



OP-017FV-20

Fundação Estatal de Saúde de Niterói

Agente Comunitário de Saúde

Língua Portuguesa

Interpretação de Textos verbais e não-verbais.....	01
Fala, escrita e níveis de linguagem.....	06
Variação Linguística.	06
Gêneros Textuais.	09
Implicitude e explicitude das informações.....	12
Ortografia.	13
Morfologia.....	16
Sintaxe.	29
Figuras de Linguagem.....	35
Pontuação.....	39

Conhecimentos Específicos

Agente Comunitário de Saúde

Construção histórica do trabalho do ACS;	01
Avaliação das áreas de risco ambiental e sanitário;	04
Noções de ética e cidadania;	10
Noções básicas de epidemiologia, meio ambiente e saneamento básico;	12
Atuação do ACS nas diversas fases da vida: saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;	21
Doenças transmissíveis e sexualmente transmissíveis;	29
Doenças transmitidas por vetores; Saúde Mental; Cadastramento familiar e Mapeamento; Diagnóstico comunitário;	31
Pessoas portadoras de necessidades especiais: abordagem, medidas facilitadoras de inclusão social e direitos legais;	42
Principais problemas de saúde da população e recursos existentes para o enfrentamento dos problemas;	45
Estatuto do Idoso;	48
Estatuto da Criança e do Adolescente;	50
Abordagem comunitária: mobilização e participação comunitária em saúde;	53
Atribuições do agente comunitário de saúde e legislação pertinente	55



LÍNGUA PORTUGUESA

INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS VERBAIS E NÃO-VERBAIS.

Leitura

A leitura é prática de interação social de linguagem. A leitura, como prática social, exige um leitor crítico que seja capaz de mobilizar seus conhecimentos prévios, quer linguísticos e textuais, quer de mundo, para preencher os vazios do texto, construindo novos significados. Esse leitor parte do já sabido/conhecido, mas, superando esse limite, incorpora, de forma reflexiva, novos significados a seu universo de conhecimento para melhor entender a realidade em que vive.

Compreensão

A compreensão de um texto é a análise e decodificação do que está realmente escrito nele, das frases e ideias ali presentes. A compreensão de texto significa decodificá-lo para entender o que foi dito. É a análise objetiva e a assimilação das palavras e ideias presentes no texto.

Para ler e entender um texto é necessário obter dois níveis de leitura: informativa e de reconhecimento.

Um texto para ser compreendido deve apresentar ideias seletas e organizadas, através dos parágrafos que é composto pela ideia central, argumentação/desenvolvimento e a conclusão do texto.

Quando se diz que uma pessoa tem a compreensão de algo, significa que é dotada do perfeito domínio intelectual sobre o assunto.

Para que haja a compreensão de algo, como um texto, por exemplo, é necessária a sua interpretação. Para isso, o indivíduo deve ser capaz de desvendar o significado das construções textuais, com o intuito de compreender o sentido do contexto de uma frase.

Assim, quando não há uma correta interpretação da mensagem, conseqüentemente não há a correta compreensão da mesma.

Interpretação

Interpretar é a ação ou efeito que estabelece uma relação de percepção da mensagem que se quer transmitir, seja ela simultânea ou consecutiva, entre duas pessoas ou entidades.

A importância dada às questões de interpretação de textos deve-se ao caráter interdisciplinar, o que equivale dizer que a competência de ler texto interfere decididamente no aprendizado em geral, já que boa parte do conhecimento mais importante nos chega por meio da linguagem escrita. A maior herança que a escola pode legar aos seus alunos é a competência de ler com autonomia, isto é, de extrair de um texto os seus significados.

Num texto, cada uma das partes está combinada com as outras, criando um todo que não é mero resultado da soma das partes, mas da sua articulação. Assim, a apreensão do significado global resulta de várias leituras acom-

panhadas de várias hipóteses interpretativas, levantadas a partir da compreensão de dados e informações inscritos no texto lido e do nosso conhecimento do mundo.

A interpretação do texto é o que podemos concluir sobre ele, depois de estabelecer conexões entre o que está escrito e a realidade. São as conclusões que podemos tirar com base nas ideias do autor. Essa análise ocorre de modo subjetivo, e são relacionadas com a dedução do leitor.

A interpretação de texto é o elemento-chave para o resultado acadêmico, eficiência na solução de exercícios e mesmo na compreensão de situações do dia-a-dia.

Além de uma leitura mais atenta e conhecimento prévio sobre o assunto, o elemento de fundamental importância para interpretar e compreender corretamente um texto é ter o domínio da língua.

E mesmo dominando a língua é muito importante ter um dicionário por perto. Isso porque ninguém conhece o significado de todas as palavras e é muito difícil interpretar um texto desconhecendo certos termos.

