



CÓD: OP-043NV-23
7908403545025

OSASCO-SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO - SÃO PAULO

Agente Comunitário de Saúde

PROCESSO SELETIVO Nº 002/2023

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de diversos tipos de textos (literários e não literários)	5
2. Sinônimos e antônimos.	5
3. Sentido próprio e figurado das palavras.	5
4. Pontuação	6
5. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem.	10
6. Concordância verbal e nominal.	16
7. Regência verbal e nominal.	18
8. Colocação pronominal.	19
9. Crase.	20

Matemática

1. Resolução de situações-problema, envolvendo: adição, subtração, multiplicação, divisão, potenciação ou radiciação com números racionais, nas suas representações fracionária ou decimal	27
2. Mínimo múltiplo comum; Máximo divisor comum;	33
3. Porcentagem	36
4. Razão e proporção	37
5. Regra de três simples ou composta	39
6. Equações do 1º ou do 2º grau	40
7. Sistema de equações do 1º grau	44
8. Grandezas e medidas – quantidade, tempo, comprimento, superfície, capacidade e massa	46
9. Relação entre grandezas – tabela ou gráfico	48
10. Tratamento da informação – média aritmética simples;	50
11. Noções de Geometria – forma, ângulos, área, perímetro, volume	52
12. Teoremas de Pitágoras ou de Tales	63
13. Teoremas de Pitágoras ou de Tales	65

Conhecimentos Específicos ***Agente Comunitário de Saúde***

1. O Agente Comunitário de Saúde: Lei nº 11.350 de 05/10/2006, e atualizações até a Lei nº 14.536/2023	67
2. Conceito e estratégias de promoção de saúde	72
3. Conceito de comunidade	85
4. controle social	91
5. Ferramentas de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entrevista e visita domiciliar	93
6. Cadastramento familiar e territorial: finalidade e instrumentos	107
7. Conceito de territorialização, de microárea e área de abrangência	110
8. Conceito de acolhimento	116

ÍNDICE

9. Conceito de intersectorialidade.....	129
10. Medidas de saneamento básico	135
11. Construção de diagnóstico de saúde da comunidade	139
12. O Agente Comunitário de Saúde e o acompanhamento da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso	144
13. Pessoas portadoras de necessidades especiais; abordagem; medidas facilitadoras de inclusão social e direito legais.....	211
14. Calendário de vacinação do Estado de São Paulo.....	215
15. O papel do Agente Comunitário de Saúde nas ações de controle das arboviroses	225
16. Estatuto da Criança e do Adolescente	237
17. Estatuto do idoso	274
18. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde	285
19. Lei Orgânica da Saúde.....	292
20. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017 (Política Nacional da Atenção Básica) – princípios, diretrizes processos de trabalho	300
21. Educação popular em saúde e noções de educação em saúde com coletividades	328
22. Estratégia Saúde da Família	342
23. Noções de ética e cidadania	350
24. Noções de biossegurança	363

tas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como: 1- consulta ou procedimento imediato;

1. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;
2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;
3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;
4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e
5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII - Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII - Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX - Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI - Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de

cionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6. DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I - Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III - Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV - Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V - Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I - Recurso per capita:

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

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

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

1. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o número de equipe de Saúde Bucal (eSB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

1. O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

1. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

pervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

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

II - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e <->- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2-Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;- realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo, acompanhado do anexo referido no item I e documentação necessária a depender do motivo da suspensão.

Parágrafo único: as orientações sobre a documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E NOÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM COLETIVIDADES

Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS)

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se configura como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde instituiu, no ano de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema.

A PNEPS tem como finalidade transformar as práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

Trabalhando educação em saúde na comunidade

Como trabalhar educação em saúde na comunidade.

As ações educativas fazem parte do seu dia a dia e têm como objetivo final contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O desenvolvimento de ações educativas em saúde pode abranger muitos temas em atividades amplas e complexas, o que não significa que são ações difíceis de serem desenvolvidas.

Ocorre por meio do exercício do diálogo e do saber escutar.

Segundo o educador Paulo Freire (1996), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.

O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde.

Educar é um processo de construção permanente.

