

GRUPO C: EIXO V

CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO TRABALHO E NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. CRIAR UM GRUPO TEMÁTICO PARITÁRIO DE HUMANIZAÇÃO COM VISTA A IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NOS MOLDES DA POLÍTICA NACIONAL.
2. EXIGIR DA MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, O IMEDIATO ENCAMINHAMENTO AOS ORGÃOS COMPETENTES DE IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA DO PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS ENTRE OS TRABALHADORES DO SUS, DE MODO A OBTERMOS UMA GESTÃO ÚNICA, ROMPENDO AS DISPARIDADES ENTRE AS TRES ESFERAS DE GOVERNO.
3. QUE OS ORGÃOS FORMADORES DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS VALORIZEM O CONTROLE SOCIAL ATRAVÉS DO APOIO NAS QUESTÕES DE INTERESSE DO CIDADÃO, SUBSIDIANDO A PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DO SUS, ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO DE LIDERANÇAS E DE ATUAÇÃO POLITICA.
4. CRIAR MECANISMOS PARA O FORTALECIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS NO NÍVEL LOCAL ENTRE AS SECRETARIAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E ÓRGÃOS FORMADORES NO SENTIDO DE AMPLIAR O DIÁLOGO, TROCA DE EXPERIÊNCIAS E INCLUSÕES DE TEMAS RELEVANTES PARA A POPULAÇÃO NOS CURRÍCULOS DAS ESCOLAS.
5. DESENVOLVER MECANISMOS QUE AMPLIEM A INTERLOCUÇÃO ENTRE AS DIFERENTES CATEGORIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS TRES ESFERAS DE GOVERNO ATRAVÉS DE UMA GESTÃO MAIS PARTICIPATIVA.
6. REVER O MODELO DE CONCURSO PÚBLICO COM VISTAS A CLASSIFICAR PROFISSIONAIS COM VOCAÇÃO, COMPETÊNCIA E HABILIDADE PARA O CARGO.
7. VALORIZAR A EQUIPE DE SAÚDE ATRAVÉS DA DEFINIÇÃO DE COMPETENCIAS E HABILIDADES DE CADA PROFISSIONAL.
8. VALORIZAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS E REGIONAIS ATRAVÉS DE REUNIÕES AMPLIADAS, ITINERANTES, REALIZADAS PELA MESA DIRETORA DO CMS VISANDO A CAPACITAÇÃO DAS REALIDADES LOCAIS E DO SUS RESSALTANDO O PAPEL DA POPULAÇÃO USUÁRIA NA GESTÃO SUS.

GRUPO B: EIXO IV

FINANCIAMENTO NO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE PELA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS.

1. QUE OS ESTADOS, A UNIÃO E OS MUNICÍPIOS INSIRAM EM SUAS LEIS DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS, LEIS ORÇAMENTÁRIAS, PLANOS DE SAÚDE E OUTROS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO, DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA REALIZAÇÃO DE CURSOS DE QUALIFICAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE.

GRUPO B: EIXO II

EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. INSERIR NOS CURRÍCULOS DOS CURSOS TÉCNICOS E SUPERIORES O ESTUDO SISTEMÁTICO E ESPECÍFICO DA LEGISLAÇÃO DO SUS.
2. QUE SEJAM OBRIGATÓRIOS OS ESTÁGIOS EM UNIDADES DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.
3. ISONOMIA DE DIREITOS E VANTAGENS AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS DEMAIS TRABALHADORES DE SAÚDE.
4. APROVAR NA INTEGRA O TEXTO “O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOB NOVA ÓTICA E COMO MEMBRO DE UMA EQUIPE”.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOB NOVA ÓTICA E COMO MEMBRO DE UMA EQUIPE

Os agentes comunitários de saúde surgiram muito antes do advento do “**Programa Saúde da Família**”, na região norte / nordeste do Brasil. Inicialmente, como uma alternativa à escassez de profissionais de saúde, realizavam eles alguns procedimentos mais simples. Mais tarde, com o surgimento do **PSF** e com a inclusão deles (**ACS**) nas equipes do “**Saúde da Família**”, a Portaria nº 1886/97 do Ministério da Saúde definiu as atribuições dos **ACS**, a escolaridade mínima reduzida a apenas “**saber ler e escrever**” e a condição de os interessados residirem há pelo menos dois anos “**na comunidade em que atuarão**” – inclusive devendo ser desligados quando esta relação desaparecesse.

Passaram-se os tempos e o número de **ACS**, graças principalmente à expansão expressiva e acentuada das equipes do **PSF**, ganhou proporção inimaginável. Um número expressivo de pessoas com razoável grau de instrução e de escolaridade, em todo o Brasil fez surgir no seio desta categoria o sentimento de corporação, de categoria, até que conseguirem o reconhecimento da profissão e a regulamentação da mesma; por meio da lei federal nº 10507 de 22/06/2002, dando existência legal à profissão dos **ACS**. Com a lei, a escolaridade mínima exigível deixa de ser a de apenas “**saber ler e escrever**” e passa a ser a do “**ensino fundamental completo.**”

Agora vem a proposta e as providências, inclusive ao nível do Ministério da Saúde, de capacitação dos **ACS**, que serão qualificados como técnicos de nível médio.

Ao mesmo tempo em que estes fatos de desenvolvem em Brasília, lá mesmo, só que no Congresso Nacional, uma emenda constitucional (**PEC nº 07**) acresce ao art. 37 da CF a condição de seleção pública para a admissão de agentes comunitários de saúde. Pondo fim aos contratos irregulares que proliferam no Brasil, com distorções e irregulares, sub emprego e exploração de mão-de-obra.

Diante de todo este quadro e considerando:

- I. Que o próprio “**Saúde da Família**” deixou de ser um “**Programa**” (com a sensação de descontinuidade), passando a ser “**Estratégia de Saúde da Família,**” de caráter permanente, não mais eventual.

- II. Que, face às mudanças constantes, ao crescimento e à consolidação da **ESF**, e dentro dele, dos **ACS**, parece-nos estar na hora de repensarmos alguns aspectos que norteiam a seleção e a contratação destes trabalhadores. Sim, se vai exigir deles determinada escolaridade e além disto, investir neles para qualifica-los como **técnicos de nível médio**, urge se adote as seguintes providencias:

a) **Converter a Portaria nº 1886/97-MS em lei, ajustando-a, no que couber, à lei federal nº 10.507/2002 e à PEC nº 07.**

b) **Rever a Portaria Ministerial nº 1.886/97 e a Lei Federal nº 10.507/2002, extinguindo delas as exigências de residir na comunidade em que trabalhará e a de ser desligado se deixar de residir na comunidade em que trabalha.**

Ora, se o trabalho é em equipe e se nunca se exigiu dos demais membros da equipes (médicos, enfermeiros, etc) residir e permanecer residindo na comunidade onde trabalha ou trabalhará, a medida, em se referindo aos **ACS**, é infundada e discriminatória. Acaso não diz Constituição Federal que todos são iguais perante a lei? A não se rever este ponto, todo o volume de recursos públicos dispendidos para qualificar cada **ACS**, de nada valerá ou para nada se aproveitará, nos casos dos **ACS** mudarem de área. Sejamos racionais!

