

Análise a respeito do PL 6437/2016, considerando as alterações realizadas no relatório do Deputado Valtenir Pereira.

Considerando as alterações feitas ao Projeto de Lei 6437/2016 no documento apresentado pelo seu relator, Deputado Federal Valtenir Pereira, apresentamos neste adendo novas considerações que se somam ao parecer inicialmente produzido pela Fundação Oswaldo Cruz sobre a primeira versão do PL em questão.

Primeiramente, deve-se observar que o documento produzido pelo relator do PL 6437/2016 não considerou as discussões realizadas em todas as audiências públicas previstas para serem realizadas nos estados, pois este foi concluído antes da realização das audiências públicas em Santa Catarina (19/05) e em Manaus (12/05).

Além disto, não foram consideradas as sugestões feitas pelos representantes da Fiocruz nas audiências em que esta instituição pôde se fazer representar e nos documentos compartilhados com membros da Comissão Especial do referido PL e publicados no site da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz.

Destarte, reiteramos as objeções apresentadas no parecer que elaboramos a respeito do PL 6437/2016 e acrescentamos as anotações que se seguem.

1) Observamos a manutenção da apresentação das atividades dos ACS como uma listagem classificada agora em atividades privativas, típicas, assistidas, compartilhadas e integradas. Reiteramos a necessidade de organização dessas atividades em âmbitos de atuação, conforme proposta apresentada no parecer anteriormente elaborado pela Fiocruz sobre a primeira versão do PL 6437/2016.

2) No **artigo 1º** do documento do relator, lê-se:

“É obrigatória a presença dos Agentes Comunitários de Saúde na estrutura de atenção básica de saúde e dos Agentes de Combate às Endemias na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental”

A esse respeito, preocupa-nos a referência à estrutura de atenção básica e de vigilância e, não, às unidades e serviços de saúde ou, mais especificamente, às equipes de saúde da família, pois é isto que se quer garantir: a obrigatoriedade da presença dos ACS e a integração dos ACE nessas equipes.

Proposta – substituição e acréscimo:

“É obrigatória a presença dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes de saúde da família, observando o número necessário de ACS para a cobertura de 100% da população adscrita, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de saúde da família e a presença dos Agentes de Combate às Endemias nessas mesmas equipes de saúde da família, de forma que seu trabalho se desenvolva articulando a vigilância em saúde aos princípios e objetivos da atenção à saúde, no mesmo território”

3) No **artigo 2º, parágrafo 1º** do documento do relator permanece a mesma concepção limitada da educação popular em saúde presente na primeira versão do PL 6437/2016, referida como “práticas político-pedagógicas”. Esta perspectiva não condiz com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS 2012) e com a complexa atuação dos ACS no trabalho de prevenção e promoção da saúde. A educação popular em saúde constitui-se antes como perspectiva teórica que deve fundamentar o trabalho do ACS no âmbito da mobilização social e do cuidado em saúde, a partir da educação de base crítica e do estímulo à cidadania participativa, visando à superação das desigualdades sociais. Assim, com base na Política Nacional de Educação Popular, propomos a substituição do texto do § 1º do artigo 2º do PL 6437/2016.

Proposta: Substituição do texto do **parágrafo 1º do artigo 2º** do documento do relator pela seguinte redação:

Para fins desta Lei, entende-se por educação popular como a “perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. A cultura popular é valorizada pelo respeito às iniciativas, ideias, sentimentos e interesses de todas as pessoas, bem como na inclusão de tais elementos como fios condutores do processo de construção do trabalho e da formação”.

4) No **artigo 2º, parágrafo 2º** do documento do relator, manteve-se a referência a atividades privativas aos ACS das quais já discordamos, ainda que nesta versão estas estejam limitadas às visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para fins de busca ativa e encaminhamento. O argumento que fundamenta a nossa objeção é o seguinte: considerando o processo de trabalho na estratégia saúde da família e a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (2012) que afirma que a realização do cuidado à saúde da população adscrita dá-se no âmbito da unidade de saúde e no âmbito do domicílio, as

visitas domiciliares são atividades que integram o cuidado na atenção básica executada **por toda a equipe**. A frequência desta atividade de visita “casa a casa” depende das condições sócio-sanitárias do território e da organização do processo de trabalho no interior das equipes.

Proposta: supressão deste item.

5) Conforme **parágrafo 3º** do **artigo 2º** do documento do relator, a adoção da denominação “atividades típicas” é mais adequada do que “atividades privativas”.

6) No **parágrafo 4º** do **artigo 2º**, volta a referência a atividades supervisionadas, porém, agora, identificadas como atividades assistidas. Mantemos as mesmas observações feitas no parecer que emitimos anteriormente.

7) Nestes mesmos parágrafo e artigo, foi acrescentado que tais atividades serão realizadas “após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados”.

A esse respeito, consideramos que treinamento é um requisito insuficiente para que os ACS assumam estas atividades, como também consiste numa proposta contraditória em relação à ideia que defendemos, isto é, de que os ACS devem ser formados técnicos em ACS para a obtenção da habilitação profissional específica. A formação técnica deve preparar o ACS para o trabalho, integrando os conhecimentos e as práticas relativos aos diferentes âmbitos em que atuam e os fundamentos que os constituem. Portanto, caso seja aprovado este novo âmbito de atuação dos ACS, o currículo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde deverá ser revisto para contemplá-lo.

