



BASTOS - SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE BASTOS -
SÃO PAULO

Agente Comunitário
de Saúde

EDITAL Nº 01/2024

CÓD: SL-018MR-24
7908433250623

Língua Portuguesa

1. Interpretação de texto	7
2. Sinônimos, antônimos, parônimos e homônimos; Sentido próprio e figurado	9
3. Ortografia Oficial.....	9
4. Pontuação	10
5. Acentuação gráfica.....	12
6. Morfologia: adjetivo, advérbio, conjunção, pronome, preposição, substantivo e verbo (classificação e emprego)	13
7. Sintaxe.....	22
8. Concordância e regência verbal e nominal.....	25
9. Crase	29
10. Colocação pronominal	29

Matemática

1. Números inteiros e racionais: operações e propriedades.....	37
2. Grandezas proporcionais	43
3. Regra de três simples e composta	45
4. Porcentagem. Juros simples e compostos	46
5. Unidades de medida	48
6. Equação do 1º Grau	51
7. Resolução de situações-problema	52
8. Conceitos básicos de geometria: cálculo de área e cálculo de volume	55
9. Tabelas e gráficos.....	60
10. Raciocínio Lógico	65

Conhecimentos Específicos Agente Comunitário de Saúde

1. Organização da Atenção Básica no SUS	75
2. Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde.....	103
3. Manual: O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde	173
4. Estratégia Saúde da Família	185
5. Ações de promoção em saúde.....	186
6. Vacinas e calendário da vacinação.....	200
7. Territorialização em saúde – mapeamento de saúde	213
8. Cadastramento e Visita domiciliar	215
9. Instrumento e ferramentas para o trabalho com as famílias.....	219
10. Participação Popular	219
11. Ações intersetoriais.....	221
12. Conhecimentos gerais sobre saúde da mulher, da criança e do adulto.....	221
13. Educação em saúde	294
14. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017; Portaria nº 2527 de 19 de outubro de 2006.....	295
15. Lei nº 11.350/2006 e suas atualizações.....	295

conforme proposição da Política Nacional de Atenção Básica, tem representado um grande desafio para os profissionais que atuam na área.

SAÚDE DO IDOSO

INTRODUÇÃO

Parte essencial da Política Nacional de Saúde, a presente Política fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, na conformidade do que determinam a Lei Orgânica da Saúde – N.º 8.080/90 – e a Lei 8.842/94, que assegura os direitos deste segmento populacional.

No conjunto dos princípios definidos pela Lei Orgânica, destaca-se o relativo à “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, que constitui uma das questões essenciais enfocadas nesta Política, ao lado daqueles inerentes à integralidade da assistência e ao uso da epidemiologia para a fixação de prioridades (Art. 7º, incisos III, II e VII, respectivamente).

Por sua vez, a Lei N.º 8.842 – regulamentada pelo Decreto N.º 1.948, de 3 de julho de 1996 –, ao definir a atuação do Governo, indicando as ações específicas das áreas envolvidas, busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Segundo essa Lei, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área (inciso II do Art. 10).

Ao lado das determinações legais, há que se considerar, por outro lado, que a população idosa brasileira tem se ampliado rapidamente. Em termos proporcionais, a faixa etária a partir de 60 anos de idade é a que mais cresce. No período de 1950 a 2025, segundo as projeções estatísticas da 2 Organização Mundial de Saúde – OMS –, o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. O País ocupará, assim, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

O processo de transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa modificaram a pirâmide populacional. Até os anos 60, todos os grupos etários registravam um crescimento quase igual; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento.

Nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu lentamente, realizando-se ao longo de mais de cem anos. Alguns desses países, hoje, apresentam um crescimento negativo da sua população, com a taxa de nascimentos mais baixa que a de mortalidade. A transição acompanhou a elevação da qualidade de vida das populações urbanas e rurais, graças à adequada inserção das pessoas no mercado de trabalho e de oportunidades educacionais mais favoráveis, além de melhores condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia.

À semelhança de outros países latino-americanos, o envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultando, sobretudo do intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas.

Esse processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que colaborou para a queda verificada na mortalidade. Possibilitou, também, um maior acesso a de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma significativa redução da fecundidade.