Dicas para uma boa interpretação de texto:

- Leia todo o texto pausadamente
- Releia o texto e marque todas as palavras que não sabe o significado
- Veja o significado de cada uma delas no dicionário e anote
- Separe os parágrafos do texto e releia um a um fazendo o seu resumo
- Elabore uma pergunta para cada parágrafo e responda
- Questione a forma usada para escrever
- Faça um novo texto com as suas palavras, mas siga as ideias do autor.

Lembre-se que para saber compreender e interpretar muito bem qualquer tipo de texto, é essencial que se leia muito. Quanto mais se lê, mais facilidade de interpretar se tem. E isso é fundamental em qualquer coisa que se faça, desde um concurso, vestibular, até a leitura de um anúncio na rua.

Resumindo:

	Compreensão	Interpretação
O que é	É a análise do que está escrito no texto, a compreensão das frases e ideias presentes.	É o que podemos concluir sobre o que está escrito no texto. É o modo como interpretamos o conteúdo.
Informação	A informação está presente no texto.	A informação está fora do texto, mas tem conexão com ele.
Análise	Trabalha com a objetividade, com as frases e palavras que estão escritas no texto.	Trabalha com a subjetividade, com o que você entendeu sobre o texto.

QUESTÕES

01. SP Parcerias - Analista Técnico - 2018 - FCC

Uma compreensão da História

Eu entendo a História num sentido sincrônico, isto é, em que tudo acontece simultaneamente. Por conseguinte, o que procura o romancista - ao menos é o que eu tento fazer - é esboçar um sentido para todo esse caos de fatos gravados na tela do tempo. Sei que esses fatos se deram em tempos distintos, mas procuro encontrar um fio comum entre eles. Não se trata de escapar do presente. Para mim, tudo o que aconteceu está a acontecer. E isto não é novo, já o afirmava o pensador italiano Benedetto Croce, ao escrever: "Toda a História é História contemporânea". Se tivesse que escolher um sinal que marcasse meu norte de vida, seria essa frase de Croce.

(SARAMAGO, José. *As palavras de Saramago*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 256)

José Saramago entende que sua função como romancista é

- A) estudar e imaginar a História em seus movimentos sincrônicos predominantes.
- B) ignorar a distinção entre os tempos históricos para mantê-los vivos em seu passado.
- C) buscar traçar uma linha contínua de sentido entre fatos dispersos em tempos distintos.
- D) fazer predominar o sentido do tempo em que se vive sobre o tempo em que se viveu.
- E) expressar as diferenças entre os tempos históricos de modo a valorizá-las em si mesmas.

02. Pref. de Chapecó – SC – Engenheiro de Trânsito – 2016 - IOBV

Por Jonas Valente*, especial para este blog.

A Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Crimes Cibernéticos da Câmara dos Deputados divulgou seu relatório final. Nele, apresenta proposta de diversos projetos de lei com a justificativa de combater delitos na rede. Mas o conteúdo dessas proposições é explosivo e pode mudar a Internet como a conhecemos hoje no Brasil, criando um ambiente de censura na web, ampliando a repressão ao acesso a filmes, séries e outros conteúdos não oficiais, retirando direitos dos internautas e transformando redes sociais e outros aplicativos em máquinas de vigilância.

Não é de hoje que o discurso da segurança na Internet é usado para tentar atacar o caráter livre, plural e diverso da Internet. Como há dificuldades de se apurar crimes na rede, as soluções buscam criminalizar o máximo possível e transformar a navegação em algo controlado, violando o princípio da presunção da inocência previsto na Constituição Federal.

No caso dos crimes contra a honra, a solução adotada pode ter um impacto trágico para o debate democrático nas redes sociais – atualmente tão importante quanto aquele realizado nas ruas e outros locais da vida off line. Além disso, as propostas mutilam o Marco Civil da Internet, lei aprovada depois de amplo debate na sociedade e que é referência internacional.

(*BLOG DO SAKAMOTO, L. 04/04/2016)

Após a leitura atenta do texto, analise as afirmações feitas:
I. O jornalista Jonas Valente está fazendo um elogio à visão equilibrada e vanguardista da Comissão Parlamentar que legisla sobre crimes cibernéticos na Câmara dos Deputados.

II. O Marco Civil da Internet é considerado um avanço em todos os sentidos, e a referida Comissão Parlamentar está querendo cercear o direito à plena execução deste marco.

III. Há o temor que o acesso a filmes, séries, informações em geral e o livre modo de se expressar venham a sofrer censura com a nova lei que pode ser aprovada na Câmara dos Deputados.

IV. A navegação na internet, como algo controlado, na visão do jornalista, está longe de se concretizar através das leis a serem votadas no Congresso Nacional.

V. Combater os crimes da internet com a censura, para o jornalista, está longe de ser uma estratégia correta, sendo mesmo perversa e manipuladora.

Assinale a opção que contém **todas** as alternativas corretas.

- A) I, II, III.
- B) II, III, IV.
- C) II, III, V.
- D) II, IV, V.

