

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU – MESTRADO EM EDUCAÇÃO

CÁSSIA APARECIDA FOGAÇA

**EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: A FORMAÇÃO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SANTA CECÍLIA E SÃO CRISTÓVÃO
DO SUL – SC**

LAGES
2011

CÁSSIA APARECIDA FOGAÇA

**EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: A FORMAÇÃO DO AGENTE
COMUNITÁRIO EM SAÚDE DE SANTA CECÍLIA E SÃO CRISTÓVÃO
DO SUL – SC**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Planalto Catarinense na linha de pesquisa Políticas e Processos Formativos em Educação.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Pinto de Almeida.

Agência Financiadora: FUMDES

LAGES
2011

Ficha Catalográfica

F655e Fogaça, Cássia Aparecida.
Educação profissional em saúde: a formação do agente comunitário em Santa Cecília e São Cristóvão do Sul – SC / Cássia Aparecida Fogaça. - Lages (SC), 2011.
210f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Mestrado em Educação da Universidade do Planalto Catarinense.
Orientadora: Maria de Lourdes Pinto de Almeida.

1. Pessoal da saúde pública – Brasil. 2. Serviços de saúde comunitária – Brasil. 3. Política de saúde - Brasil.
I. Almeida, Maria de Lourdes Pinto de. II. Título.

CDD 362.10981

(Elaborada pelo Bibliotecário José Francisco da Silva - CRB-14/570)



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM EDUCAÇÃO
MESTRADO ACADÊMICO**

**“EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: A FORMAÇÃO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SANTA CECÍLIA E SÃO CRISTÓVÃO
DO SUL – SC”**

Dissertação submetida ao colegiado do programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação – Mestrado Acadêmico em cumprimento parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação, na Linha de Pesquisa Políticas e Processos Formativos em Educação.

APROVADA PELA COMISSÃO EXAMINADORA EM 31/03/2011

Profa. Dra. Maria de Lourdes Pinto de Almeida (Orientadora): _____
Profa. Dra. Maria Helena S. Bagnato (Examinadora Externa UNICAMP) _____
Profa. Dra. Marina Patrício de Arruda (Examinadora – PPGE/UNIPLAC) _____
Prof. Dr. Geraldo Augusto Locks (Examinadora – PPGE/UNIPLAC) _____

Profa. Dra. Maria de Lourdes Pinto de Almeida
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação

Cássia Aparecida Fogaça
Lages, Santa Catarina, março de 2011.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que, de uma forma ou outra contribuíram para que eu pudesse buscar novos caminhos, ampliar meus horizontes na busca do conhecimento. De uma maneira especial, agradeço à minha Família, meus pais, meu marido e minha filha, por suportarem comigo muitos momentos de angustia na certeza de estar construindo um futuro melhor. Agradeço muito aos agentes de saúde pela sua disposição em participarem desta pesquisa, sem receios, sem condições... obrigado!

RESUMO

Esta pesquisa buscou fazer uma análise da Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde (ACS), de Santa Cecília e São Cristóvão do Sul – SC. O objeto de estudo é a educação profissional em saúde de nível fundamental e os sujeitos foram os ACS participantes do curso. O objetivo é analisar se a Educação que está sendo oferecida pela EFOS – Escola de Formação em Saúde – ao ACS como processo formativo profissional atende às expectativas dos agentes e cumprem às exigências de preparo profissional previstas pelo Ministério da Saúde (MS), que possam prepará-los para atender as atribuições que lhe são destinadas. Para isso, organizamos nosso trabalho de forma que abordassem os seguintes pontos: 1) Referenciar os principais aspectos históricos sobre a saúde pública no Brasil, que possibilitou a criação do ACS; 2) Relatar as experiências que oportunizaram a criação do ACS, identificando suas principais características, requisitos e atribuições, evoluindo para os dias de hoje; 3) Conhecer sobre o processo de formação e o papel das instituições formadoras, baseando-se em documentos do MS, que nortearam e serviram de referencial para esta pesquisa; 4) Verificar através de pesquisa empírica, se a educação proporcionada pela EFOS, consegue desempenhar seu papel de agente transformador. Trata-se de um estudo de caso e a metodologia é análise de conteúdo, via Lawrence Bardin, com utilização de grupo focal. Para isso foi aplicado um questionário, no sentido de conhecermos o perfil dos ACS e em seguida, a realização de três entrevistas, em diferentes etapas da formação – início, meio e último dia de curso. Os resultados desta pesquisa mostraram que o ACS é um sujeito que não corresponde mais ao perfil apontado pelo MS, sob diversos aspectos, mas que mesmo assim, tem grande envolvimento com o seu trabalho. As consequências dessa mudança de perfil podem ser observadas na análise das entrevistas que, quando categorizadas, mostraram que o ACS tem satisfação pelo seu trabalho, conhece suas atribuições, desempenhando o papel de educador, mesmo não sendo preparado para isso. Outros aspectos observados nos diálogos, como resultado deste novo perfil, mostram um sujeito mais exigente, crítico, que necessita de maiores espaços para atuação na equipe de saúde e sente necessidade de reconhecimento pelo seu trabalho. Podemos considerar que o MS e as instituições formadoras, têm diante de si, o desafio de se adequar e reformular os currículos, considerando que o ACS deve receber uma formação que possa instrumentalizá-lo a uma práxis pedagógica que atenda aos interesses da comunidade e da equipe de saúde, na qual está inserido.