A persistir a tendência de o envelhecimento como fenômeno urbano, as projeções para o início do século XXI indicam que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades. As regiões mais urbanizadas, como a Sudeste e o Sul, ainda oferecem melhores possibilidades de emprego, disponibilidade de serviços públicos e oportunidades de melhor alimentação, moradia e assistência médica e social.

Embora grande parte das populações ainda viva na pobreza, nos países menos desenvolvidos, certas conquistas tecnológicas da medicina moderna, verificadas nos últimos 60 anos – assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros –, favoreceram a adoção de meios capazes de prevenir ou curar muitas doenças que eram fatais até então. O conjunto dessas medidas provocou uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida ao nascer.

No Brasil, em 1900, a expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos; nos anos 40, de 39 anos; em 50, aumentou para 43,2 anos e, em 60, era de 55,9 anos. De 1960 para 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos, isto é, foram acrescidos vinte anos em três décadas, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil de 1982 (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Fundação IBGE).

De 1980 para 2000, o aumento deverá ser em torno de cinco anos, ocasião em que cada brasileiro, ao nascer, esperará viver 68 anos e meio. As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (Kalache et al., 1987).

Paralelamente a esse aumento na expectativa de vida, tem sido observado, a partir da década de 60, um declínio acentuado da fecundidade, levando a um aumento importante da proporção de idosos na população brasileira. De 1980 a 2000, o grupo etário com 60 anos e mais de idade deverá crescer 105%; as projeções apontam para um crescimento de 130% no período de 2000 a 2025.

Mesmo que se leve em conta que uma parcela do contingente de idosos participe da atividade econômica, o crescimento deste grupo populacional afeta diretamente a razão de dependência, usualmente definida como a soma das populações jovem e idosa em relação à população economicamente ativa total. Esse coeficiente é calculado tomando por base a população de menos de 15 anos e a de 60 e mais anos de idade em relação àquela considerada em idade produtiva (situada na faixa etária dos 15 aos 59 anos de idade).

O processo de urbanização e a conseqüente modificação do mercado de trabalho aceleraram a redistribuição da população entre as zonas rural e urbana do País. Em 1930, dois terços da população brasileira viviam na zona rural; hoje, mais de três quartos estão em zona urbana. O emprego nas fábricas e as mais diferenciadas possibilidades de trabalho nas cidades modificaram a estrutura familiar brasileira, transformando a família extensa do campo na família nuclear urbana. Com o aumento da expectativa de vida, as

famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, exigindo os necessários mecanismos de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio.

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, está passando por alterações decorrentes dessas mudanças conjunturais e culturais. O número crescente de divórcios e segundo ou terceiro casamento, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos na sociedade brasileira. Essas situações geram o que se convencionou chamar de intimidade à distância, em que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas.

Tem sido observada uma feminilização do envelhecimento no Brasil. O número de mulheres idosas, confrontado com o de homens de mais de 60 anos de idade, já é superior há muito tempo.

Da mesma forma, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente aos homens idosos. No Brasil, desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer, sendo que a diferença está ao redor de sete anos e meio.

De outra parte, o apoio aos idosos praticado no Brasil ainda é bastante precário. Por se tratar de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de visibilidade maior.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional.

Além das transformações demográficas descritas anteriormente, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no País, hoje são responsáveis por menos de 10% (RADIS: "Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980"). O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram responsáveis por 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados.

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

Tomando-se por base os dados relativos à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde – SUS –, em 1997, e a população estimada pelo IBGE para este mesmo ano, pode-se concluir que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais re-

ursos de saúde. Naquele ano, o Sistema arcou com um total de 12.715.568 de AIHs (autorizações de internações hospitalares), assim distribuídas:

- 2.471.984 AIHs (19,4%) foram de atendimentos na faixa etária de 0-14 anos de idade, que representava 33,9% da população total (aqui também estão incluídas as AIHs dos recém-nascidos em ambiente hospitalar, bem como as devidas a parto normal);
- 7.325.525 AIHs (57,6%) foram na faixa etária de 15-59 anos de idade (58,2% da população total);
- 2.073.915 AIHs (16,3%) foram na faixa etária de 60 anos ou mais de idade (7,9% da população total);
- 480.040 AIHs (3,8%) foram destinadas ao atendimento de indivíduos de idade ignorada; essas hospitalizações, em sua grande maioria, corresponderam a tratamento de enfermidades mentais de longa permanência, geralmente em pessoas acima de 50 anos de idade (essa parcela de AIHs foi excluída dos estudos em que se diferencia o impacto de cada faixa etária no sistema hospitalar);
- a taxa de hospitalização, em um ano, alcançou um total de 46 por 1.000 indivíduos na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, 79 no segmento de 15 a 59 anos de idade e 165 no grupo de 60 anos ou mais de idade;
- o tempo médio de permanência hospitalar foi de 5,1 dias para o grupo de 0-14 anos de idade, 5,1 dias no de 15-59 e 6,8 dias no grupo mais idoso;
- o índice de hospitalização (número de dias de hospitalização consumidos, por habitante, a cada ano) correspondeu a 0,23 dias na faixa de 0-14 anos de idade; a 0,40 dias na faixa de 15-59; e a 1,12 dias na faixa de 60 anos ou mais de idade;
- do custo total de R\$ 2.997.402.581,29 com despesas de internações hospitalares, 19,7% foram com pacientes da faixa etária de 0-14 anos de idade, 57,1% da faixa de 15-59 anos de idade e 23,9% foram de idosos;
- o custo médio, por hospitalização, foi de R\$ 238,67 em relação à faixa etária de 0-14 anos de idade, R\$ 233,87 à de 15-59 anos e R\$ 334,73 ao grupo de mais de 60 anos de idade;
- o índice de custo (custo de hospitalização por habitante/ano) foi de R\$ 10,93 no segmento de 0-14 anos de idade, de R\$ 18,48 no de 15-59 anos de idade e de R\$ 55,25 no de mais de 60 anos de idade.

Estudos têm demonstrado que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde e que este maior custo não reverte em seu benefício. O idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo submetido também a uma triagem rotineira para fins de reabilitação.

A abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado – focada em uma queixa principal e o hábito médico de tentar explicar todas as queixas e os sinais por um único diagnóstico, que é adequada no adulto jovem – não se aplica em relação ao idoso. Estudos populacionais demonstram que a maioria dos idosos – 85% – apresenta pelo menos uma doença crônica e que uma significativa minoria – 10% – possui, no mínimo, cinco destas patologias (Ramos, LR e cols, 1993). A falta de difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso.

zar conceitos e procedimentos que se tornarão indispensáveis para a efetivação desta Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como para o seu processo contínuo de avaliação e acompanhamento.

Apoio ao Desenvolvimento de Cuidados Informais

Nesse âmbito, buscar-se-á desenvolver uma parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades da vida diária e pelo seguimento das orientações emitidas pelos profissionais. Tal parceria, como mostram estudos e pesquisas sobre o envelhecimento em dependência, configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo.

Nos países aonde o envelhecimento da população vem ocorrendo há mais tempo, convencionou-se que há cuidados formais e informais na atenção às pessoas que envelheceram e que, de alguma forma, perderam a sua capacidade funcional. Os sistemas formais de cuidados são integrados por profissionais e instituições, que realizam este atendimento sob a forma de prestação de serviço.

Dessa forma, os cuidados são prestados por pessoa ou agências comunitárias contratadas para tal. Já os sistemas informais são constituídos por pessoas da família, amigos próximos e vizinhos, frequentemente mulheres, que exercem tarefas de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional do seu idoso.

Na cultura brasileira, são essas pessoas que assumem para si as funções de provedoras de cuidados diretos e pessoais. O papel de mulher cuidadora na família é normativo, sendo quase sempre esperado que ela assuma tal papel. Os responsáveis pelos cuidados diretos aos seus idosos doentes ou dependentes geralmente residem na mesma casa e se incumbem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias destes idosos, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, por exemplo ida a bancos ou farmácias.

O modelo de cuidados domiciliares, antes restrito à esfera privada e à intimidade das famílias, não poderá ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos cuja capacidade funcional está comprometida demanda orientação, informação e assessoria de especialistas.

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito.

Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador.