03. Pref. de São Gonçalo – RJ – Analista de Contabilidade – 2017 - BIO-RIO

Édipo-rei

Diante do palácio de Édipo. Um grupo de crianças está ajoelhado nos degraus da entrada. Cada um tem na mão um ramo de oliveira. De pé, no meio delas, está o sacerdote de Zeus.

(*Edipo-Rei, Sófocles, RS: L&PM, 2013*)

O texto é a parte introdutória de uma das maiores peças trágicas do teatro grego e exemplifica o modo descritivo de organização discursiva. O elemento abaixo que NÃO está presente nessa descrição é:

- A) a localização da cena descrita.
- B) a identificação dos personagens presentes.
- C) a distribuição espacial dos personagens.
- D) o processo descritivo das partes para o todo.
- E) a descrição de base visual.

04. MPE-RJ – Analista do Ministério Público - Processual – 2016 - FGV

Problemas Sociais Urbanos

Brasil escola

Dentre os problemas sociais urbanos, merece destaque a questão da segregação urbana, fruto da concentração de renda no espaço das cidades e da falta de planejamento público que vise à promoção de políticas de controle ao crescimento desordenado das cidades. A especulação imobiliária favorece o encarecimento dos locais mais próximos dos grandes centros, tornando-os inacessíveis à

grande massa populacional. Além disso, à medida que as cidades crescem, áreas que antes eram baratas e de fácil acesso tornam-se mais caras, o que contribui para que a grande maioria da população pobre busque por moradias em regiões ainda mais distantes.

Essas pessoas sofrem com as grandes distâncias dos locais de residência com os centros comerciais e os locais onde trabalham, uma vez que a esmagadora maioria dos habitantes que sofrem com esse processo são trabalhadores com baixos salários. Incluem-se a isso as precárias condições de transporte público e a péssima infraestrutura dessas zonas segregadas, que às vezes não contam com saneamento básico ou asfalto e apresentam elevados índices de violência.

A especulação imobiliária também acentua um problema cada vez maior no espaço das grandes, médias e até pequenas cidades: a questão dos lotes vagos. Esse problema acontece por dois principais motivos: 1) falta de poder aquisitivo da população que possui terrenos, mas que não possui condições de construir neles e 2) a espera pela valorização dos lotes para que esses se tornem mais caros para uma venda posterior. Esses lotes vagos geralmente apresentam problemas como o acúmulo de lixo, mato alto, e acabam tornando-se focos de doenças, como a dengue.

PENA, Rodolfo F. Alves. "Problemas socioambientais urbanos"; Brasil Escola. Disponível em <http://brasilecola.uol.com.br/brasil/problemas-ambientais-sociais-decorrentes-urbanizacao.htm>. Acesso em 14 de abril de 2016.

A estruturação do texto é feita do seguinte modo:

A) uma introdução definidora dos problemas sociais urbanos e um desenvolvimento com destaque de alguns problemas;
B) uma abordagem direta dos problemas com seleção e explicação de um deles, visto como o mais importante;

C) uma apresentação de caráter histórico seguida da explicitação de alguns problemas ligados às grandes cidades;

D) uma referência imediata a um dos problemas sociais urbanos, sua explicitação, seguida da citação de um segundo problema;

E) um destaque de um dos problemas urbanos, seguido de sua explicação histórica, motivo de crítica às atuais autoridades.

05. MPE-RJ – Técnico do Ministério Público - Administrativa – 2016 - FGV

O futuro da medicina

O avanço da tecnologia afetou as bases de boa parte das profissões. As vítimas se contam às dezenas e incluem músicos, jornalistas, carteiros etc. Um ofício relativamente poupado até aqui é o de médico. Até aqui. A crer no médico e "geek" Eric Topol, autor de "The Patient Will See You Now" (o paciente vai vê-lo agora), está no forno uma revolução da qual os médicos não escaparão, mas que terá impactos positivos para os pacientes.

Para Topol, o futuro está nos smartphones. O autor nos coloca a par de incríveis tecnologias, já disponíveis ou muito próximas disso, que terão grande impacto sobre a medicina. Já é possível, por exemplo, fotografar pintas

suspeitas e enviar as imagens a um algoritmo que as analisa e diz com mais precisão do que um dermatologista se a mancha é inofensiva ou se pode ser um câncer, o que exige medidas adicionais.

Está para chegar ao mercado um apetrecho que transforma o celular num verdadeiro laboratório de análises clínicas, realizando mais de 50 exames a uma fração do custo atual. Também é possível, adquirindo lentes que custam centavos, transformar o smartphone num supermicroscópio que permite fazer diagnósticos ainda mais sofisticados.

Tudo isso aliado à democratização do conhecimento, diz Topol, fará com que as pessoas administrem mais sua própria saúde, recorrendo ao médico em menor número de ocasiões e de preferência por via eletrônica. É o momento, assegura o autor, de ampliar a autonomia do paciente e abandonar o paternalismo que desde Hipócrates assombra a medicina.