As ações educativas têm início nas visitas domiciliares, mas podem ser realizadas em grupo, sendo desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade. O trabalho em grupo reforça a ação educativa aos indivíduos.

A ação educativa é de responsabilidade de toda a equipe.

Existem diferentes metodologias para se trabalhar com grupos.

Você e sua equipe devem avaliar a que melhor se adapte às suas disponibilidades e dos demais membros da equipe, de tempo e de espaço, assim como as características e as necessidades do grupo em questão. A linguagem deve ser sempre acessível, simples e precisa.

“Atividades educativas são momentos de encontro e nesses encontros não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.” Paulo Freire.

“As mudanças no sentido de ter, manter e reivindicar por saúde ocorre quando o indivíduo, os grupos populares e a equipe de saúde participam. A discussão, a reflexão crítica, a partir de um dado conhecimento sobre saúde/doença, suas causas e consequências, permitem que se chegue a uma concepção mais elaborada acerca do que determina a existência de uma doença e como resolver os problemas para modificar aquela realidade”.

Os Problemas e Desafios

Muitos daqueles que trabalham na área da Educação encontram dificuldades no seu dia-a-dia, como:

- Recomendação de práticas diferentes por instituições diferentes e relacionadas a uma mesma ação que se espera da população.
- Recomendação de práticas com barreiras socioeconômicas ou culturais que dificultam e/ou restringem a sua execução.
- Despreocupação com o universo conceitual da população, achando que tudo depende da transmissão do conhecimento técnico.

Cabe a nós propiciar condições para que o processo educativo aconteça e, para isso, devemos ter muito claro o que entendemos por educação.

Uma maneira de perceber se uma atividade educativa está de acordo com uma proposta de educação transformadora é descobrir qual a sua utilidade. Analisando as atividades de Educação em Saúde desenvolvidas nos serviços de saúde, na escola, na comunidade.

“A partir de Algumas das características do processo de educação, partimos da admissão de que existe dois saberes: o saber técnico e o saber popular, distintos, mas não essencialmente opostos, e que a educação, como processo social, exigirá o confronto e a superação desses dois saberes”.

“Em seu dia-a-dia, a população desenvolve um saber popular que chega a ser considerável. Embora a este saber falte uma sistematização coletiva, nem por isso é destituído de validade e importância. Não pode, pois, ser confundido com ignorância e desprezado como mera superstição. Ele é o ponto de partida e sua transformação, mediante o apoio do saber técnico-científico, pode constituir-se num processo educativo sobre o qual se assentará uma organização eficaz da população, para a defesa dos seus interesses.”

“O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, impor-se a ele. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, relação horizontal, bidirecional, democrática. Diálogo entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada.”

“O conteúdo educativo deste processo de encontro e confronto não será, portanto, predeterminado pelo pólo técnico. O confronto dar-se-á num processo de produção em que o conteúdo é o próprio saber popular que se transforma com a ajuda do saber técnico, enquanto instrumento do próprio processo.”

“A ação educativa não implica somente na transformação do saber, mas também na transformação dos sujeitos do processo, tanto dos técnicos quanto da população. O saber de transformação só pode produzir-se quando ambos os pólos da relação dialógica também se transformam no processo.”

Cumprido, finalmente, lembrar que um processo educativo como o que se esboça acima supõe, também, por parte dos técnicos que dele participam competência técnica, no mais amplo sentido da palavra, o que significa conhecimento não apenas dos aspectos mera-

mente tecnológicos, mas também conhecimento das estruturas e processos econômicos e políticos da sociedade na qual se insere a sua prática social. “Portanto, boa vontade só não basta.”

Comunicação

O mundo globalizado de hoje, exige profissionais cada vez mais capacitados, principalmente, do ponto de vista tecnológico, exigindo atributos e conhecimentos dos trabalhadores para responder às demandas impostas pelas mudanças sociais e econômicas. Nesse contexto as interações pessoais acabam por assumir uma condição inferior. Estamos vivendo num mundo de poucas palavras, onde a imagem predomina, em uma cultura onde a razão se sobrepõe à emoção. A cada dia, visualizamos a valorização do ter e a deificação do ser.