É bom ressaltar que o único obstáculo a que os **ACS** sejam admitidos por concurso público e integrem um **PCCS** ou um **PCCV**, reside exatamente neste pequeno detalhe.

Acreditamos que a origem de tais exigências (residir e continuar residindo na comunidade) tenha decorrido da impressão que se tinha de que, sendo da comunidade o **ACS**, muitas das vezes compadre ou colega de bar de determinada pessoa, pudesse o **ACS** inspirara maior confiança da família sob sua responsabilidade e assim, conseguir mais facilmente convence-las a se “abrirem” nas suas informações mais reservadas. E de posse delas, a equipe do **PSF** poderia identificar fatores de risco de doenças. Assim como trabalhar a mudança de hábitos, construindo a tão desejada “**inversão de modelo**” de assistência à saúde. Mas o tempo, a convivência, a experiência, nos têm demonstrado que nem sempre o **ACS** consegue tal sucesso, mas sim o médico, que não mora no bairro e às vezes nem na mesma cidade. Há, sim, **ACS** que necessitam “negociar” com colegas a cobertura de determinada família. Se pode haver facilidade no trabalho do **ACS** por residir na comunidade ou bairro, não raro este é a razão de problemas no relacionamento de alguns **ACS** com sua clientela e mesmo com sua equipe do **PSF – hoje Estratégia de Saúde da Família...**

Lembremos ainda que a lei federal 8142/90 preconiza um **PCCS** para os trabalhadores do **SUS**. Vamos retirar este obstáculo e colocar os **ACS** em exato pé de igualdade com os demais trabalhadores do **SUS**?

5. **QUE O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ACOMPANHE E PARTICIPE DA ELABORAÇÃO DOS PROJETOS POLÍTICOS - PEDAGÓGICOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, JUNTO AOS ORGÃOS FORMADORES, REGULANDO A FORMAÇÃO E CONTRIBUINDO PARA INCLUSÃO DE TEMAS RELEVANTES E DE INTERESSE DA COMUNIDADE.**

GRUPO A: EIXO I

GESTÃO DO TRABALHO

1. ESTABELECEM JORNADA DE TRABALHO DE 30 HORAS SEMANAIS PARA TODOS OS TRABALHADORES DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS CONFORME RESOLUÇÕES DAS CONFERÊNCIAS DE RECURSOS HUMANOS E DE SAÚDE.
2. IMPLEMENTAR AS DIRETRIZES CONTIDAS NA PROPOSTA DO PCCS PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DE ACORDO COM OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO. OS CARGOS DE CHEFIA DEVERÃO SER DESIGNADOS OBSERVANDO-SE, PRIORITAIAMENTE, O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DE CARREIRA E A CAPACITAÇÃO TÉCNICA COMPROVADA PARA O EXERCÍCIO DO MESMO.
3. GARANTIR A INCLUSÃO, NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE, DE FORMA QUALITATIVA E QUANTITATIVA, DOS PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO INTEGRAL.
4. REGULARIZAR O INGRESSO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO SERVIÇO PÚBLICO POR MEIO DE CONCURSO PÚBLICO, POSICIONANDO-SE CONTRÁRIO A TODA E QUALQUER FORMA DE TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CRIANDO MECANISMOS PARA QUE TODO QUADRO MUNICIPAL DO SUS PASSE A INTEGRAR O QUADRO DE CARREIRA DA PJJ, DE ACORDO COM O ESTATUTO DO SERVIDOR MUNICIPAL (LEI 8710), BUSCANDO ARTIFÍCIOS LEGAIS E DE EFETIVAÇÃO DO PESSOAL JÁ CONTRATADO ATUALMENTE.
5. GARANTIA DOS DIREITOS DOS SERVIDORES MUNICIPALIZADOS E ESTADUALIZADOS, INCLUSIVE ADOTANDO MECANISMOS ANTI-DISCRIMINATÓRIOS PARA EVITAR ABUSOS E POSTURAS AUTORITÁRIAS, COMO ASSÉDIO MORAL, SEXUAL, ÉTNICO E RACIAL.
6. CONVERTER A PORTARIA MS -1886/97 EM LEI, AJUSTANDO-A À LEI FEDERAL 10.507/2002 E A PEC 07/2003, CONSIDERANDO A EXTINÇÃO DA EXIGÊNCIA DE QUE O ACS TENHA QUE NECESSARIAMENTE RESIDIR NA COMUNIDADE EM QUE TRABALHA E DE SER DESLIGADO AO DEIXAR DE RESIDIR NA MESMA.

GRUPO A: EIXO III

PARTICIPAÇÃO DO TRABALHADOR NA GESTÃO E NEGOCIAÇÃO DO TRABALHO E NA GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. CRIAR E IMPLEMENTAR UMA POLÍTICA INTEGRADA E HUMANIZADA DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, ATENÇÃO E REABILITAÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES EM SAÚDE, GARANTINDO-LHES O DIREITO A UM AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL COM ÊNFASE NO EMOCIONAL.
2. EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE, VISANDO SANAR O PROBLEMA DA DESATENÇÃO ÀS QUESTÕES ÉTNICO / RACIAIS, SOCIAIS E DE GÊNERO NO TRABALHO E NA SAÚDE, PARA TERMOS ESTABELECIDOS OS PRINCÍPIOS DO SUS: INTEGRALIDADE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE, CONSIDERANDO A NECESSIDADE DE CADASTRAMENTO DO USUÁRIO, LEVANDO-SE EM CONTA GÊNERO E RAÇA (COR), PROPICIANDO MELHOR PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.
3. PROMOVER A VOCAÇÃO PARA MUDANÇA NOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE A SEREM IMPLEMENTADOS PELOS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ATRAVÉS DE NOVAS PROPOSTAS PEDAGÓGICAS.
4. CRIAR MECANISMOS PARA QUE OS SERVIDORES MUNICIPALIZADOS POSSAM CONTRIBUIR PARA O FUNDO DE PREVIDÊNCIA E DESTA FORMA SE APOSENTAREM COM A REMUNERAÇÃO INTEGRAL.
5. QUE OS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE FUNDAMENTEM SUAS AÇÕES NO BINÔMIO ENSINO – SERVIÇO, ADEQUANDO-SE AOS CURRÍCULOS DE SAÚDE, TENDO COMO REFERÊNCIA OS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DE RAÇA E GÊNERO, DAS DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS, VALORIZANDO O USO DAS PRÁTICAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (MEDICINA NÃO CONVENCIONAL).