Concordando com as linhas gerais do pensamento de Topol, mas acho que, como todo entusiasta da tecnologia, ele provavelmente exagera. Acho improvável, por exemplo, que os hospitais caminhem para uma rápida extinção. Dando algum desconto para as previsões, "The Patient..." é uma excelente leitura para os interessados nas transformações da medicina.

Folha de São Paulo online – Coluna Hélio Schwartzman – 17/01/2016.

Segundo o autor citado no texto, o futuro da medicina:

- A) encontra-se ameaçado pela alta tecnologia;
- B) deverá contar com o apoio positivo da tecnologia;
- C) levará à extinção da profissão de médico;
- D) independe completamente dos médicos;
- E) estará limitado aos meios eletrônicos.

RESPOSTAS

01	C
02	C
03	D
04	B
05	B

LINGUAGEM VERBAL E NÃO VERBAL

Chamamos de Linguagem a habilidade de expressar nossas ideias, sentimentos e opiniões. Trata-se de um fenômeno comunicativo. Usamos vários tipos de linguagens para comunicação: sinais, símbolos, sons, gestos e regras com sinais convencionais. A linguagem pode ser:

Verbal: usa as palavras para se comunicar.

Não verbal: usa outros meios de comunicação, que não sejam as palavras. Por exemplo: linguagem de sinais, placas e sinais de trânsito, linguagem corporal, figura, expressão facial, etc.

Linguagem verbal	Linguagem não verbal
bilhetes;	apitos;
cartas;	bandeiras;
conversas;	buzinas;
decretos;	cores;
diálogos;	desenhos;
e-mails;	expressões faciais;
entrevistas;	figuras;
filmes;	gestos;
jornais;	imagens;
literatura;	logotipos;
livros;	luzes;
ofícios;	pinturas;
poesias;	placas;
prosas;	posturas corporais;
reportagens;	semáforos;
revistas;	sinais de trânsito;
sites;	sinais;
telefonemas;	sirenes;
...	...

Existe também a **Linguagem mista**, que é o uso simultâneo dos dois tipos de linguagem para estabelecer a comunicação. Ela ocorre quando por exemplo dizemos que sim e ao mesmo tempo balançamos a cabeça. Está também presente em histórias em quadrinhos, em charges, em vídeo, etc.

A **Língua** é um instrumento de comunicação, que possui um caráter social: pertence a um conjunto de pessoas, que podem agir sobre ela. Cada pessoa pode optar por uma determinada forma de expressão. Porém, não se pode criar uma língua específica e querer que outros falantes entendam.

Língua é diferente de escrita. A escrita é um estágio posterior de uma língua. A língua falada é mais espontânea, acompanhada pelo tom de voz e algumas vezes por mímicas. A língua escrita é um sistema mais rígido, não conta com o jogo fisionômico, mímicas e o tom de voz. No Brasil, todos falam a língua portuguesa, mas existem usos diferentes da língua por diversos fatores. Dentre eles: Fatores Regionais, Fatores Culturais, Fatores Contextuais, Fatores Profissionais e Fatores Naturais.

A **Fala** é o uso oral da língua. Trata-se de um ato individual, onde cada um escolhe a forma que melhor se expressa. Assim, há vários níveis da fala. Devido ao caráter individual da fala, pode-se observar dois níveis:

- **Coloquial-Popular**: nível da fala mais espontâneo, onde não nos preocupamos em saber se falamos de acordo ou não com as regras formais.

- **Formal-Culto**: normalmente utilizado pelas pessoas em situações formais. É necessário um cuidado maior com o vocabulário e seguir as regras gramaticais da língua.

Vejam agora alguns exemplos de textos não verbais:



PROIBIDO FUMAR



Linguagem intencional: Toda vez que nos depararmos com um texto desprezioso ou seja sem nenhum objetivo podemos julgar que há algum tipo de pretensão. Para cada tipo de intenção existe uma forma distinta de linguagem. Por isso, uma declaração de amor é feita de jeito e uma entrevista de emprego de outra.

Não é difícil distinguir os tipos de linguagens, pois falada ou escrita, só pode ser verbal. Sempre que a comunicação precisar de uma estrutura gramatical adequada para ser entendida, ela será uma linguagem verbal.

QUESTÕES

01. Sobre as linguagens verbal e não verbal, estão corretas, exceto:

- a) a linguagem não verbal é composta por signos sonoros ou visuais, como placas, imagens, vídeos etc.
- b) a linguagem verbal diz respeito aos signos que são formados por palavras. Eles podem ser sinais visuais e sonoros.
- c) a linguagem verbal, por dispor de elementos linguísticos concretos, pode ser considerada superior à linguagem não verbal.
- d) linguagem verbal e não verbal são importantes, e o sucesso na comunicação depende delas, ou seja, quando um interlocutor recebe e compreende uma mensagem adequadamente.