Englobado por essas reformulações econômicas, sociais e políticas, o setor saúde sofre os impactos dos ajustes macroestruturais de busca da produtividade, tecnologia e qualidade dos serviços, exigindo novos atributos de qualificação dos profissionais de saúde. É a partir dessa premissa, e diante da nossa realidade enquanto atores do cenário do cuidado físico e mental, que reforçamos a importância de que seja discutido, entre os diversos profissionais de saúde ligados diretamente à assistência ao cliente, e aqui destacamos o enfermeiro, o cuidado emocional, resultando na busca do bem estar e qualidade de vida do cliente.

Nessa realidade o enfermeiro deve buscar conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação que torne o cuidado de enfermagem mais humano. Pois, como agente de mudança, o enfermeiro de amanhã será diferente do de hoje, e o de hoje é diferente do de anos passados. Os novos horizontes da enfermagem exigem do profissional responsabilidade de elaboração de um cuidado holístico, devendo estar motivado para acompanhar os conhecimentos e para aplicá-los.

Uma das principais e mais comuns situações vivenciadas por enfermeiros é o cuidado prestado ao cliente submetido à internação hospitalar. Embora possa ser o cotidiano de milhares de enfermeiros, a experiência da internação hospitalar cria situações únicas de estresse não só para os clientes, mas também para suas famílias. Vários pesquisadores têm documentado a repercussão dos níveis de estresse, ansiedade e angústia na evolução e prognóstico de um cliente, bem como no âmbito familiar. Na perspectiva do cliente que necessita de internação hospitalar esse processo é permeado pelo medo do desconhecido, como a utilização de recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos, linguagem técnica e rebuscada, pela apreensão de estar em um ambiente estranho, e ainda pela preocupação com sua integridade física, em decorrência do processo patológico, motivo de sua internação hospitalar.

Assim, ao considerarmos o enfermeiro o profissional que permanece mais tempo ao lado do cliente, este deve ser o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual e emocional do cliente, conduzindo-o às melhores formas de enfrentamento do processo de hospitalização. Consideramos relevante realizar uma reflexão sobre as interfaces do cuidado emocional ao cliente hospitalizado de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, sob o prisma do processo de comunicação.

A comunicação e o cuidado emocional

O termo comunicar provém do latim *communicare* que significa colocar em comum. A partir da etimologia da palavra entendemos que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significa-

Destarte para uma melhor qualidade dos serviços de saúde é vital conhecer não só a visão do cliente, mas também da família de forma a estarmos sensíveis para oferecer um cuidado que atenda às expectativas do cliente e da família diminuindo a repercussão do estresse e ansiedade no processo de hospitalização.

Segundo Wright & Leahey “a enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem”.

A promoção do cuidado emocional tem alcançado resultados positivos na sobrevivência do cliente. McCorkle et al realizaram um estudo correlacionando os sintomas de estresse e as intervenções de cuidado do emocional. Os autores encontraram uma relação estatisticamente significativa entre os sintomas e as intervenções revelando que os clientes que morreram mais precocemente foram aqueles que receberam menos intervenções de cuidado emocional.

A partir dessas evidências ratificamos a importância do cuidado emocional para a recuperação e sobrevivência do cliente hospitalizado, todavia, não devemos nos esquecer em momento algum o cuidado técnico-científico. Na realidade, essas diferentes dimensões do cuidado devem caminhar juntas, se complementando harmonicamente.

Para prestarmos o cuidado emocional é necessário sermos bons ouvintes, expressando um olhar atencioso, tocando e confortando os nossos clientes, e recuperando sua autoestima.

Quanto aos efeitos comportamentais do tocar, olhar e do ouvir, estes apresentam contribuição essencial à segurança, proteção e autoestima de uma pessoa. Segundo Montagu, o tocar desenvolve ostensivas vantagens em termos de saúde física e mental. Tocar alguém com a intenção de que essa pessoa se sinta melhor, por si só já é terapêutico, portanto o ato de tocar alguém é confortável e faz parte do cuidado emocional.