Palavras-chave: Educação e Saúde. Educação Profissional em Saúde. Formação do Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the Initial Training of Community Health Agents, of Santa Cecilia and São Cristóvão do Sul - SC. The study object is a health professional education in primary and ACS subjects were participants of the course. The goal is to examine whether the education that is being offered by efós - Health Training School - the ACS as formative professional meets the expectations of ACS and meet the requirements of professional training provided by the MS, which can prepare you for meet the tasks that you are aiming for that, we organize our work in order to address the following points: 1) Referencing the main historical aspects of public health in Brazil, which enabled the creation of ACS, 2) To describe the experiences that became opportune to creation of ACS, identifying its main features, requirements and assignments that were evolving to this day, 3) know about the process of formation and role of training institutions, based on documents from MS, that guided and provided the basis reference for this research, 4) verify, by empirical research, if the education provided by efós, can play its role as a transforming agent. This is a case study methodology and analysis of content is via Lawrence Bardin using focus groups. For that were applied a questionnaire to know the profile of the ACS and then the realization of three interviews at different stages of training - beginning, middle and last day of the course. These results showed that the ACS is a subject that no longer corresponds to the profile pointed to by MS in several respects, but still has heavy involvement with his work. The consequences of this change in profile can be observed in the analysis of the interviews that, when categorized, showed that the ACS is pleased by his work, knows his assignments, playing the role of educator, while not prepared for it. Other features observed in the dialogues, as a consequence of this new profile, show a subject more demanding, more critical, you need more space for action in the health team, feels that needs recognition for his work. We consider that the DM and the educational institutions are faced with the challenge to adapt and redesign curricula, considering that the ACS should receive training that would help him to a pedagogical practice that meets the interests of the community and team health in which it is inserted.

KEYWORDS: Education and Health, Professional ealth Education, Training of Community Health Agents.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	8
INTRODUÇÃO	11
1 – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: GÊNESE E HISTÓRIA	20
1.1. Um breve relato sobre a saúde pública no Brasil	22
1.2. Políticas públicas que viabilizaram a inserção do agente comunitário de saúde no Brasil	30
1.3. Programa Agentes Comunitário de Saúde – PACS e Programa Saúde da Família – PSF: Implantação em Santa Catarina	35
2 – SOBRE O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ATRIBUIÇÕES LEGAIS E SOCIAIS	40
2.1. Requisitos, atribuições e capacitação do Agente Comunitário de Saúde desde o início de sua trajetória	41
2.2. A profissionalização do Agente Comunitário de Saúde	51
3 – PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ACS NA ATUALIDADE – OS DESAFIOS DAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS	56
3.1. Responsabilidade pela Formação do ACS	59
3.2. Políticas De Educação Permanente em Saúde	63
3.3. Rede de Escolas Técnicas do SUS – RET-SUS e Escola de Formação em Saúde – EFOS	67
3.4. Proposta Curricular para a Formação do Agente Comunitário de saúde	69
3.5. Papel das Instituições Formadoras	76
3.6. Educação Profissional com características de educação popular	78
3.7. Método de ensino aprendizagem na formação do ACS	82
4. O PROBLEMA DA PESQUISA E OS PASSOS METODOLÓGICOS.....	85
4.1. Objetivos e suposições	86
4.2. Sujeitos e universo da pesquisa	87
4.3. Amostra	88
4.4. Instrumentos de coleta de dados	89