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO TRABALHO DO ACS

No final da década de 1980, o movimento de reforma sanitária, ao lado de outras forças democráticas, conquistou importantes mudanças nas formas de intervenção estatal sobre as práticas e problemas de saúde. Produziu-se uma reformulação do modelo assistencial vigente, por meio da criação de um sistema sob comando único – o Sistema Único de Saúde (SUS), com as mesmas doutrinas e princípios adotados em todo o país. Tal sistema baseava-se na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social, bem como admitia a participação supletiva do setor privado. Esses princípios doutrinários, legitimados na Constituição de 1988, objetivavam reordenar os serviços e ações, por meio da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

Nessa proposta de reorganização dos serviços de saúde, a atenção primária corresponde às ações assistenciais de baixa complexidade, mas de alta frequência, que passaram a ser desenvolvidas em unidades básicas, tais como postos ou centros de saúde, considerados, a partir daí, como porta de entrada para um sistema de saúde hierarquizado segundo níveis de complexidade. Esse acontecimento desencadeou uma ampliação significativa da rede de serviços no nível primário, assumidos pelos municípios, o que gerou a necessidade de um incremento na formação de profissionais de saúde.

No Brasil, a ampliação dessa discussão em âmbito nacional, foi viabilizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1984 e, nos anos 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/1990), segundo a qual um dos objetivos e atribuições do SUS é a ordenação da formação dos trabalhadores do setor, com base em metodologias mais reflexivas, voltadas ao aprendizado no próprio exercício profissional.

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com as secretarias estaduais e municipais, institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), objetivando reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna, inicialmente no Nordeste do Brasil. Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) em substituição ao modelo tradicional, com a finalidade de apoiar uma prática com ações integrais na atenção básica vinculada à comunidade, ao invés da permanência na unidade de saúde aguardando as demandas e necessidades desta.

Com a criação do PSF, emergiu a categoria do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para atuar nas unidades básicas e ser o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Esse profissional inicialmente não tinha nem qualificação nem regulação profissional. Dada a importância de sua função no programa e em decorrência de seu papel estratégico no fortalecimento da atenção

básica enquanto política pública para a saúde, houve necessidade de capacitar esse profissional. No entanto, somente em 2002 a profissão foi criada em termos de lei, que em 2006 foi revogada para que ajustes pudessem ser feitos. A nova regulamentação ocorreu com a promulgação da Lei Nº 11.350.

Considerando os aspectos mencionados, observa-se que o ACS nasce num contexto sob acúmulo e influências sociais, ideológicas, políticas e técnicas, envolvendo demandas de ordem nacional e internacional. Na agenda brasileira, passa a ser visto como uma estratégia política possível para superar o modelo tradicional, e assinala, assim, perspectivas para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Observa-se hoje que o ACS desempenha papel relevante dentro da Equipe Saúde da Família (ESF), devido a suas atribuições que envolvem o cadastramento e o acompanhamento nas áreas de atenção básica, o que justifica o interesse dos autores em aprofundar-se neste tema.

Este artigo apresenta um estudo documental da história da formação profissionalizante no Brasil, especialmente no contexto da saúde, com uma análise da dinâmica desses processos no âmbito social e econômico, até a criação do Curso Técnico de Formação do Agente Comunitário em Saúde. A pergunta central desta pesquisa é: qual é o contexto histórico da formação dos ACSs no Brasil? Assim, este estudo teve como objetivo conhecer e descrever o processo histórico da formação dos ACSs à luz de análises de textos documentais relativos à formação técnica em saúde.

A formação profissionalizante no Brasil

O ensino profissionalizante não pode ser separado dos movimentos econômicos de cada período. Desde 1809, com a criação do Colégio das Fábricas, a profissionalização teve início e se manteve como concessão governamental às classes sociais pobres. Ao mesmo tempo em que qualificava trabalhadores para as atividades econômicas vigentes, a profissionalização era vista como solução para os problemas sociais, uma vez que se considerava que a instrução moralizava e ocupava o povo.

A partir dos anos 1930, com a aceleração da industrialização, tiveram início as políticas dessa modalidade de educação em escala maior e, na Era Vargas, surgiram ações governamentais voltadas à educação profissional, definidas nas Leis Orgânicas do Ensino Profissional.

No Brasil, a parceria entre governo, sindicatos e empresas desencadeou a criação, em 1942, do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial e, em 1946, do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, com o objetivo de formar os filhos de operários.

Tal como no Brasil, também na Argentina, México e Uruguai, com maior ou menor interferência pública, privada ou de trabalhadores, o ensino profissional e o ensino acadêmico foram historicamente tratados de modos distintos.

No campo da saúde, a partir dos anos 1930, época da criação do Ministério do Trabalho, com a industrialização e o aumento da cobertura previdenciária, cresceu a necessidade do mercado por profissionais de saúde, especialmente médicos. Como consequência, verificou-se a ampliação da oferta de cursos de medicina. Na época, devido ao crescimento econômico, a expansão dos cursos de ensino superior ocorreu em toda a América Latina. No entanto, o mesmo não sucedeu com o ensino médio. Técnicos e auxiliares não eram prioridade na agenda de formação e eram absorvidos pelo mercado de trabalho sem qualificação.