A formação para as atividades supervisionadas poderá ser incluída nos planos de curso da formação técnica dos ACS, considerando o módulo II previsto no Referencial Curricular Nacional que aborda o tema: Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes.

Proposta:

Suprimir o trecho “após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados”.

Incluir o trecho: “após cursar o módulo II do Curso técnico em Agente Comunitário previsto no Referencial curricular Nacional referente à realização de atividades voltadas para “Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes”.

8) No **artigo 3º, parágrafo 1º** do relatório, **os itens I e IV** não contemplam as ações de promoção da saúde, o que dificulta a intervenção sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, limitando o trabalho do ACE a uma ação voltada às doenças.

Proposta:

Acrescentar a expressão “**promoção da saúde**” à redação dos **itens I e IV do parágrafo 1º do artigo 3º** do documento do relator, conforme indicado abaixo:

I - Desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à **promoção da saúde**, à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;

IV - Divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas **e de promoção da saúde.**

9) No **artigo 10º, parágrafo 2º, itens I e II**, observa-se que a jornada de trabalho de 40 horas dividida em 30 horas para o trabalho no território e 10 horas para “atividades de planejamento e avaliação de ações, detalhamento das atividades, registro de dados, formação e aprimoramento técnico”. Desse modo, parece que a formação técnica contaria com somente 10 horas semanais, o que contraria a experiência que temos desenvolvido que conta com 16 horas semanais dedicadas à formação, na modalidade presencial. Ademais, em diversas audiências públicas referentes ao PL em questão, os trabalhadores ACS referiram que o seu trabalho deve ser organizado de acordo com as condições socioeconômicas e sanitárias do território e do planejamento em equipe, verbalizando preocupações em relação à diminuição do tempo que dispõem para atividades no território. Sendo assim, a organização do processo de trabalho dos ACS não deveria ser limitado, a priori, a partir da restrição da carga horária no âmbito do território ou da unidade de saúde, mas ser consoante com a autonomia destes trabalhadores junto às equipes no planejamento de suas atividades.

Proposta:

Supressão da divisão da carga horária do Agente.

Inclusão: “será priorizada a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no território de atuação e no cuidado junto às famílias no âmbito domiciliar e comunitário. Seu processo de trabalho é organizado a partir das condições socioeconômicas e sanitárias

do território adscrito, respeitando-se a autonomia do trabalhador Agente Comunitário de Saúde e do planejamento conjunto à equipe de Saúde da Família”.

10) **Artigo 6º que altera o artigo 5º da Lei 11350**, determina que o Ministério da Saúde será responsável por estabelecer os parâmetros dos cursos previstos observadas as Diretrizes Curriculares.

Cabe salientar que defendemos a formação técnica dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias, conforme os respectivos referenciais curriculares:

- Referencial Curricular do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde, publicado em 2004;
- Referencial Curricular do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, publicado em 2011.

Lembramos que ambos os referenciais tiveram a sua formulação coordenada pelo Ministério da Saúde, com a participação da Fiocruz, entre outras instituições de ensino e pesquisa e de representação dos trabalhadores ACS e ACE.

11) Quanto à modalidade semipresencial para a realização dos cursos de formação dos ACS e ACE que consta no **Artigo 6º que altera o artigo 5º da Lei 11350, parágrafo 1º**, reiteramos a defesa da formação técnica presencial, oferecida pelas escolas públicas conforme indicado no parecer anteriormente produzido ao qual este adendo se soma.

12) No tocante à formação, reiteramos a necessidade de os ACS e ACE serem formados técnicos em acordo com os referenciais curriculares publicados e mencionados no item 9 deste adendo.

Reiteramos também e reproduzimos aqui as condições que entendemos devem ser garantidas para a realização da formação técnica de ACS e ACE:

- Definição de recursos para o financiamento do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde e do Curso Técnico de Vigilância em Saúde pelo Ministério da Saúde;
- Garantia da liberação parcial pelas unidades e serviços de saúde do trabalho dos ACS e ACE para a frequência ao Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde e ao de Agente Comunitário de Saúde, respectivamente;
- Repactuação das metas de trabalho dos ACS e ACE durante os referidos cursos;

- Definição de uma política de educação de jovens e adultos oferecida pela rede pública de ensino, para a complementação da escolaridade dos ACS e ACE que não possuem o ensino médio completo;
- A definição de prazo para a elevação da escolaridade: cinco anos de transição para a exigência do ensino médio para os atuais ACS e ACE;
- A oferta do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde e do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, pela rede pública de ensino, especificamente, a Rede de Escolas Técnicas do SUS, a Rede Federal de Educação Profissional Técnica e Tecnológica e as redes estaduais de educação profissional técnica e tecnológica, conforme o respectivo referencial curricular;
- A oferta do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde e do Curso Técnico de Vigilância em Saúde na modalidade presencial;
- As ferramentas de ensino à distância deverão ser utilizadas de forma complementar ao ensino presencial;
- Garantia da liberação parcial de carga horária para a educação permanente dos ACS e ACE, ofertada regularmente, conforme as necessidades dos trabalhadores e dos serviços de saúde.

Professoras e pesquisadoras da Escola Politécnica autoras do documento:

Mariana Nogueira (LABORAT – EPSJV/Fiocruz)

Marcia Valeria Morosini (LATEPS – EPSJV/Fiocruz)

Vera Joana Bornstein (LABORAT – EPSJV/Fiocruz)

Camila Borges (LABORAT – EPSJV/Fiocruz)

Ieda Barbosa (LAVSA – EPSJV/Fiocruz)