Assim, a parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

Dessa parceria, deverão resultar formas mais efetivas e eficientes de manutenção e de recuperação da capacidade funcional,

assim como a participação mais adequada das pessoas envolvidas com alguém em processo de envelhecimento com dependência. O estabelecimento dessa ação integrada será realizado por meio de orientações a serem prestadas pelos profissionais de saúde, do intercâmbio de informações claras e precisas sobre diagnósticos e tratamentos, bem como relatos de experiências entre pessoas que estão exercitando o papel de cuidar de idoso dependente.

Apoio a Estudos e Pesquisas

Esse apoio deverá ser levado a efeito pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, resguardadas, nas áreas de conhecimento de suas especialidades, as particularidades de cada um.

Esses Centros deverão se equipar, com o apoio financeiro das agências de ciência e tecnologia regionais e ou federais, para organizar o seu corpo de pesquisadores e atuar em uma ou mais de uma linha de pesquisa. Tais grupos incumbir-se-ão de gerar informações com o intuito de subsidiar as ações de saúde dirigidas à população de mais de 60 anos de idade, em conformidade com esta Política. Caberá ao Ministério da Saúde e ao Ministério Ciência Tecnologia, em especial, o papel de articuladores, com vistas a garantir a efetividade de ações programadas de estudos e pesquisas desta Política Nacional de Saúde do Idoso.

As linhas de pesquisa deverão concentrar-se em quatro grandes tópicos de produção de conhecimentos sobre o envelhecimento no Brasil, contemplando as particularidades de gênero e extratos sociais nas zonas urbanas e rurais.

O primeiro tópico refere-se a estudos de perfil do idoso, nas diferentes regiões do País, e prevalência de problemas de saúde, incluindo dados sociais, nas formas de assistência e seguridade, situação financeira e apoios formais e informais. Nesse contexto, será estimulada a sistematização das informações produzidas pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, em articulação com os dados das agências governamentais, particularmente aquelas que lidam com estudos demográficos e populacionais.

No segundo tópico, deverão estar concentrados estudos visando a avaliação da capacidade funcional; prevenção de doenças, vacinações; estudos de seguimento; e desenvolvimento de instrumentos de rastreamento.

O terceiro tópico diz respeito aos estudos de modelos de cuidado, na assessoria para a implementação e no acompanhamento e na avaliação das intervenções.

O quarto tópico concentrar-se-á em estudos sobre a hospitalização e alternativas de assistência hospitalar, com vistas à maior eficiência e à redução dos custos no ambiente hospitalar. Para tal, a padronização de protocolos para procedimentos clínicos, exames complementares mais sofisticados e medicamentos deverão constituir pontos prioritários.

Comporão, ainda, esse último tópico estudos sobre orientação e cuidados aos idosos, alta hospitalar e diferentes alternativas de assistência – como assistência domiciliar, centro-dia, já utilizados em outros países –, bem como investigações acerca de formas de articulação de informações básicas em geriatria e gerontologia para os profissionais de todas as especialidades.

Responsabilidades Institucionais

Caberá aos gestores do SUS, de forma articulada e na conformidade de suas atribuições comuns e específicas, prover os meios e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política

elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus.

Ministério da Justiça

Com esse Ministério, a parceria terá por finalidade a promoção e a defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei N.º 8.842/94 e seu regulamento (Decreto N.º 1.948/96).

Ministério do Esporte e Turismo

Essa parceria buscará, em especial, a elaboração, a implementação e o acompanhamento de esportivos e de exercícios físicos destinados às pessoas idosas, bem como de turismo que propiciem a saúde física e mental deste grupo populacional.

Ministério da Ciência e Tecnologia

Buscar-se-á, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq –, o fomento à pesquisa na área de geriatria e gerontologia contemplando, preferencialmente, as linhas de estudo definidas nesta Política.

Responsabilidades do Gestor Federal – Ministério da Saúde

- Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.
- Promover a revisão e o aprimoramento das normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares (Portaria 810/89).
- Elaborar e acompanhar o cumprimento de normas relativas aos serviços geriátricos hospitalares.
- Designar e apoiar os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior envolvidos na capacitação de recursos humanos em saúde do idoso e ou na produção de material científico, bem como em pesquisa nas áreas prioritárias do envelhecimento e da atenção a este grupo populacional.
- Apoiar estudos e pesquisas definidos como prioritários nesta Política visando a ampliar o conhecimento sobre o idoso e a subsidiar o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política.
- Promover a cooperação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas à capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.
- Promover a inclusão da geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos.
- Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde do idoso.
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política.
- Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à saúde do idoso.
- Promover a capacitação de recursos humanos para a implementação desta Política.
- Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

- Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.
- Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação do idoso.
- Estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS.
- Estimular a formação de grupos de autoajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.
- Estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso.