Até a promulgação da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Nº 4.024/61), não era permitida a equivalência entre o ensino regular e o profissionalizante, coerente com a lógica de que a educação profissional era dirigida sempre aos mais pobres, para que exercessem atividades servis, enquanto o ensino formal destinava-se à elite.

Em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi discutida a profissionalização de nível médio e apresentada uma proposta de preparação desses trabalhadores. Na 4ª CNS, em 1967, cujo tema central foi "Recursos Humanos para as Atividades de Saúde", propôs-se a formulação de uma política permanente de recursos humanos voltada ao ensino no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.

Nos anos 1960 e 1970, os investimentos públicos em hospitais privados decorreram do modelo de seguridade social estabelecido. O crescimento de serviços médicos e hospitalares, a ampliação de leitos e o foco nas doenças também aumentaram a compra de serviços médicos pelo Estado, com incremento de leitos hospitalares. Nessa época disparou o número de empregos no setor hospitalar privado.

Até os anos 1980 predominava a contratação de pessoal desqualificado para os serviços. Um estudo realizou uma análise da força de trabalho em saúde na década de 1970 e verificou que houve um aumento significativo de pessoas desqualificadas (em especial atendentes) que atuavam nas atividades hospitalares, passando de 32.137 para 85.541 o número desses profissionais sem qualificação.

A formação profissionalizante em saúde no Brasil

Nos anos 1950 havia a figura dos visitantes sanitários, instituída pelo Serviço Especial de Saúde Pública para desenvolver atividades na Amazônia. Na década de 1970, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste levava serviços básicos à população carente por meio de agentes de saúde. Também a Universidade de Brasília tinha estratégias similares para atuar junto às comunidades.

As visitadoras eram treinadas no serviço e na comunidade, e cabia a elas manter e limpar a unidade de saúde, desenvolver atividades educativas junto à população e fazer visitas domiciliares para tratar de problemas de higiene pessoal, saneamento e nutrição, com encaminhamento quando necessário.

Após a Conferência em Alma-Ata, em 1979, foram desenvolvidos no Brasil alguns projetos e estratégias isolados voltados ao atendimento de indivíduos e famílias, incluindo atuações no Vale do Ribeira, em São Paulo; ações da Igreja Católica, em 1983, dirigidas ao atendimento e educação familiar para o cuidado dos filhos; a Casa Amarela, em Recife; e a experiência bem-sucedida do Estado do Ceará, em 1987, que contou com a ajuda de agentes de saúde para combater as doenças da infância nos bolsões periféricos da Grande Fortaleza.

Tampouco nos hospitais e postos de saúde públicos havia qualquer exigência de formação para o atendente de enfermagem. Somente com a promulgação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, em 1986, fruto de uma longa luta política da enfermagem junto a órgãos centrais como MEC e MS, é que ficou estabelecido o prazo de dez anos para a extinção da categoria.

Nos anos 1990, por pressão de organismos internacionais e pela força da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, foram iniciados cursos de formação profissionalizante pelos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CEDRHU) das Secretarias Estaduais de Saúde (SESS). Também em decorrência das determinações legais para o ensino profissionalizante, exigia-se matrícula em escola de ensino médio, fator que dificultou a permanência de muitos profissionais nos cursos. Em seguida, surgiu o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Saúde.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a década de 1990 registrou uma contradição: no mesmo período ocorreu incorporação dos agentes comunitários sem escolaridade nas políticas de governo, como o PACS, e implantação de programas nacionais de formação com exigência de escolaridade para os profissionais de enfermagem em geral.

Foram criados os Centros de Formação de Recursos Humanos em Saúde e as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, vinculadas às SES, com o intuito de promover a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços sem a devida qualificação.

O MS, em 2000, criou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, que foi oferecido para 225 mil trabalhadores cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

A história do surgimento dos agentes comunitários de saúde

O reconhecimento da interferência positiva do agente comunitário na Pastoral da Criança da Igreja Católica levou o MS a incorporar essa atividade aos serviços de saúde. Assim, foi oficialmente criada a atividade de ACS em um programa específico, em 1991. Os ACSs não constituíam uma categoria definida, não tinham escolaridade definida e não faziam parte da equipe de saúde, apesar de terem supervisão dos enfermeiros. A finalidade desses profissionais era a de serem educadores permanentes e elos entre os serviços de saúde e a comunidade.

A década de 1990 foi decisiva para a categoria dos ACSs. Em 1994 foi criado o PSF, com o propósito de reorganizar o modelo de atenção básica no país. Em 1997 foi estabelecida a base legal para a profissão de ACS, com a publicação de um documento normativo contendo suas atribuições básicas. Em 1999 foram definidas as diretrizes para o exercício das atividades. Após 11 anos de atuação, em 2002 foi oficialmente criada a profissão de ACS e, em 2006, foi editada uma medida provisória que regulamentou suas atividades.