Consideramos que o cuidado emocional ao cliente hospitalizado se faz de suma importância para a melhoria da qualidade de vida, não só do cliente, mas de sua família. Enfatizamos a importância da visita de enfermagem com uma abordagem sistematizada visando um atendimento holístico como uma oportunidade de promover o cuidado emocional. Essa sistematização do cuidado deve estar registrada, de forma a proporcionar uma comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde e a avaliação da eficácia do cuidado prestado ao cliente, contribuindo para um melhor nível assistencial.

Devemos enxergar o cliente hospitalizado como um ser complexo que possui necessidades no âmbito bio-psico-sócio-espiritual e emocional o qual se encontra fragilizado pela doença. Porém, essa pessoa ainda mantém a sua individualidade, e na maioria das vezes é capaz de decidir e/ou opinar sobre o cuidado a ser prestado. E os enfermeiros devem estar sensibilizados para perceber essa individualidade e as necessidades de cada um, facilitando assim seu processo de recuperação, diminuindo o tempo da internação e consequentemente os índices de infecção hospitalar.

Nessa perspectiva esperamos que esta reflexão seja mais um passo para a realização de muitas outras, além de estudos mais detalhados que contemplem o cuidado emocional em enfermagem aos diferentes tipos de clientes, contribuindo assim para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

A Educação em Saúde: Planejando nossa Ação

Objetivos

- Discutir e analisar o conceito de planejamento, com ênfase no planejamento participativo.
- Identificar a relação existente entre o processo educativo, a participação e o planejamento participativo.
- Identificar as principais etapas do planejamento.
- Identificar as fases do diagnóstico para a operacionalização das ações educativas.
- Refletir e decidir qual o papel da equipe e de cada profissional no desempenho de sua função educativa.

Planejamento

Fazer planos é uma atividade conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir. Mas foi com o desenvolvimento comercial e industrial, ocorrido com o capitalismo, que surgiu a preocupação de planejar as ações antes que elas ocorressem. Hoje, em todos os setores da atividade humana, fala-se muito em planejamento, com maior ênfase na área governamental. Atualmente ele é uma necessidade em todas as áreas de atuação. Quanto maior a complexidade dos problemas, maior é a necessidade de planejar as ações para garantir melhores resultados.

Planejar, definindo de forma simples e comum, é não improvisar. É compatibilizar um conjunto diversificado de ações, de maneira que sua operacionalização possibilite o alcance de um objetivo comum. É o processo de decidir o que fazer. É a escolha organizada dos melhores meios e maneiras de se alcançar os objetivos propostos. Planejar é preparar e organizar bem uma ação, decidir o que fazer e acompanhar a sua execução, reformular as decisões tomadas, redirecionar a sua execução, se necessário, e avaliar os resultados ao seu término. Acompanhar a execução das ações é importante para verificar se os objetivos pretendidos estão sendo alcançados ou não.

O processo de planejamento contempla pelo menos três momentos em permanente interação: preparação, acompanhamento e revisão crítica dos resultados, buscando-se sempre caminhos que facilitem a realização do que foi previsto. Se em todos os setores da atividade humana o planejamento se reveste da maior importância para prever melhor as ações e seus efeitos, a área da Educação em Saúde não pode fugir a esta premissa.

A Educação para a participação e o Planejamento Participativo

Existem várias formas de fazer planejamento. “Quando apenas as equipes de saúde pensam e decidem o que deve ser feito, isto é um planejamento centralizado. Ele é mais rápido e permite o controle pelo gestor de saúde, e atende às necessidades de natureza epidemiológica, mas, frequentemente não reflete as necessidades mais sentidas da população, e nem sempre permite a participação social no controle e fiscalização das ações.”

Outra forma é a do planejamento participativo, onde a população, junto com a equipe de saúde, discute seus problemas e encontra as soluções para as suas reais necessidades. Esta forma de planejar aproxima-se mais da proposta da educação para a participação nas ações de saúde.

Uma ação educativa problematizadora e participativa, numa perspectiva mudança, pressupõe que a população compartilhe de forma real de todos os passos da ação: planejamento, execução e avaliação. A população deverá participar “tomando parte” nas decisões, assumindo as responsabilidades que lhe cabem, compreendendo as ações de caráter técnicas realizadas ou indicadas.