Responsabilidades do Gestor Estadual – Secretaria Estadual de Saúde

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual de saúde do idoso, consoante a esta Política Nacional.
- Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política.
- Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política de saúde do idoso.
- Acompanhar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços hospitalares geriátricos.
- Estabelecer cooperação com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas ao treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e promover esta cooperação com as Secretarias Municipais de Saúde, de modo a capacitar recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso.
- Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso.
- Adequar os serviços de saúde com a finalidade do atendimento às necessidades específicas da população idosa.
- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes.
- Apoiar propostas de estudos e pesquisas estrategicamente importantes para a implementação, avaliação ou reorientação das questões relativas à saúde do idoso.
- Promover a adoção de práticas e hábitos saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação.
- Promover o fornecimento de medicamentos, próteses e órteses necessários à recuperação e à reabilitação de idosos.
- Estimular e viabilizar a participação de idosos nas instâncias de participação social.
- Estimular a formação de grupos de autoajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.
- Criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso.
- Prover o Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados respectivos e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos.

Responsabilidades do Gestor Municipal – Secretaria Municipal de Saúde ou organismos correspondentes.

- Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.
- Promover as medidas necessárias para integrar a programação municipal à adotada pelo Estado, submetendo-as à Comissão Inter gestores Bipartite.
- Promover articulação necessária com as demais instâncias do SUS visando o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar, de forma produtiva e eficaz, o elenco de atividades específicas na área de saúde do idoso.
- Manter o provimento do Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos.
- Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos de vida saudáveis, junto à população de idosos, valendo-se, inclusive, da mobilização da comunidade.
- Criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar.
- Estimular e apoiar a formação de grupos de autoajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.
- Realizar articulação com outros setores visando a promoção a qualidade de vida dos idosos.
- Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação do idoso.
- Aplicar, acompanhar e avaliar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços geriátricos da rede local.
- Estimular e viabilizar a participação social de idosos nas diversas instâncias.

Acompanhamento e Avaliação

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito – e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos idosos –, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política e que estão explicitadas no capítulo anterior deste documento, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção aos idosos.

É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde do Idoso tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade

do Art. 7º, da Lei N.º 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

- potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados junto à população de idosos;
- os planos, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão;
- a participação dos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

Terminologia

Ação terapêutica: processo de tratamento de um agravo à saúde por intermédio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como: mudanças no estilo de vida, abandono de hábitos nocivos, psicoterapia, entre outros.

AIH (Autorização de Internação Hospitalar): documento de autorização e fatura de serviços hospitalares do SUS, que engloba o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação.

Assistência domiciliar: essa assistência engloba a visitação domiciliar e cuidados domiciliares que vão desde o fornecimento de equipamentos, até ações terapêuticas mais complexas.

Atividades de vida diária (AVDs): termo utilizado para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, que compreende aspectos pessoais como: banho, vestimenta, higiene e alimentação, e aspectos instrumentais como: realização de compras e cuidados com finanças.

Autodeterminação: capacidade do indivíduo poder exercer sua autonomia.

Autonomia: é o exercício da autodeterminação; indivíduo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida.

Capacidade funcional: capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; a avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia: centros localizados de preferência em instituições de ensino superior, que colaboram com o setor saúde, fundamentalmente na capacitação de recursos humanos em saúde do idoso e ou na produção de material científico para tal finalidade, bem como em pesquisas nas áreas prioritárias do envelhecimento e da atenção a este grupo populacional.

Centro-dia: ambiente destinado ao idoso, que tem como característica básica o incentivo à socialização e o desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde.