PROPOSTAS ÂMBITO MUNICIPAL

GRUPO A – EIXO III

PARTICIPAÇÃO DO TRABALHADOR NA GESTÃO E NEGOCIAÇÃO DO TRABALHO E NA GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. CRIAR E IMPLEMENTAR UMA POLÍTICA INTEGRADA E HUMANIZADA DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, ATENÇÃO E REABILITAÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES EM SAÚDE, GARANTINDO-LHES O DIREITO A UM AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL COM ÊNFASE NO EMOCIONAL.
2. EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE, VISANDO SANAR O PROBLEMA DA DESATENÇÃO ÀS QUESTÕES ÉTNICO / RACIAIS, SOCIAIS E DE GÊNERO NO TRABALHO E NA SAÚDE, PARA TERMOS ESTABELECIDOS OS PRINCÍPIOS DO SUS: INTEGRALIDADE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE, CONSIDERANDO A NECESSIDADE DE CADASTRAMENTO DO USUÁRIO, LEVANDO-SE EM CONTA GÊNERO E RAÇA (COR), PROPICIANDO MELHOR PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.
3. PROMOVER A VOCAÇÃO PARA MUDANÇA NOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE A SEREM IMPLEMENTADOS PELOS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ATRAVÉS DE NOVAS PROPOSTAS PEDAGÓGICAS.
4. CRIAR MECANISMOS PARA QUE OS SERVIDORES MUNICIPALIZADOS POSSAM CONTRIBUIR PARA O FUNDO DE PREVIDÊNCIA E DESTA FORMA SE APOSENTAREM COM A REMUNERAÇÃO INTEGRAL.
5. QUE OS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE FUNDAMENTEM SUAS AÇÕES NO BINÔMIO ENSINO – SERVIÇO, ADEQUANDO-SE AOS CURRÍCULOS DE SAÚDE, TENDO COMO REFERÊNCIA OS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DE RAÇA E GÊNERO, DAS DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS, VALORIZANDO O USO DAS PRÁTICAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (MEDICINA NÃO CONVENCIONAL).

PROPOSTAS ÂMBITO ESTADUAL

GRUPO A – EIXO III

PARTICIPAÇÃO DO TRABALHADOR NA GESTÃO E NEGOCIAÇÃO DO TRABALHO E NA GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. CRIAR E IMPLEMENTAR UMA POLÍTICA INTEGRADA E HUMANIZADA DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, ATENÇÃO E REABILITAÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES EM SAÚDE, GARANTINDO-LHES O DIREITO A UM AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL COM ÊNFASE NO EMOCIONAL.
2. EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE, VISANDO SANAR O PROBLEMA DA DESATENÇÃO ÀS QUESTÕES ÉTNICO / RACIAIS, SOCIAIS E DE GÊNERO NO TRABALHO E NA SAÚDE, PARA TERMOS ESTABELECIDOS OS PRINCÍPIOS DO SUS: INTEGRALIDADE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE, CONSIDERANDO A NECESSIDADE DE CADASTRAMENTO DO USUÁRIO, LEVANDO-SE EM CONTA GÊNERO E RAÇA (COR), PROPICIANDO MELHOR PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.
3. PROMOVER A VOCAÇÃO PARA MUDANÇA NOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE A SEREM IMPLEMENTADOS PELOS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ATRAVÉS DE NOVAS PROPOSTAS PEDAGÓGICAS.
4. CRIAR MECANISMOS PARA QUE OS SERVIDORES MUNICIPALIZADOS POSSAM CONTRIBUIR PARA O FUNDO DE PREVIDÊNCIA E DESTA FORMA SE APOSENTAREM COM A REMUNERAÇÃO INTEGRAL.
5. QUE OS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE FUNDAMENTEM SUAS AÇÕES NO BINÔMIO ENSINO – SERVIÇO, ADEQUANDO-SE AOS CURRÍCULOS DE SAÚDE, TENDO COMO REFERÊNCIA OS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DE RAÇA E GÊNERO, DAS DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS, VALORIZANDO O USO DAS PRÁTICAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (MEDICINA NÃO CONVENCIONAL).

PROPOSTAS ÂMBITO NACIONAL

GRUPO A – EIXO III

PARTICIPAÇÃO DO TRABALHADOR NA GESTÃO E NEGOCIAÇÃO DO TRABALHO E NA GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. CRIAR E IMPLEMENTAR UMA POLÍTICA INTEGRADA E HUMANIZADA DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, ATENÇÃO E REABILITAÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES EM SAÚDE, GARANTINDO-LHES O DIREITO A UM AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL COM ÊNFASE NO EMOCIONAL.
2. EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE, VISANDO SANAR O PROBLEMA DA DESATENÇÃO ÀS QUESTÕES ÉTNICO / RACIAIS, SOCIAIS E DE GÊNERO NO TRABALHO E NA SAÚDE, PARA TERMOS ESTABELECIDOS OS PRINCÍPIOS DO SUS: INTEGRALIDADE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE, CONSIDERANDO A NECESSIDADE DE CADASTRAMENTO DO USUÁRIO, LEVANDO-SE EM CONTA GÊNERO E RAÇA (COR), PROPICIANDO MELHOR PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.
3. PROMOVER A VOCAÇÃO PARA MUDANÇA NOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE A SEREM IMPLEMENTADOS PELOS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ATRAVÉS DE NOVAS PROPOSTAS PEDAGÓGICAS.
4. CRIAR MECANISMOS PARA QUE OS SERVIDORES MUNICIPALIZADOS POSSAM CONTRIBUIR PARA O FUNDO DE PREVIDÊNCIA E DESTA FORMA SE APOSENTAREM COM A REMUNERAÇÃO INTEGRAL.
5. QUE OS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE FUNDAMENTEM SUAS AÇÕES NO BINÔMIO ENSINO – SERVIÇO, ADEQUANDO-SE AOS CURRÍCULOS DE SAÚDE, TENDO COMO REFERÊNCIA OS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS, DE RAÇA E GÊNERO, DAS DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS, VALORIZANDO O USO DAS PRÁTICAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (MEDICINA NÃO CONVENCIONAL).