4.5. Passos Metodológicos	90
4.6. Procedimentos	92
4.6.1. Procedimentos de análise e interpretação dos dados.....	93
5 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	95
5.1. Perfil do Agente Comunitário de Saúde	95
5.2. Entrevistas com o Grupo Focal	104
5.2.1. Primeira Entrevista com Grupo Focal	105
5.2.2. Segunda Entrevista com Grupo Focal	132
5.2.3. Terceira Entrevista com Grupo Focal	150
CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	189
APÊNDICES	200
Apêndice A	200
Apêndice B	201
Apêndice C	203
Apêndice D	205
Apêndice E	207
Apêndice F	209
ANEXOS	210
Anexo A	210

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

AIS – Ações Integradas em Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEE – Conselho Estadual de Educação

CEF – Caixa Econômica Federal

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária

DAB – Departamento da Atenção Básica

DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DEGES – Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

DEPS – Diretoria de Educação Permanente em Saúde

EC – Emenda Constitucional

EFOS – Escola de Formação em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ETSUS – Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FSESP – Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública

IAPAS – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social

IAPs – Instituto de Aposentados e Pensionistas

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LDBE – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

LOS – Lei Orgânica de Saúde

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDR – Plano Regional Diretor

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNACS – Programa Nacional do Agente Comunitário de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SC – Santa Catarina

SDR – Secretaria de Desenvolvimento Regional

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objeto de estudo a Formação Inicial dos Agentes Comunitários de Saúde, de dois municípios de Santa Catarina – São Cristóvão do Sul e Santa Cecília. A investigação buscou conhecer e analisar se a educação que está sendo oferecida pela Escola de Formação em Saúde (EFOS), ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) como processo formativo profissional, corresponde às expectativas e necessidades dos agentes. Bem como, se o mesmo, atende à política de educação profissional proposta pelo Ministério da Saúde (MS), que o prepara para as atribuições que lhe são destinadas.

No sentido de atingir esses objetivos, utilizou-se de pesquisa documental, baseada no Referencial Curricular dos ACS e pesquisa de campo, com aplicação de questionários e entrevistas com os ACS.

A lei 10.507, de 10/06/2002, que cria a profissão do ACS, em seu art. 3º, descreve como requisitos necessários para exercer a profissão, que ele seja maior de 18 anos, tenha concluído o ensino fundamental, resida na mesma comunidade onde atue e conclua o curso de qualificação básica para sua formação.

As atribuições definidas envolvem o acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade, tendo a família como foco de atenção, trabalhando em áreas geográficas delimitadas; cadastrar e manter atualizados os cadastros das famílias de sua microárea,¹ devendo executar ações educativas de promoção à saúde, prevenção de doenças e de vigilância à saúde.

Assim como, passar informações desta comunidade sob sua responsabilidade para a equipe de saúde, servindo de ponte entre os serviços de saúde e a população adstrita, podendo

¹ Microárea é a delimitação do espaço geográfico, em que cada ACS é responsável por uma divisão da área onde equipes de saúde têm responsabilidade de cobertura da atenção à saúde.

também a vir desempenhar atividades em campanhas de controle de endemias (malária, dengue, entre outras).

Através dos requisitos descritos, relacionando às suas atribuições, emergiram questionamentos que nos levaram a concretizar esta pesquisa:

1) O ACS pode perceber-se como a última categoria profissional dentro do sistema de saúde, criando uma situação de exclusão e discriminação social tanto na comunidade como na equipe de saúde, reproduzindo o sistema capitalista de classes sociais, “sob a égide capitalista, o sentido hegemônico da aliança trabalho/qualificação profissional é claro: na cidade hierárquica, cabe à educação formar profissionais disciplinados, dedicados ao trabalho, e portanto, produtivos ao capital.” (PEREIRA, 2006, p.16)

É de extrema importância a elevação do nível de escolaridade do ACS, não só para a regulamentação técnica de sua categoria, mas pela conquista social e a elevação da cidadania destes trabalhadores, uma vez que tal nível pressupõe o acesso ao ensino médio e constitui-se em etapa do itinerário para a Habilitação de Nível Técnico.

2) A enfermagem, devido a experiência nos espaços e práticas que afloram na interface saúde-ação social resgata para si a exclusividade na formação dos ACS. Mas se eles necessitam de *conhecimentos multidisciplinares*, então talvez fosse interessante uma equipe multidisciplinar se responsabilizar por essa formação. Assim, psicólogo, odontólogo, assistente social, entre outros poderiam/deveriam fazer parte da equipe formadora para incrementar os pilares teórico-metodológicos descritos nas competências do ACS.