A partir dessa análise e interpretação, a equipe e demais envolvidos podem estabelecer prioridades, no seu nível de resolatividade, para atenuar o problema da família e de outras com problemas semelhantes e, assim, contribuir para uma melhoria nas condições de saúde. Neste caso, o grupo responsável pela intervenção consegue identificar o ponto-chave do problema, encontrar estratégias de ação que viabilizam intervenções sucessivas e complementares, ao mesmo tempo em que permite um trabalho interinstitucional, com a participação dos profissionais de saúde, usuários e grupos interessados. Neste caso, pode haver confronto, conflito, pessimismo, otimismo, consenso, mas não imobilismo.

As ações educativas previstas são partes do processo de Ação - Análise - Reflexão - Decisão - Ação. Esta forma de interpretação define: múltiplas causas - de diferentes naturezas e com diferentes pesos, e vários efeitos - interdependentes.

Estabelecimento de Prioridades: É a última fase do diagnóstico. Neste momento, equipe de saúde, grupos e população interessada definem, entre os problemas identificados, aqueles que são passíveis de intervenção, no nível da organização de serviços, de socialização do conhecimento científico atual, da participação da população, em nível individual e/ou coletivo, que contribuirão para a melhoria da saúde da comunidade. A partir dessa decisão, o próximo passo é a elaboração do Plano de Ação, detalhando as atividades que deverão ser desenvolvidas, definindo: objetivos, população-alvo, recursos humanos, materiais e financeiros necessários, estratégias de execução e critérios de avaliação.

O acesso à informação em saúde

É fundamental para reduzir iniquidades e promover transformações sociais necessárias para a qualidade de vida e o bem-estar mais democrático das populações. O conceito ampliado de “saúde”, tão discutido nos debates que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), está intimamente relacionado à ideia de cidadania. E uma das bases essenciais ao exercício pleno da cidadania e do direito à saúde é o direito à comunicação e à informação.

Uma reportagem da Revista Radis, de fevereiro de 2006, dizia: “Se comunicação é troca de informações e sentidos, o estabelecimento de vínculos entre sujeitos diversos, comunicar em saúde não é apenas montar e oferecer bancos de dados. Também não é somente veicular peças publicitárias ou apelar à mídia para que divulgue o que há de bom no sistema (...)” Relacionar comunicação, informação e saúde no Brasil passa, por exemplo, pelo debate sobre o papel que a mídia tem ocupado na observação do SUS, havendo uma crítica por parte de profissionais de saúde quanto à recorrência de matérias voltadas para destacar as falhas do SUS, em detrimento da dimensão e importância do sistema como um todo para o país.

O campo da Comunicação, Informação e Saúde aponta para uma interface entre essas três dimensões, não se reduzindo a uma visão instrumental, ou seja, da comunicação e informação como um conjunto de ferramentas de transmissão de conteúdos a serviço da saúde, mas também como processos sociais de produção de sentidos, em espaços de lutas e negociações. A comunicação e a informação devem ser pensadas visando aperfeiçoar o sistema público de saúde e assegurar a participação dos cidadãos na construção das políticas públicas da área. Para isso, é fundamental pensá-las com base nos princípios e diretrizes do SUS (Araújo; Cardoso, 2007).

Os termos Informação, Educação e Comunicação em Saúde se articulam e permeiam as políticas de saúde. Inicialmente, precisamos conhecer cada uma dessas áreas para em seguida entendermos como elas se aplicam no SUS.

Informação

Ferreira (2008) define informação como “fatos conhecidos ou dados comunicados acerca de alguém ou algo; tudo aquilo que, por ter alguma característica distinta, pode ser ou é apreendido, assimilado ou armazenado pela percepção e pela mente humanas”.

Considerando que a Constituição Federal estabeleceu em seu art. 5º - Inciso XIV que, “é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional”; é direito da população receber informações e é responsabilidade do Estado e do Governo estabelecer um fluxo informativo e comunicativo com seus cidadãos BRASIL, 1988).