PROPOSTAS ÂMBITO MUNICIPAL

GRUPO A – EIXO I

GESTÃO DO TRABALHO

1. ESTABELECEM JORNADA DE TRABALHO DE 30 HORAS SEMANAIS PARA TODOS OS TRABALHADORES DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS CONFORME RESOLUÇÕES DAS CONFERÊNCIAS DE RECURSOS HUMANOS E DE SAÚDE.
2. IMPLEMENTAR AS DIRETRIZES CONTIDAS NA PROPOSTA DO PCCS PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DE ACORDO COM OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO. OS CARGOS DE CHEFIA DEVERÃO SER DESIGNADOS OBSERVANDO-SE, PRIORITAIAMENTE, O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DE CARREIRA E A CAPACITAÇÃO TÉCNICA COMPROVADA PARA O EXERCÍCIO DO MESMO.
3. GARANTIR A INCLUSÃO, NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE, DE FORMA QUALITATIVA E QUANTITATIVA, DOS PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO INTEGRAL.
4. REGULARIZAR O INGRESSO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO SERVIÇO PÚBLICO POR MEIO DE CONCURSO PÚBLICO, POSICIONANDO-SE CONTRÁRIO A TODA E QUALQUER FORMA DE TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CRIANDO MECANISMOS PARA QUE TODO QUADRO MUNICIPAL DO SUS PASSE A INTEGRAR O QUADRO DE CARREIRA DA PJJ, DE ACORDO COM O ESTATUTO DO SERVIDOR MUNICIPAL (LEI 8710), BUSCANDO ARTIFÍCIOS LEGAIS E DE EFETIVAÇÃO DO PESSOAL JÁ CONTRATADO ATUALMENTE.
5. GARANTIA DOS DIREITOS DOS SERVIDORES MUNICIPALIZADOS E ESTADUALIZADOS, INCLUSIVE ADOTANDO MECANISMOS ANTI-DISCRIMINATÓRIOS PARA EVITAR ABUSOS E POSTURAS AUTORITÁRIAS, COMO ASSÉDIO MORAL, SEXUAL, ÉTNICO E RACIAL.
6. CONVERTER A PORTARIA MS -1886/97 EM LEI, AJUSTANDO-A À LEI FEDERAL 10.507/2002 E A PEC 07/2003, CONSIDERANDO A EXTINÇÃO DA EXIGÊNCIA DE QUE O ACS TENHA QUE NECESSARIAMENTE RESIDIR NA COMUNIDADE EM QUE TRABALHA E DE SER DESLIGADO AO DEIXAR DE RESIDIR NA MESMA.

PROPOSTAS ÂMBITO ESTADUAL

GRUPO A – EIXO I

GESTÃO DO TRABALHO

1. ESTABELECEM JORNADA DE TRABALHO DE 30 HORAS SEMANAIS PARA TODOS OS TRABALHADORES DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS CONFORME RESOLUÇÕES DAS CONFERÊNCIAS DE RECURSOS HUMANOS E DE SAÚDE.
2. IMPLEMENTAR AS DIRETRIZES CONTIDAS NA PROPOSTA DO PCCS PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DE ACORDO COM OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO. OS CARGOS DE CHEFIA DEVERÃO SER DESIGNADOS OBSERVANDO-SE, PRIORITAIAMENTE, O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DE CARREIRA E A CAPACITAÇÃO TÉCNICA COMPROVADA PARA O EXERCÍCIO DO MESMO.
3. GARANTIR A INCLUSÃO, NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE, DE FORMA QUALITATIVA E QUANTITATIVA, DOS PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO INTEGRAL.
4. REGULARIZAR O INGRESSO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO SERVIÇO PÚBLICO POR MEIO DE CONCURSO PÚBLICO, POSICIONANDO-SE CONTRÁRIO A TODA E QUALQUER FORMA DE TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CRIANDO MECANISMOS PARA QUE TODO QUADRO MUNICIPAL DO SUS PASSE A INTEGRAR O QUADRO DE CARREIRA DA PJJ, DE ACORDO COM O ESTATUTO DO SERVIDOR MUNICIPAL (LEI 8710), BUSCANDO ARTIFÍCIOS LEGAIS E DE EFETIVAÇÃO DO PESSOAL JÁ CONTRATADO ATUALMENTE.
5. GARANTIA DOS DIREITOS DOS SERVIDORES MUNICIPALIZADOS E ESTADUALIZADOS, INCLUSIVE ADOTANDO MECANISMOS ANTI-DISCRIMINATÓRIOS PARA EVITAR ABUSOS E POSTURAS AUTORITÁRIAS, COMO ASSÉDIO MORAL, SEXUAL, ÉTNICO E RACIAL.
6. CONVERTER A PORTARIA MS -1886/97 EM LEI, AJUSTANDO-A À LEI FEDERAL 10.507/2002 E A PEC 07/2003, CONSIDERANDO A EXTINÇÃO DA EXIGÊNCIA DE QUE O ACS TENHA QUE NECESSARIAMENTE RESIDIR NA COMUNIDADE EM QUE TRABALHA E DE SER DESLIGADO AO DEIXAR DE RESIDIR NA MESMA.

PROPOSTAS ÂMBITO NACIONAL

GRUPO A – EIXO I

GESTÃO DO TRABALHO

1. ESTABELECEM JORNADA DE TRABALHO DE 30 HORAS SEMANAIS PARA TODOS OS TRABALHADORES DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS CONFORME RESOLUÇÕES DAS CONFERÊNCIAS DE RECURSOS HUMANOS E DE SAÚDE.
2. IMPLEMENTAR AS DIRETRIZES CONTIDAS NA PROPOSTA DO PCCS PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DE ACORDO COM OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO. OS CARGOS DE CHEFIA DEVERÃO SER DESIGNADOS OBSERVANDO-SE, PRIORITAIAMENTE, O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DE CARREIRA E A CAPACITAÇÃO TÉCNICA COMPROVADA PARA O EXERCÍCIO DO MESMO.
3. GARANTIR A INCLUSÃO, NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE, DE FORMA QUALITATIVA E QUANTITATIVA, DOS PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO INTEGRAL.
4. REGULARIZAR O INGRESSO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO SERVIÇO PÚBLICO POR MEIO DE CONCURSO PÚBLICO, POSICIONANDO-SE CONTRÁRIO A TODA E QUALQUER FORMA DE TERCEIRIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CRIANDO MECANISMOS PARA QUE TODO QUADRO MUNICIPAL DO SUS PASSE A INTEGRAR O QUADRO DE CARREIRA DA PJF, DE ACORDO COM O ESTATUTO DO SERVIDOR MUNICIPAL (LEI 8710), BUSCANDO ARTIFÍCIOS LEGAIS E DE EFETIVAÇÃO DO PESSOAL JÁ CONTRATADO ATUALMENTE.
5. GARANTIA DOS DIREITOS DOS SERVIDORES MUNICIPALIZADOS E ESTADUALIZADOS, INCLUSIVE ADOTANDO MECANISMOS ANTI-DISCRIMINATÓRIOS PARA EVITAR ABUSOS E POSTURAS AUTORITÁRIAS, COMO ASSÉDIO MORAL, SEXUAL, ÉTNICO E RACIAL.
6. CONVERTER A PORTARIA MS -1886/97 EM LEI, AJUSTANDO-A À LEI FEDERAL 10.507/2002 E A PEC 07/2003, CONSIDERANDO A EXTINÇÃO DA EXIGÊNCIA DE QUE O ACS TENHA QUE NECESSARIAMENTE RESIDIR NA COMUNIDADE EM QUE TRABALHA E DE SER DESLIGADO AO DEIXAR DE RESIDIR NA MESMA.