3) Os conhecimentos e saberes que o ACS traz consigo sobre a sua comunidade, seus costumes, diferenças culturais podem ser sublimadas diante de tantas capacitações e exigências, descaracterizando seu perfil profissional, podendo o ACS dar maior importância ao conhecimento técnico e biomédico.

No contexto da problemática exposta, interessa-nos conhecer, se o referencial teórico oferecido pela EFOS ao agente de saúde, atende às necessidades desse sujeito e, por outro lado, não menos importante, também nos oportunizou saber/conhecer do ponto de vista do sujeito, como o ACS recebeu esta formação, atendendo assim, aos objetivos de qualificação desejados pelo MS e necessários para a sua prática profissional. Para isso, utilizamos de

documentos desenvolvidos pelo MS, referentes à formação do ACS, entre estes, o Referencial Curricular (ANEXO A), manuais técnicos, apostilas fornecidas pela EFOS para uso dos ACS e professores como guia de conteúdo para as aulas. E através das respostas captadas nas entrevistas, fazer uma síntese que nos indicasse aproveitamento de conteúdo, procurando identificar contradições, ambiguidades, mediações oportunizadas ao sujeito através de seu conhecimento adquirido pelo curso.

O tema foi escolhido partindo de aproximações da pesquisadora com os agentes comunitários de saúde ao participar do processo de capacitação do ACS, primeira turma de Curitiba - SC, realizado em 2006-2007 como coordenadora regional da EFOS, e também, em atividades acadêmicas, onde foi necessária realização de atividades de campo, quando aconteceu o acompanhamento de alguns ACS em visitas domiciliares, mapeamento, realização de palestras para grupos de risco, que levou a refletir sobre este profissional, quem ele é, qual a sua formação, como se sente em relação ao seu trabalho, que parecia cansativo, improdutivo até.

Por outro lado, pela visão da escola, buscar conhecer qual a importância que o curso oferecido pela Escola de Formação em Saúde – EFOS tem sobre o ACS, se esta educação que ele recebe, pode instrumentá-lo para sua práxis, bem como, fortalecer seu vínculo com a comunidade, na tentativa de aproximar o conhecimento científico e o conhecimento popular.

Temos acompanhado os avanços tecnológicos e o crescimento da renda de algumas camadas da população, que estão requerendo de um lado uma força de trabalho mais especializada e, por outro lado, há ainda um grande contingente de famílias vivendo em extrema pobreza, requerendo o aumento da necessidade de cuidados da atenção básica. Sem um crescimento maciço na formação e educação de trabalhadores, essas lacunas crescentes exercerão maior pressão e poderão aumentar o grau de insatisfação dos próprios profissionais e da população em geral. (ALMEIDA, 2008)

A reforma do setor saúde iniciada na década de 80 e as Ações Integradas de Saúde – AIS (1983), acompanhada pelo movimento sanitário brasileiro com apogeu na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), levaram à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se fortaleceu com a nova Constituição Brasileira (1988), contemplando a saúde como um direito social, cuja garantia é responsabilidade de cada um e de todos. Em especial, do

Estado, assegurado mediante às condições básicas: políticas públicas, econômicas e sociais para redução de riscos e, acesso a todos os brasileiros a serviços e ações de saúde.

A partir de 1991, ocorreu a inserção do ACS, com a ideia essencial de ser um elo entre a comunidade e as equipes de saúde, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) servindo para a inserção de uma outra estratégia dentro das políticas públicas de saúde, mais abrangente – o Programa de Saúde da Família (PSF), que teve sua implantação em 1994. Porém, a legalização do ACS como profissão é muito recente e só foi homologada em 2002. (BRASIL, 2004b)

A Portaria 648/2006 fala sobre as atribuições do ACS e para capacitar este sujeito e prepará-lo para realizar as atividades a ele atribuídas, dentro da equipe de saúde, para isso, o Ministério da Saúde criou módulos que contemplam as três etapas do processo. A legislação que regulamenta a profissão do ACS, define como requisito de qualificação somente a realização do primeiro módulo, chamado de formação inicial ou qualificação básica, que é de 400 horas de aula, divididos em aulas teóricas e atividades de campo. (BRASIL, 2006)