Educação

Segundo Freire (2013) a educação não deve ser uma mera transmissão de conhecimento, mas criar uma possibilidade do educando construir o seu próprio conhecimento baseado no conhecimento que ele traz de seu dia-a-dia.

Comunicação

Para Ferreira (2008), a comunicação é o processo de emissão, transmissão e recepção de mensagens por meio de métodos e/ou sistemas convencionados; a mensagem recebida por esses meios; a capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre pessoas.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem da Organização das Nações Unidas assegura que “a informação é unanimemente reconhecida como direito universal inviolável e inalienável do homem moderno correspondente a uma profunda necessidade de sua natureza racional”, ou seja, este direito deve ser respeitado especialmente pelos governos. Neste sentido, Torquato (2010, p. 128) defende que a comunicação deve ser vista pelos governos como fundamental na construção da cidadania.

Então como é entendida a comunicação?

A comunicação deve ser entendida como um dever da administração pública e um direito dos usuários e consumidores dos serviços. Sonegar tal dever e negar esse direito é um grave erro das entidades públicas. Os comunicadores precisam internalizar esse conceito, na crença de que a base da cidadania se assenta também no direito à informação (TORQUATO, 2010, p. 128).

É importante compreender que a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA; LÓPEZ, 1996). Portanto, trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

Segundo Fonseca (2011), a educação sanitária é uma prática educativa que induz um determinado público a adquirir hábitos que promovam a saúde e evite a doença e tem de ser um processo contínuo, permanente e construído na medida em que o indivíduo aprofunda seu conhecimento. O foco da educação sanitária deve

Informação, Educação e Comunicação em Saúde: Um Breve Histórico

A Informação, a Educação e a Comunicação, enquanto campos separados de ação em saúde têm, cada qual, sua história peculiar.

De acordo com Ilara Hammerli, com relação aos sistemas de informação em saúde no país, verificam-se diferentes enfoques e, por conseguinte, diferentes interesses, a serem instrumentalizados em momentos específicos. A estruturação dos sistemas traduz o modo como o Estado apreende a realidade, a registra e a traduz, na busca de respostas a determinados interesses e práticas institucionais.

A informação no contexto da saúde tem estado associada à organização de sistemas de dados com o objetivo de apoiar a tomada de decisões, para intervenção em uma dada realidade. Assim, o papel da informação em saúde tem sido entendido como subsídio a essa intervenção; no entanto ela deve contribuir para o entendimento de que a “realidade de saúde que traduz, deve influenciar decisões e modificar percepções”.

Até 1987, no âmbito do MS, os setores que trabalhavam com informação em saúde eram o Serviço de Planejamento de Informações, da Secretaria Geral, e o Serviço de Estudos Epidemiológicos, da Divisão Nacional de Epidemiologia da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS7.

Em agosto de 1987, através de Portaria 413 de 21 de agosto de 1987 (D.O. 24.08.87) o MS aprova novo Regimento Interno da Secretaria Geral que cria o Centro de Informações de Saúde (CIS), como unidade autônoma (art. 2º - 9). No art. 34, define entre outras competências do CIS, a de propor a formulação da Política de Informações e Informática do setor saúde. Na Portaria nº 415 de 24 de agosto de 1987 (D.O. 25.08.87) de aprovação do Regimento Interno da Secretaria Nacional de Ações Básicas, o Serviço de

Desenvolvimento de Sistemas de Informação fica sob a responsabilidade da Divisão Nacional de Estudos Epidemiológicos.

Após a reforma administrativa no setor saúde realizada em 1990, que transferiu do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS para o Ministério da Saúde a tutoria das questões relativas à assistência médica, hospitalar e ambulatorial, e extinguiu a FSESP e a SUCAM, criando como entidade sucessora a Fundação Nacional de Saúde - FNS, houve um redimensionamento da área de informação em saúde.