PROPOSTAS ÂMBITO MUNICIPAL

GRUPO B – EIXO IV

FINANCIAMENTO NO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE PELA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS.

1. QUE OS ESTADOS, A UNIÃO E OS MUNICÍPIOS INSIRAM EM SUAS LEIS DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS, LEIS ORÇAMENTÁRIAS, PLANOS DE SAÚDE E OUTROS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO, DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA REALIZAÇÃO DE CURSOS DE QUALIFICAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE.

PROPOSTAS ÂMBITO ESTADUAL

GRUPO B – EIXO IV

FINANCIAMENTO NO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE PELA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS.

1. QUE OS ESTADOS, A UNIÃO E OS MUNICÍPIOS INSIRAM EM SUAS LEIS DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS, LEIS ORÇAMENTÁRIAS, PLANOS DE SAÚDE E OUTROS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO, DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA REALIZAÇÃO DE CURSOS DE QUALIFICAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE.

PROPOSTAS ÂMBITO NACIONAL

GRUPO B – EIXO IV

FINANCIAMENTO NO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE PELA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS.

1. QUE OS ESTADOS, A UNIÃO E OS MUNICÍPIOS INSIRAM EM SUAS LEIS DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS, LEIS ORÇAMENTÁRIAS, PLANOS DE SAÚDE E OUTROS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO, DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA REALIZAÇÃO DE CURSOS DE QUALIFICAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE.

PROPOSTAS ÂMBITO MUNICIPAL

GRUPO B – EIXO II

EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. QUE SEJAM OBRIGATÓRIOS OS ESTÁGIOS EM UNIDADES DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.
2. ISONOMIA DE DIREITOS E VANTAGENS AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS DEMAIS TRABALHADORES DE SAÚDE.
3. APROVAR NA INTEGRA O TEXTO “O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOB NOVA ÓTICA E COMO MEMBRO DE UMA EQUIPE”.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOB NOVA ÓTICA E COMO MEMBRO DE UMA EQUIPE

Os agentes comunitários de saúde surgiram muito antes do advento do “**Programa Saúde da Família**”, na região norte / nordeste do Brasil. Inicialmente, como uma alternativa à escassez de profissionais de saúde, realizavam eles alguns procedimentos mais simples. Mais tarde, com o surgimento do **PSF** e com a inclusão deles (**ACS**) nas equipes do “**Saúde da Família**”, a Portaria nº 1886/97 do Ministério da Saúde definiu as atribuições dos **ACS**, a escolaridade mínima reduzida a apenas “**saber ler e escrever**” e a condição de os interessados residirem há pelo menos dois anos “**na comunidade em que atuarão**” – inclusive devendo ser desligados quando esta relação desaparecesse.

Passaram-se os tempos e o número de **ACS**, graças principalmente à expansão expressiva e acentuada das equipes do **PSF**, ganhou proporção inimaginável. Um número expressivo de pessoas com razoável grau de instrução e de escolaridade, em todo o Brasil fez surgir no seio desta categoria o sentimento de corporação, de categoria, até que conseguiram o reconhecimento da profissão e a regulamentação da mesma; por meio da lei federal nº 10507 de 22/06/2002, dando existência legal à profissão dos **ACS**. Com a lei, a escolaridade mínima exigível deixa de ser a de apenas “**saber ler e escrever**” e passa a ser a do “**ensino fundamental completo.**”

Agora vem a proposta e as providências, inclusive ao nível do Ministério da Saúde, de capacitação dos **ACS**, que serão qualificados como técnicos de nível médio.

Ao mesmo tempo em que estes fatos de desenvolvem em Brasília, lá mesmo, só que no Congresso Nacional, uma emenda constitucional (**PEC nº 07**) acresce ao art. 37 da CF a condição de seleção pública para a admissão de agentes comunitários de saúde. Pondo fim aos contratos irregulares que proliferam no Brasil, com distorções e irregulares, sub emprego e exploração de mão-de-obra.

Diante de todo este quadro e considerando:

- III. Que o próprio “**Saúde da Família**” deixou de ser um “**Programa**” (com a sensação de descontinuidade), passando a ser “**Estratégia de Saúde da Família,**” de caráter permanente, não mais eventual.
- IV. Que, face às mudanças constantes, ao crescimento e à consolidação da **ESF**, e dentro dele, dos **ACS**, parece-nos estar na hora de repensarmos alguns aspectos que norteiam a seleção e a contratação destes trabalhadores. Sim, se vai exigir deles determinada escolaridade e além disto, investir neles para qualifica-los como **técnicos de nível médio**, urge se adote as seguintes providências:

c) **Converter a Portaria nº 1886/97-MS em lei, ajustando-a, no que couber, à lei federal nº 10.507/2002 e à PEC nº 07.**

d) **Rever a Portaria Ministerial nº 1.886/97 e a Lei Federal nº 10.507/2002, extinguindo delas as exigências de residir na comunidade em que trabalhará e a de ser desligado se deixar de residir na comunidade em que trabalha.**

Ora, se o trabalho é em equipe e se nunca se exigiu dos demais membros das equipes (médicos, enfermeiros, etc) residir e permanecer residindo na comunidade onde trabalhará, a medida, em se referindo aos **ACS**, é infundada e discriminatória. Acaso não diz Constituição Federal que todos são iguais perante a lei? A não se rever este ponto, todo o volume de recursos públicos dispendidos para qualificar cada **ACS**, de nada valerá ou para nada se aproveitará, nos casos dos **ACS** mudarem de área. Sejamos racionais!

É bom ressaltar que o único obstáculo a que os **ACS** sejam admitidos por concurso público e integrem um **PCCS** ou um **PCCV**, reside exatamente neste pequeno detalhe.