Ao cumprir os três módulos e concluir o ensino médio, a formação do ACS será em Habilitação Técnica de ACS, com a carga horária total de 1.200 horas-aula. A Constituição, em seu artigo 200, atribuiu ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde. Atualmente, existe um grande número de ACS em exercício da profissão no Brasil. Em dezembro de 2005, o país contava com 208.104 ACS, sendo que 58,4% da população nacional estimada, contavam com acompanhamento por ACS, com base de cálculo em 575 pessoas por agente. (KLUTHCOVSKY, 2006)

Apesar das dificuldades de acesso à regularização profissional, é inegável o benefício que o trabalho dos ACS têm proporcionado à saúde da população brasileira, com reduções dos índices de mortalidade, morbidade e melhoria nas taxas de algumas ações em saúde, acompanhado da valorização da comunidade em relação ao seu trabalho.

O ACS é um cidadão que emerge da comunidade e se integra às equipes de saúde com uma bagagem cultural própria, mas desprovido de conhecimentos técnicos, biomédicos, de prevenção de doenças ou de promoção à saúde. No entanto, que se abre para a perspectiva de um sujeito “consciente de si, responsável por seus atos e, portanto, passível de ser educado.” (MENDES, 2006, p. 02)

No horizonte da metafísica da subjetividade, contornando as suas debilidades, se potencializa, ao máximo, as propriedades racionais do sujeito. Guiado pela produção de si mesmo, no artifício de sua razão – transcendental, totalizante e sintetizadora – o sujeito e sua crescente soberania [...] o recurso educativo torna-se indispensável em se tratando de delinear os procedimentos pedagógicos que possam favorecer e realizar o ideal de sujeito autônomo e emancipado. (MENDES, 2006, p. 02)

Entendemos que a educação deve dar condições para que o ACS possa desenvolver sua capacidade de refletir sobre o mundo que o cerca, reivindicando para si o uso de uma razão libertadora, com consciência de si e valorização de seus conhecimentos.

A educação em saúde há muito tem sido discutida, tanto no meio acadêmico como nas instituições governamentais, sendo mais recentemente entendida como Educação Permanente em Saúde, uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde.

De acordo com Almeida (2008), os processos educativos formais que legitimam socialmente os profissionais de saúde são considerados *processos de formação*. Nesse sentido, formação é um conceito que compreende educação como instituição em uma dada sociedade, ou seja, o sistema educacional formal público e privado representado pelas escolas, universidades regulamentadas pelas instituições normativas federais e estaduais. O educando neste processo, percorre um currículo que contém disciplinas de natureza geral e profissional com objetivo de prepará-lo para o exercício da cidadania e a prática específica de uma profissão.

Esta articulação de trabalho e educação, no âmbito do SUS, ficou a cargo das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), o Ministério da Saúde criou a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) para facilitar a articulação entre as 36 Escolas Técnicas do SUS e fortalecer a Educação Profissional em Saúde. É uma estratégia de troca de informações e experiências, compartilhamento de saberes e mobilização de recursos.²

² Disponível em: < www.retsus.epsvj.fiocruz.br >. Acesso em: 10 maio 2010).

As ETSUS atuam no segmento chamado de educação profissional, que hoje engloba a formação inicial e continuada, os cursos técnicos e os tecnológicos. São, em sua maioria, vinculadas à Gestão da Saúde e não da Educação, o que facilita a adoção dos princípios e diretrizes do SUS como norteadores da sua prática formativa.

A principal especificidade dessas instituições é a capacidade de descentralizar os currículos, mantendo os processos administrativos centralizados. Para isso, utilizam as unidades de saúde como espaços de aprendizagem e qualificam pedagogicamente, os profissionais de nível superior dos serviços para atuarem como professores.

Em Santa Catarina (SC), temos a Escola de Formação em Saúde - EFOS, integrada à RET-SUS e uma das 36 ETSUS no Brasil, que têm por missão “formar e qualificar profissionais em nível básico e técnico para o setor saúde e executar a capacitação nos recursos humanos para atuarem nos serviços, atendendo às necessidades do SUS.” (EFOS NEWS, 2008, p. 03)

A EFOS desenvolveu em 2010, a segunda etapa da Formação Inicial dos Agentes Comunitários de Saúde com abrangência estadual para capacitar os ACS que não puderam participar na primeira fase do curso, ocorrida entre 2006/2007. Esta segunda etapa, serviu como momento para acompanharmos este processo formativo inicial e assim, desenvolvermos nossa pesquisa.

