder aos imprevistos que acontecem a cada dia. O trabalho inclui, também, uma dimensão que não é observável – como os fracassos e as frustrações por não poder ter sido feito como se gostaria – e exige invenções, escolhas e decisões muitas vezes difíceis. A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na interação entre os trabalhadores da saúde, numa dinâmica intersubjetiva. Somos gestores e produtores de saberes e de novidades.

Transversalidade

Nas experiências coletivas ou de grupalidade, diz respeito à possibilidade de conexão/confronto com outros grupos, inclusive no interior do próprio grupo, indicando um grau de abertura à alteridade e, portanto, o fomento de processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades. Em um serviço de saúde, pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, e entre os diferentes grupos. A ideia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede, e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade.

Universalidade

A Constituição brasileira instituiu o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento para determinar a dimensão do dever estatal no campo da Saúde, de sorte a compreender o atendimento a brasileiros e a estrangeiros que estejam no País, crianças, jovens, adultos e idosos. A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos, e também às populações isoladas geopoliticamente, os ribeirinhos, os indígenas, os ciganos e outras minorias, os prisioneiros e os excluídos sociais. Os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo equitativo e integral.

Usuário, cliente, paciente

Cliente é a palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a ideia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde, o paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. Usuário, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema.

Vínculo

Na rede psicossocial, compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca

assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Visita aberta e direito de acompanhante

É o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente durante o tempo de internação.

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .EACS (ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE). EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EMULTI, SAD (SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR)

Estratégia Saúde da Família (ESF)

Nas últimas décadas, a crise estrutural do setor público é entrevista pela fragilidade apresentada tanto na eficiência como na eficácia da gestão das políticas sociais e econômicas, o que gera um hiato entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos associados aos mesmos. Como continuidade ao processo iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS), o qual foi seguido pelo movimento denominado Reforma Sanitária – amplamente debatido por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas repercussões culminaram na redação do artigo 196 da Constituição de 1988 –, a efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente ligada à superação dessa problemática. Com relação aos estados e municípios, o processo de descentralização foi deflagrado através dos convênios do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS), enquanto se realizavam os debates para aprovação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano.

Em vista da necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade dessas conquistas sociais, várias propostas de mudanças – inspiradas pela Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS – têm sido esboçadas ao longo do tempo, traduzidas, entre outras, nos projetos de criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde. Essas iniciativas, entretanto, apresentam avanços e retrocessos e seus resultados têm sido pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover mudanças significativas no modelo assistencial. Nessa perspectiva, surgem situações contraditórias para estados e municípios, relacionadas à descontinuidade do processo de descentralização e ao desenho de um novo modelo.

Assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, nesse, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a

prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive.

Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares 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-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Acerca desses aspectos, o Ministério da Saúde reafirma positivamente os valores que fundamentam as ações do PSF, entendendo-o como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde.

Outro equívoco – que merece negativa – é a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

Objetivos

Geral

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Específicos

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita - Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta.

- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.

- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.

- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.

- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social

Diretrizes Operacionais

As diretrizes a serem seguidas para a implantação do modelo de Saúde da Família nas unidades básicas serão operacionalizadas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais.

Caráter substitutivo, complementariedade e hierarquização

A unidade de Saúde da Família nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados.

Corresponde aos estabelecimentos denominados, segundo classificação do Ministério da Saúde, como Centros de Saúde. Os estabelecimentos denominados Postos de Saúde poderão estar sob a responsabilidade e acompanhamento de uma unidade de Saúde da Família. Unidade de Saúde da Família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde.

Adscrição da clientela

A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local.

Cadastramento

As equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial pré estabelecida para a adscrição. Nesse processo serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas.

Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/ equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência.

A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. O cadastramento possibilitará que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam identificados outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.