Acreditamos que a origem de tais exigências (residir e continuar residindo na comunidade) tenha decorrido da impressão que se tinha de que, sendo da comunidade o **ACS**, muitas das vezes compadre ou colega de bar de determinada pessoa, pudesse o **ACS** inspirara maior confiança da

família sob sua responsabilidade e assim, conseguir mais facilmente convence-las a se “abrirem” nas suas informações mais reservadas. E de posse delas, a equipe do **PSF** poderia identificar fatores de risco de doenças. Assim como trabalhar a mudança de hábitos, construindo a tão desejada “**inversão de modelo**” de assistência à saúde. Mas o tempo, a convivência, a experiência, nos têm demonstrado que nem sempre o **ACS** consegue tal sucesso, mas sim o médico, que não mora no bairro e às vezes nem na mesma cidade. Há, sim, **ACS** que necessitam “negociar” com colegas a cobertura de determinada família. Se pode haver facilidade no trabalho do **ACS** por residir na comunidade ou bairro, não raro este é a razão de problemas no relacionamento de alguns **ACS** com sua clientela e mesmo com sua equipe do **PSF – hoje Estratégia de Saúde da Família...**

Lembremos ainda que a lei federal 8142/90 preconiza um **PCCS** para os trabalhadores do **SUS**. Vamos retirar este obstáculo e colocar os **ACS** em exato pé de igualdade com os demais trabalhadores do **SUS**?

4. QUE O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ACOMPANHE E PARTICIPE DA ELABORAÇÃO DOS PROJETOS POLÍTICOS - PEDAGÓGICOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, JUNTO AOS ORGÃOS FORMADORES, REGULANDO A FORMAÇÃO E CONTRIBUINDO PARA INCLUSÃO DE TEMAS RELEVANTES E DE INTERESSE DA COMUNIDADE.

PROPOSTAS ÂMBITO ESTADUAL

GRUPO B – EIXO II

EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. INSERIR NOS CURRÍCULOS DOS CURSOS TÉCNICOS E SUPERIORES O ESTUDO SISTEMÁTICO E ESPECÍFICO DA LEGISLAÇÃO DO SUS.
2. QUE SEJAM OBRIGATÓRIOS OS ESTÁGIOS EM UNIDADES DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.
3. ISONOMIA DE DIREITOS E VANTAGENS AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS DEMAIS TRABALHADORES DE SAÚDE.
4. APROVAR NA ÍNTEGRA O TEXTO “O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOB NOVA ÓTICA E COMO MEMBRO DE UMA EQUIPE”.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOB NOVA ÓTICA E COMO MEMBRO DE UMA EQUIPE

Os agentes comunitários de saúde surgiram muito antes do advento do “**Programa Saúde da Família**”, na região norte / nordeste do Brasil. Inicialmente, como uma alternativa à escassez de profissionais de saúde, realizavam eles alguns procedimentos mais simples. Mais tarde, com o surgimento do **PSF** e com a inclusão deles (**ACS**) nas equipes do “**Saúde da Família**”, a Portaria nº 1886/97 do Ministério da Saúde definiu as atribuições dos **ACS**, a escolaridade mínima reduzida a apenas “**saber ler e escrever**” e a condição de os interessados residirem há pelo menos dois anos “**na comunidade em que atuam**” – inclusive devendo ser desligados quando esta relação desaparecesse.

Passaram-se os tempos e o número de **ACS**, graças principalmente à expansão expressiva e acentuada das equipes do **PSF**, ganhou proporção inimaginável. Um número expressivo de pessoas com razoável grau de instrução e de escolaridade, em todo o Brasil fez surgir no seio desta categoria o sentimento de corporação, de categoria, até que conseguirem o reconhecimento da profissão e a regulamentação da mesma; por meio da lei federal nº 10507 de 22/06/2002, dando existência legal à profissão dos **ACS**. Com a lei, a escolaridade mínima exigível deixa de ser a de apenas “**saber ler e escrever**” e passa a ser a do “**ensino fundamental completo**.”

Agora vem a proposta e as providências, inclusive ao nível do Ministério da Saúde, de capacitação dos **ACS**, que serão qualificados como técnicos de nível médio.

Ao mesmo tempo em que estes fatos se desenvolvem em Brasília, lá mesmo, só que no Congresso Nacional, uma emenda constitucional (**PEC nº 07**) acresce ao art. 37 da CF a condição de seleção pública para a admissão de agentes comunitários de saúde. Pondo fim aos contratos irregulares que proliferam no Brasil, com distorções e irregulares, sub emprego e exploração de mão-de-obra.

Diante de todo este quadro e considerando:

- V. Que o próprio “**Saúde da Família**” deixou de ser um “**Programa**” (com a sensação de descontinuidade), passando a ser “**Estratégia de Saúde da Família**,” de caráter permanente, não mais eventual.
- VI. Que, face às mudanças constantes, ao crescimento e à consolidação da **ESF**, e dentro dele, dos **ACS**, parece-nos estar na hora de repensarmos alguns aspectos que norteiam a seleção e a contratação destes trabalhadores. Sim, se vai exigir deles determinada escolaridade e além disto, investir neles para qualifica-los como **técnicos de nível médio**, urge se adote as seguintes providências:
 - e) **Converter a Portaria nº 1886/97-MS em lei, ajustando-a, no que couber, à lei federal nº 10.507/2002 e à PEC nº 07.**
 - f) **Rever a Portaria Ministerial nº 1.886/97 e a Lei Federal nº 10.507/2002, extinguindo delas as exigências de residir na comunidade em que trabalhará e a de ser desligado se deixar de residir na comunidade em que trabalha.**

Ora, se o trabalho é em equipe e se nunca se exigiu dos demais membros das equipes (médicos, enfermeiros, etc) residir e permanecer residindo na comunidade onde trabalha ou trabalhará, a medida, em se referindo aos **ACS**, é infundada e discriminatória. Acaso não diz Constituição Federal que todos são iguais perante a lei? A não se rever este ponto, todo o volume de recursos públicos dispendidos para qualificar cada **ACS**, de nada valerá ou para nada se aproveitará, nos casos dos **ACS** mudarem de área. Sejamos racionais!

É bom ressaltar que o único obstáculo a que os **ACS** sejam admitidos por concurso público e integrem um **PCCS** ou um **PCCV**, reside exatamente neste pequeno detalhe.