A formação dos agentes comunitários de saúde

A Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, estabeleceu as bases nacionais da educação no Brasil: a Lei de Diretrizes e Bases (LDB). Posteriormente, a Resolução Nº 4 do Conselho de Educação, de dezembro de 1999, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico para 20 áreas, entre elas a da saúde, com previsão de cursos de formação com carga horária mínima de 1.200 horas. A resolução definiu competências gerais a serem alcançadas pelos técnicos de saúde em geral, permitindo complementação de currículo pelas escolas formadoras. Assim, para acompanhar as reformulações no setor da educação e para provocar impacto sobre a realidade, o MS definiu as estratégias para formação dos ACSs.

Nesse contexto, os cursos precisariam ser organizados para desenvolver competências de modo a habilitar o profissional para o reconhecimento da realidade social e suas necessidades, tendo como base uma construção compartilhada, estimulando a reflexão do saber, saber ser e saber fazer.

Para a operacionalização do SUS são necessárias mudanças significativas no relacionamento entre os trabalhadores de saúde e a população usuária, na organização dos serviços e no perfil de assistência à saúde. Sendo assim, a capacitação de recursos humanos é questão essencial para a política de saúde em seus macro e microníveis.

Em 2003, o MS aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, apresentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com o propósito de capacitar os trabalhadores da saúde. Em 2004, por meio de portaria, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, para viabilizar a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor.

Essa nova política deu visibilidade aos recursos humanos na agenda dos gestores e rompeu com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados, favorecendo transformações como a democratização institucional, o uso de metodologias participativas para discutir a realidade, o enfrentamento criativo das situações de trabalho e o trabalho em equipes matriciais. Valendo-se do cenário favorável das políticas públicas, em 2004 foi desenvolvido o curso de Formação do Técnico Agente Comunitário de Saúde. Essa estratégia objetivava investir na adequação da escolaridade e na

definição do perfil profissional, favorecendo a autonomia intelectual de forma a incorporar, definitivamente, o ACS no quadro dos trabalhadores da saúde.

O MS estruturou o curso técnico do ACS em três etapas sequenciais, totalizando carga horária mínima de 1.200 horas, assim distribuídas: Etapa I – 400 horas, sem exigência de escolaridade, com o objetivo de desenvolver o perfil social do Técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS; Etapa II – 600 horas, qualificação profissional de nível técnico, exigindo conclusão do Ensino Fundamental e voltada à promoção da saúde e a prevenção de doenças, dirigida a indivíduos e grupos específicos e às doenças prevalentes; Etapa III – 200 horas, habilitação técnica, exigindo a conclusão do ensino médio e com a finalidade de consolidar os temas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.

O curso de formação como um todo foi baseado no ensino por competências, conforme recomendações da LDB e da Resolução Nº04/99 da Câmara de Educação Básica. As competências profissionais do curso reuniam três dimensões do saber que se expressam em habilidades (saber-fazer), conhecimentos (saber-conhecer) e atitudes (saber-ser). Dessa forma, foram contempladas seis competências esperadas do ACS, distribuídas em três eixos estruturantes e integradores de atuação desse profissional. Todo o processo formativo foi pautado na promoção da saúde e prevenção dos agravos e cada competência teria de expressar uma dimensão da realidade de trabalho desse profissional relacionada às demais competências, favorecendo uma formação abrangente.

Coube às instituições formadoras nos estados a elaboração de suas propostas pedagógicas com informações acerca dos planos de curso, de execução e de capacitação pedagógica para docentes, além de planilha de custos e cronograma de desembolso. Às instituições formadoras foi recomendado que privilegiassem pedagogias e processos de aprendizagem que permitissem ao ACS, emergido de sua comunidade, o aperfeiçoamento de habilidades e o desenvolvimento de competências que lhe permitissem lidar com a complexidade envolvida nas relações humanas. Isso possibilitaria ao ACS consolidar sua função de vincular os serviços à população.

Até o início de 2007, somente a etapa formativa I estava aprovada, com financiamento pelo MS. As demais etapas ainda dependiam de aprovação e de garantia de financiamento pelos estados e municípios.

A etapa formativa I tinha custo de R\$ 750,00 por indivíduo formado. Até 2006, havia 178.383 ACS em formação, com investimento total de R\$ 124.327.230,00. Com exceção do Distrito Federal, Pará e Rio Grande do Sul, todos os estados haviam apresentado projetos e 19 receberam o financiamento (Acre, Alagoas, Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Roraima, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins).

No mesmo ano, 40.535 ACS já haviam concluído a etapa formativa I e 57.402 se achavam em processo de formação. Era esperado que 66.443 agentes comunitários iniciassem seu processo de formação no primeiro semestre de 2007.

No período de 1986 a 2006, a formação dos ACSs não fugiu à regra, ao atender as necessidades políticas e econômicas de cada momento histórico. As mudanças observadas na formação profissional, com investimentos maciços na formação, precisam modificar o mercado de trabalho, que, como cenário de importantes mudanças a partir dos anos 1980 e mais profundamente na década subsequente, apresenta tendências de desregulamentação dos contratos no setor produtivo.