Cuidador: é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de

12.994, de 2014)

I - parâmetros para concessão do incentivo; e (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

II - valor mensal do incentivo por ente federativo. (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

§ 2º Os parâmetros para concessão do incentivo considerarão, sempre que possível, as peculiaridades do Município. (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

§ 3º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

§ 4º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

§ 5º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

Art. 9º-E. Atendidas as disposições desta Lei e as respectivas normas regulamentadoras, os recursos de que tratam os arts. 9º-C e 9º-D serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal como transferências correntes, regulares, automáticas e obrigatórias, nos termos do disposto no art. 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (Redação dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

Art. 9º-F. Para fins de apuração dos limites com pessoal de que trata a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a assistência financeira complementar obrigatória prestada pela União e a parcela repassada como incentivo financeiro que venha a ser utilizada no pagamento de pessoal serão computadas como gasto de pessoal do ente federativo beneficiado pelas transferências. (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

Art. 9º-G. Os planos de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias deverão obedecer às seguintes diretrizes: (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

I - remuneração paritária dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

II - definição de metas dos serviços e das equipes; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

III - estabelecimento de critérios de progressão e promoção; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

IV - adoção de modelos e instrumentos de avaliação que atendam à natureza das atividades, assegurados os seguintes princípios: (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

a) transparência do processo de avaliação, assegurando-se ao avaliado o conhecimento sobre todas as etapas do processo e sobre o seu resultado final; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

b) periodicidade da avaliação; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

c) contribuição do servidor para a consecução dos objetivos do serviço; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

d) adequação aos conteúdos ocupacionais e às condições reais de trabalho, de forma que eventuais condições precárias ou adversas de trabalho não prejudiquem a avaliação; (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

e) direito de recurso às instâncias hierárquicas superiores. (Incluído pela Lei nº 12.994, de 2014)

Art. 9º-H. Compete ao ente federativo ao qual o Agente Comunitário de Saúde ou o Agente de Combate às Endemias estiver vinculado fornecer ou custear a locomoção necessária para o exercício das atividades, conforme regulamento do ente federativo. (Redação dada pela Lei nº 13.708, de 2018)

Art. 10. A administração pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias, de acordo com o regime jurídico de trabalho adotado, na ocorrência de uma das seguintes hipóte-

ses:

I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;

II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei nº 9.801, de 14 de junho de 1999 ; ou

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

Parágrafo único. No caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do art. 6º, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

Art. 11. Fica criado, no Quadro de Pessoal da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, Quadro Suplementar de Combate às Endemias, destinado a promover, no âmbito do SUS, ações complementares de vigilância epidemiológica e combate a endemias, nos termos do inciso VI e parágrafo único do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Parágrafo único. Ao Quadro Suplementar de que trata o caput aplica-se, no que couber, além do disposto nesta Lei, o disposto na Lei nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000, cumprindo-se jornada de trabalho de quarenta horas semanais.

Art. 12. Aos profissionais não-ocupantes de cargo efetivo em órgão ou entidade da administração pública federal que, em 14 de fevereiro de 2006, a qualquer título, se achavam no desempenho de atividades de combate a endemias no âmbito da FUNASA é assegurada a dispensa de se submeterem ao processo seletivo público a que se refere o § 4º do art. 198 da Constituição, desde que tenham sido contratados a partir de anterior processo de seleção pública efetuado pela FUNASA, ou por outra instituição, sob a efetiva supervisão da FUNASA e mediante a observância dos princípios a que se refere o caput do art. 9º.

§ 1º Ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e do Controle e da Transparência instituirá comissão com a finalidade de atestar a regularidade do processo seletivo para fins da dispensa prevista no caput.

§ 2º A comissão será integrada por três representantes da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da União, um dos quais a presidirá, pelo Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde e pelo Chefe da Auditoria Interna da FUNASA.

Art. 13. Os Agentes de Combate às Endemias integrantes do Quadro Suplementar a que se refere o art. 11 poderão ser colocados à disposição dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no âmbito do SUS, mediante convênio, ou para gestão associada de serviços públicos, mediante contrato de consórcio público, nos termos da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, mantida a vinculação à FUNASA e sem prejuízo dos respectivos direitos e vantagens.

Art. 14. O gestor local do SUS responsável pela admissão dos profissionais de que trata esta Lei disporá sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as determinações desta Lei e as especificidades locais. (Redação dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

Art. 15. Ficam criados cinco mil, trezentos e sessenta e cinco empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito do Quadro Suplementar referido no art. 11, com retribuição mensal