Acreditamos que a origem de tais exigências (residir e continuar residindo na comunidade) tenha decorrido da impressão que se tinha de que, sendo da comunidade o **ACS**, muitas das vezes compadre ou colega de bar de determinada pessoa, pudesse o **ACS** inspirara maior confiança da família sob sua responsabilidade e assim, conseguir mais facilmente convence-las a se “abrirem” nas suas informações mais reservadas. E de posse delas, a equipe do **PSF** poderia identificar fatores de risco de doenças. Assim como trabalhar a mudança de hábitos, construindo a tão desejada “**inversão de modelo**” de assistência à saúde. Mas o tempo, a convivência, a experiência, nos têm demonstrado que nem sempre o **ACS** consegue tal sucesso, mas sim o médico, que não mora no bairro e às vezes nem na mesma cidade. Há, sim, **ACS** que necessitam “negociar” com colegas a cobertura de determinada família. Se pode haver facilidade no trabalho do **ACS** por residir na comunidade ou bairro, não raro este é a razão de problemas no relacionamento de alguns **ACS** com sua clientela e mesmo com sua equipe do **PSF** – **hoje Estratégia de Saúde da Família...**

Lembremos ainda que a lei federal 8142/90 preconiza um **PCCS** para os trabalhadores do **SUS**. Vamos retirar este obstáculo e colocar os **ACS** em exato pé de igualdade com os demais trabalhadores do **SUS**?

5. QUE O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ACOMPANHE E PARTICIPE DA ELABORAÇÃO DOS PROJETOS POLÍTICOS - PEDAGÓGICOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, JUNTO AOS ORGÃOS FORMADORES, REGULANDO A FORMAÇÃO E CONTRIBUINDO PARA INCLUSÃO DE TEMAS RELEVANTES E DE INTERESSE DA COMUNIDADE.

PROPOSTAS ÂMBITO NACIONAL

GRUPO B – EIXO II

EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. INSERIR NOS CURRÍCULOS DOS CURSOS TÉCNICOS E SUPERIORES O ESTUDO SISTEMÁTICO E ESPECÍFICO DA LEGISLAÇÃO DO SUS.
2. QUE SEJAM OBRIGATÓRIOS OS ESTÁGIOS EM UNIDADES DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.
3. ISONOMIA DE DIREITOS E VANTAGENS AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS DEMAIS TRABALHADORES DE SAÚDE.
4. APROVAR NA ÍNTEGRA O TEXTO “O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOB NOVA ÓTICA E COMO MEMBRO DE UMA EQUIPE”.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOB NOVA ÓTICA E COMO MEMBRO DE UMA EQUIPE

Os agentes comunitários de saúde surgiram muito antes do advento do “**Programa Saúde da Família**”, na região norte / nordeste do Brasil. Inicialmente, como uma alternativa à escassez de profissionais de saúde, realizavam eles alguns procedimentos mais simples. Mais tarde, com o surgimento do **PSF** e com a inclusão deles (**ACS**) nas equipes do “**Saúde da Família**”, a Portaria nº 1886/97 do Ministério da Saúde definiu as atribuições dos **ACS**, a escolaridade mínima reduzida a apenas “**saber ler e escrever**” e a condição de os interessados residirem há pelo menos dois anos “**na comunidade em que atuarão**” – inclusive devendo ser desligados quando esta relação desaparecesse.

Passaram-se os tempos e o número de **ACS**, graças principalmente à expansão expressiva e acentuada das equipes do **PSF**, ganhou proporção inimaginável. Um número expressivo de pessoas com razoável grau de instrução e de escolaridade, em todo o Brasil fez surgir no seio desta categoria o sentimento de corporação, de categoria, até que conseguiram o reconhecimento da profissão e a regulamentação da mesma; por meio da lei federal nº 10507 de 22/06/2002, dando existência legal à profissão dos **ACS**. Com a lei, a escolaridade mínima exigível deixa de ser a de apenas “**saber ler e escrever**” e passa a ser a do “**ensino fundamental completo**.”

Agora vem a proposta e as providências, inclusive ao nível do Ministério da Saúde, de capacitação dos **ACS**, que serão qualificados como técnicos de nível médio.

Ao mesmo tempo em que estes fatos de desenvolvem em Brasília, lá mesmo, só que no Congresso Nacional, uma emenda constitucional (**PEC nº 07**) acresce ao art. 37 da CF a condição de seleção pública para a admissão de agentes comunitários de saúde. Pondo fim aos contratos irregulares que proliferam no Brasil, com distorções e irregulares, sub emprego e exploração de mão-de-obra.

Diante de todo este quadro e considerando:

- VII. Que o próprio “**Saúde da Família**” deixou de ser um “**Programa**” (com a sensação de descontinuidade), passando a ser “**Estratégia de Saúde da Família**,” de caráter permanente, não mais eventual.
- VIII. Que, face às mudanças constantes, ao crescimento e à consolidação da **ESF**, e dentro dele, dos **ACS**, parece-nos estar na hora de repensarmos alguns aspectos que norteiam a seleção e a contratação destes trabalhadores. Sim, se vai exigir deles determinada escolaridade e além disto, investir neles para qualifica-los como **técnicos de nível médio**, urge se adote as seguintes providências:
 - g) **Converter a Portaria nº 1886/97-MS em lei, ajustando-a, no que couber, à lei federal nº 10.507/2002 e à PEC nº 07.**
 - h) **Rever a Portaria Ministerial nº 1.886/97 e a Lei Federal nº 10.507/2002, extinguindo delas as exigências de residir na comunidade em que trabalhará e a de ser desligado se deixar de residir na comunidade em que trabalha.**

Ora, se o trabalho é em equipe e se nunca se exigiu dos demais membros da equipes (médicos, enfermeiros, etc) residir e permanecer residindo na comunidade onde trabalha ou trabalhará, a medida, em se referindo aos **ACS**, é infundada e discriminatória. Acaso não diz Constituição Federal que todos são iguais perante a lei? A não se rever este ponto, todo o volume de

recursos públicos dispendidos para qualificar cada **ACS**, de nada valerá ou para nada se aproveitará, nos casos dos **ACS** mudarem de área. Sejam racionais!

É bom ressaltar que o único obstáculo a que os **ACS** sejam admitidos por concurso público e integrem um **PCCS** ou um **PCCV**, reside exatamente neste pequeno detalhe.

Acreditamos que a origem de tais exigências (residir e continuar residindo na comunidade) tenha decorrido da impressão que se tinha de que, sendo da comunidade o **ACS**, muitas das vezes compadre ou colega de bar de determinada pessoa, pudesse o **ACS** inspirar maior confiança da família sob sua responsabilidade e assim, conseguir mais facilmente convence-las a se “abrirem” nas suas informações mais reservadas. E de posse delas, a equipe do **PSF** poderia identificar fatores de risco de doenças. Assim como trabalhar a mudança de hábitos, construindo a tão desejada “**inversão de modelo**” de assistência à saúde. Mas o tempo, a convivência, a experiência, nos têm demonstrado que nem sempre o **ACS** consegue tal sucesso, mas sim o médico, que não mora no bairro e às vezes nem na mesma cidade. Há, sim, **ACS** que necessitam “negociar” com colegas a cobertura de determinada família. Se pode haver facilidade no trabalho do **ACS** por residir na comunidade ou bairro, não raro este é a razão de problemas no relacionamento de alguns **ACS** com sua clientela e mesmo com sua equipe do **PSF – hoje Estratégia de Saúde da Família...**

Lembremos ainda que a lei federal 8142/90 preconiza um **PCCS** para os trabalhadores do **SUS**. Vamos retirar este obstáculo e colocar os **ACS** em exato pé de igualdade com os demais trabalhadores do **SUS**?