Nos serviços em geral, e em especial no setor saúde, verificou-se uma deterioração das relações de trabalho, quanto aos contratos e vínculos, sentida nas frágeis contratações desses agentes, no decorrer da expansão da ESF. Há, no entanto, um esforço das políticas públicas para corrigir as distorções e reduzir consequências negativas.

No campo da formação, como aspecto inovador, diferindo dos processos de capacitação anteriormente propostos pelo MS, a proposta de formação dos ACSs permitiu maior participação das Escolas Técnicas do SUS em todo o processo de elaboração do curso e na discussão acerca do profissional que se deseja formar. Tal fato desencadeou grande mobilização de todos os envolvidos, no tocante à participação nas articulações e decisões políticas da formação em saúde.

Sob o ponto de vista da política pública, o MS cumpriu seu papel como formulador e financiador de políticas de formação, uma vez que somente com vontade política e viabilização dos recursos tornou-se possível oferecer formação a mais de 100 mil agentes comunitários em período inferior a três anos. Sabidamente, os esforços em formar e qualificar os ACSs são proporcionais às expectativas de melhorias na qualidade da atenção à saúde da comunidade. Portanto, mostra-se importante o desenvolvimento de estudos que avaliem tais resultados.¹

AVALIAÇÃO DAS ÁREAS DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO

A crise ambiental global tem obrigado todos os setores da sociedade a rever conceitos e valores, explicitando conflitos de interesse e evidenciado a insustentabilidade do modelo de desenvolvimento. A crise ambiental também é uma crise de conhecimento. O saber ambiental é, como uma alternativa à crise, o reconhecimento da complexidade que envolve as relações entre sociedade e ambiente.

São evidentes os sinais de deterioração do ambiente na escala planetária. A destruição de ecossistemas, a contaminação crescente da atmosfera, solo e água, bem como o aquecimento global são exemplos dos impactos das atividades humanas sobre o ambiente. Esses problemas são exacerbados em situações locais em que se acumulam fon-

¹ Fonte: scielo.br

tes de riscos advindas de processos produtivos passados ou presentes, como a disposição inadequada de resíduos industriais, a contaminação de mananciais de água e as más condições de trabalho e moradia. Não raro esses problemas interagem sobre grupos populacionais vulneráveis. É comum citar a coexistência dos efeitos da industrialização e urbanização com a permanência de problemas seculares como a falta de saneamento na descrição dos problemas ambientais brasileiros. Essa conjunção de fatores torna o Brasil, e alguns outros países em desenvolvimento, singulares na configuração dos riscos à saúde advindos de condições ambientais adversas. Por outro lado, impõe a necessidade de estudar e intervir sobre novos problemas, bem como abordar velhos problemas segundo uma nova perspectiva integradora.

O setor saúde tem sido instado a participar mais ativamente desse debate, seja pela sua atuação tradicional no cuidado de pessoas e populações atingidas pelos riscos ambientais (como as intoxicações por produtos químicos, os acidentes de trânsito, as doenças transmitidas por vetores) seja pela valorização das ações de prevenção e promoção de saúde. Essa tendência tem apontado a necessidade de superação do modelo de vigilância à saúde baseado em agravos e a incorporação da temática ambiental nas práticas de saúde pública.

Nesse sentido, foi realizada uma revisão do objeto e conceitos da vigilância ambiental em saúde, bem como identificados os desafios para a sua implantação no Sistema Único de Saúde (SUS).

Exposição como objeto da vigilância ambiental em saúde

Apesar de frequentemente utilizado na epidemiologia, o conceito de exposição é tratado de forma vaga pela maioria dos textos básicos da disciplina. Operacionalmente, a exposição pode ser definida como a relação entre o ambiente (o externo) e o indivíduo (o interno), bem como sua capacidade de reagir a condições adversas. O esquema de análise que relaciona fatores de risco e efeitos sobre a saúde, realizado por meio de medidas de associação entre pares de variáveis coletadas no nível individual, sem dúvida contribuiu para a comprovação de hipóteses causais sobre os danos à saúde de diversas substâncias químicas. Esses esquemas são baseados na separação de subpopulações expostas e não-expostas a esses fatores de risco. Dentre as críticas a esse modelo de análise destacam-se a desconsideração de possíveis gradações e ações sinérgicas entre formas de exposição, que pode conduzir os resultados a uma falsa inversão na tendência e magnitude dos riscos. A estratégia de dicotomização da exposição empobrece os estudos sobre a relação entre condições de saúde e ambiente. A ideia de “exposição zero” a substâncias químicas é uma meta dos programas de vigilância ambiental e ocupacional que não encontra factibilidade devido ao espalhamento global de substâncias, tanto naturais como industriais. Em diversos outros casos, como o aquecimento global, deve-se considerar todos como expostos por falta de dados de comparação.