Foram instituídos, como consequência, o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, com a missão de informatizar o SUS, coletar e disseminar informações visando apoiar a gestão da saúde no país; e o Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI, com o objetivo de coletar e disseminar dados sobre mortalidade infantil, nascidos vivos, notificações e agravos de doenças. O DATASUS e o CENEPI fazem parte da FNS/MS, que congrega bancos de dados também ligados às Divisões de Saneamento e de Planejamento desta mesma entidade.

As ações de documentação foram conduzidas pelo Centro de Documentação do MS (Cf. Portaria nº 48 já citada) que incluía Biblioteca e Serviço de Intercâmbio Científico até a publicação da Portaria de nº 413 de 21 de agosto de 1987, já citada, quando, o Centro de Documentação - CD passou a conter as Divisões de Biblioteca - DIBIB; de Intercâmbio Científico - DINCI e de Editoração Técnica e Científica - DEDIC.

Quanto à educação em saúde, conforme consta nos documentos disponíveis no Ministério, verifica-se que suas ações eram desenvolvidas em nível nacional pela Divisão Nacional de Educação em – DNES e nos estados pelas Secretarias Estaduais de Saúde Em

1989, as Diretrizes de Ação Educativa em Saúde foram elaboradas com o objetivo de assegurar uma concepção metodológica de ação participativa em conformidade com os princípios do SUS.

Contudo, como resultado da reforma administrativa, ocorrida no MS em 1990, a DNES foi extinta, o que ocasionou uma ruptura das ações empreendidas nos estados, provocando uma desestruturação da área. A Coordenação de Educação em Saúde - COESA, vinculada à SAS, então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - SNAS, passou a ser o órgão de referência para as questões de educação em saúde no MS. Como estratégia para resgate das experiências existentes e avaliação das iniciativas na área, foi realizado o Seminário Internacional de Educação para a Saúde, em Brasília-DF, que reuniu consultores do Brasil, Colômbia, Argentina, México e Estados Unidos.

A Coordenação de Educação em Saúde - COESA, na ocasião, elaborou um documento - Plano Estratégico de Educação para a Saúde - com as diretrizes gerais de uma concepção de educação em saúde, baseada nas práticas educativas do setor, e que apontava os seguintes entraves:

- verticalidade das ações;
- descontinuidade dos programas;
- predominância do enfoque biologista e mecanicista;
- desarticulação dos saberes (técnico e popular);
- redução da ação educativa à veiculação de campanhas publicitárias e massificação de informações sem criar mecanismos de retorno;
- projetos e programas de saúde organizados à margem da população e sem a sua participação;
- ausência de uma unidade conceitual, configurando “equivocos em torno dos conceitos de informação, promoção, comunicação, divulgação, os quais são geralmente assimilados como educação”

Este diagnóstico forneceu subsídios para uma proposta pedagógica de Educação para Participação em Saúde, tendo como instrumento metodológico a Didática de Apropriação do Conhecimento 10 que concebe a educação como processo, privilegia a relação dialógica entre os saberes popular e científico, fundamenta-se na ação-reflexão-ação, possibilita a participação e a organização das comunidades, e oportuniza o compromisso dos indivíduos com o desenvolvimento.

A operacionalização deste modelo pedagógico, iniciada pela COESA nos anos de 1991 e 1992, por meio da realização de oficinas de trabalho para a formação de multiplicadores na DACO, teve o objetivo de compor um núcleo difusor da concepção da Educação para a Participação em Saúde.

Com a extinção da COESA, em 1992, verificou-se uma nova ruptura nas ações de educação em saúde no MS, que passou a não mais dispor, na sua estrutura administrativo-organizacional, de um espaço para a continuidade deste trabalho e, sobretudo, de técnicos e recursos específicos para estas atividades. As dificuldades que se seguiram resultaram da ausência de um setor de referência e contra-referência técnico-científico, bem como de uma política nacional na área, que garantisse suporte às demandas do SUS. Apesar disto, alguns setores e autarquias vinculadas ao MS continuaram desenvolvendo ações de educação em saúde, a exemplo da Fundação Nacional de Saúde, que dispõe de um setor próprio, a Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação - COMED.

No que se refere à comunicação, registra-se uma associação da educação sanitária com as técnicas de propaganda, que era utilizada como instrumento de apoio às ações de combate aos vetores