5. QUE O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ACOMPANHE E PARTICIPE DA ELABORAÇÃO DOS PROJETOS POLÍTICOS - PEDAGÓGICOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, JUNTO AOS ORGÃOS FORMADORES, REGULANDO A FORMAÇÃO E CONTRIBUINDO PARA INCLUSÃO DE TEMAS RELEVANTES E DE INTERESSE DA COMUNIDADE.

PROPOSTAS ÂMBITO MUNICIPAL

GRUPO C – EIXO V

CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO TRABALHO E NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. CRIAR UM GRUPO TEMÁTICO PARITÁRIO DE HUMANIZAÇÃO COM VISTA A IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NOS MOLDES DA POLÍTICA NACIONAL.
2. EXIGIR DA MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, O IMEDIATO ENCAMINHAMENTO AOS ORGÃOS COMPETENTES DE IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA DO PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS ENTRE OS TRABALHADORES DO SUS, DE MODO A OBTERMOS UMA GESTÃO ÚNICA, ROMPENDO AS DISPARIDADES ENTRE AS TRES ESFERAS DE GOVERNO.
3. QUE OS ORGÃOS FORMADORES DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS VALORIZEM O CONTROLE SOCIAL ATRAVÉS DO APOIO NAS QUESTÕES DE INTERESSE DO CIDADÃO, SUBSIDIANDO A PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DO SUS, ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO DE LIDERANÇAS E DE ATUAÇÃO POLITICA.
4. CRIAR MECANISMOS PARA O FORTALECIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS NO NÍVEL LOCAL ENTRE AS SECRETARIAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E ÓRGÃOS FORMADORES NO SENTIDO DE AMPLIAR O DIÁLOGO, TROCA DE EXPERIÊNCIAS E INCLUSÕES DE TEMAS RELEVANTES PARA A POPULAÇÃO NOS CURRÍCULOS DAS ESCOLAS.
5. DESENVOLVER MECANISMOS QUE AMPLIEM A INTERLOCUÇÃO ENTRE AS DIFERENTES CATEGORIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS TRES ESFERAS DE GOVERNO ATRAVÉS DE UMA GESTÃO MAIS PARTICIPATIVA.
6. REVER O MODELO DE CONCURSO PÚBLICO COM VISTAS A CLASSIFICAR PROFISSIONAIS COM VOCAÇÃO, COMPETÊNCIA E HABILIDADE PARA O CARGO.
7. VALORIZAR A EQUIPE DE SAÚDE ATRAVÉS DA DEFINIÇÃO DE COMPETENCIAS E HABILIDADES DE CADA PROFISSIONAL.
8. VALORIZAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS E REGIONAIS ATRAVÉS DE REUNIÕES AMPLIADAS, ITINERANTES, REALIZADAS PELA MESA DIRETORA DO CMS VISANDO A CAPACITAÇÃO DAS REALIDADES LOCAIS E DO SUS RESSALTANDO O PAPEL DA POPULAÇÃO USUÁRIA NA GESTÃO SUS.

PROPOSTAS ÂMBITO ESTADUAL

GRUPO C – EIXO V

CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO TRABALHO E NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

9. EXIGIR DA MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, O IMEDIATO ENCAMINHAMENTO AOS ORGÃOS COMPETENTES DE IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA DO PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS ENTRE OS TRABALHADORES DO SUS, DE MODO A OBTERMOS UMA GESTÃO ÚNICA, ROMPENDO AS DISPARIDADES ENTRE AS TRES ESFERAS DE GOVERNO.
10. QUE OS ORGÃOS FORMADORES DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS VALORIZEM O CONTROLE SOCIAL ATRAVÉS DO APOIO NAS QUESTÕES DE INTERESSE DO CIDADÃO, SUBSIDIANDO A PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DO SUS, ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO DE LIDERANÇAS E DE ATUAÇÃO POLITICA.
11. DESENVOLVER MECANISMOS QUE AMPLIEM A INTERLOCUÇÃO ENTRE AS DIFERENTES CATEGORIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS TRES ESFERAS DE GOVERNO ATRAVÉS DE UMA GESTÃO MAIS PARTICIPATIVA.
12. REVER O MODELO DE CONCURSO PÚBLICO COM VISTAS A CLASSIFICAR PROFISSIONAIS COM VOCAÇÃO, COMPETÊNCIA E HABILIDADE PARA O CARGO.
13. VALORIZAR A EQUIPE DE SAÚDE ATRAVÉS DA DEFINIÇÃO DE COMPETENCIAS E HABILIDADES DE CADA PROFISSIONAL.

PROPOSTAS ÂMBITO NACIONAL

GRUPO C – EIXO V

CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO TRABALHO E NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. EXIGIR DA MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, O IMEDIATO ENCAMINHAMENTO AOS ORGÃOS COMPETENTES DE IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA DO PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS ENTRE OS TRABALHADORES DO SUS, DE MODO A OBTERMOS UMA GESTÃO ÚNICA, ROMPENDO AS DISPARIDADES ENTRE AS TRES ESFERAS DE GOVERNO.
2. QUE OS ORGÃOS FORMADORES DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS VALORIZEM O CONTROLE SOCIAL ATRAVÉS DO APOIO NAS QUESTÕES DE INTERESSE DO CIDADÃO, SUBSIDIANDO A PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DO SUS, ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO DE LIDERANÇAS E DE ATUAÇÃO POLITICA.
3. DESENVOLVER MECANISMOS QUE AMPLIEM A INTERLOCUÇÃO ENTRE AS DIFERENTES CATEGORIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS TRES ESFERAS DE GOVERNO ATRAVÉS DE UMA GESTÃO MAIS PARTICIPATIVA.
4. REVER O MODELO DE CONCURSO PÚBLICO COM VISTAS A CLASSIFICAR PROFISSIONAIS COM VOCAÇÃO, COMPETÊNCIA E HABILIDADE PARA O CARGO.
5. VALORIZAR A EQUIPE DE SAÚDE ATRAVÉS DA DEFINIÇÃO DE COMPETENCIAS E HABILIDADES DE CADA PROFISSIONAL.