Pelo exposto, este estudo justifica-se, considerando-se o notável número de profissionais ACS atuando no país, a natureza de seu trabalho, o grande incentivo do Ministério da Saúde na reorganização da atenção básica, através da expansão e implantação de novas equipes de PSF nos municípios, em que os ACS são fundamentais. Além do destaque crescente desse profissional no sistema nacional de saúde, o reconhecimento da necessidade de um olhar atento quanto à qualidade de sua formação e efetivação deste processo formativo, como garantia da efetividade dos objetivos do SUS.

A pesquisa foi realizada na cidade de Santa Cecília, onde teve um grupo de formação de ACS, sendo que foram 15 ACS da cidade de Santa Cecília e 8 ACS da cidade próxima, São Cristóvão do Sul. Estes dois municípios também estão vinculados à 11ª Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) Curitibaanos – SC, sendo que a escolha por estes

municípios se justificou pelo fato de sediar um grupo de formação em data compatível com a pesquisa e com acesso para a pesquisadora.

Os sujeitos do estudo foram os ACS que iniciaram o primeiro módulo da Formação dos ACS de 400 horas e que aceitaram participar da pesquisa, os quais assinaram o termo livre e esclarecido de concordância com os métodos da pesquisa.

A escolha por estes sujeitos que iriam iniciar a formação, em detrimento aos que já tiveram a sua formação inicial, resultou do fato de objetivarmos fazer um acompanhamento do processo em suas etapas e procurando identificar seu progresso e desempenho.

Utilizamos como instrumento de coleta de dados, análise documental sobre o referencial Curricular, questionário para o perfil do ACS na primeira etapa e em seguida, entrevistas que foram realizadas em três momentos: no início do processo formativo, no meio e no fim, que serviram para entender como aconteceu o processo de aquisição do conhecimento e fazer uma discussão baseada nas respostas dos sujeitos, procurando indícios que demonstrassem em seus resultados se houve ou não, evolução de aprendizado e se adquiriu conhecimentos que de alguma forma, pudessem contribuir para a sua transformação como sujeitos.

O que pudemos verificar, foi o desenvolvimento de sujeitos mais críticos, reflexivos, que necessitam de uma adequação da equipe com a qual trabalham, para que possam aplicar os ensinamentos recebidos com o curso. Os ACS têm grande capacidade de se desenvolverem, mas sentem que não podem trabalhar sozinhos, almejando que os demais componentes da equipe de saúde também recebam preparo adequado que estimulem as práticas de saúde para a população. Há uma inferência, de que os instrumentos pedagógicos devam ser mais adequados para poderem aproveitar melhor, os conteúdos do curso.

Para a realização das entrevistas, utilizou-se a técnica de pesquisa com grupo focal, sendo que, o que caracteriza um grupo focal, é o compartilhamento pelo grupo de ideias, interesses e opiniões que venham de encontro com a pesquisa, que podem ser realizados em uma ou mais sessões de discussões. (MINAYO, 1999)

O estudo utilizou abordagem qualitativa, assim como, dados quantitativos. Os quais, foram utilizados para levantamento do perfil do ACS, que serviu de ponto de partida de

conhecimento deste sujeito para então, seguir para as demais análises realizadas. E também, empregamos Bardin (2002), como referencial para análise de conteúdo das entrevistas.

A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados. Para Minayo (1999), a pesquisa qualitativa implica também em considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

Para melhor compreensão do tema desenvolvido, organizamos este trabalho em cinco capítulos.

No Capítulo 1, O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: GÊNESE E HISTÓRIA, estão brevemente relatados a historicidade da saúde pública no Brasil, que propiciou o surgimento do ACS, contando como foram as primeiras experiências.

No Capítulo 2, SOBRE O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, ATRIBUIÇÕES LEGAIS E SOCIAIS, busca-se resumidamente relacionar o rol de requisitos, atribuições, a profissionalização do ACS de forma linear.

No Capítulo 3, O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ACS NA ATUALIDADE, refletimos sobre a questão dos processos de formação, quem são os responsáveis pela formação do ACS, currículos, horas de formação e a possível relação entre educação permanente e educação popular, tendo a problematização de Paulo Freire como metodologia de aprendizagem.

No Capítulo 4, O PROBLEMA DE PESQUISA E OS PASSOS METODOLÓGICOS, são abordados os objetivos do trabalho, a metodologia da pesquisa e os passos das coletas de dados. Os resultados das análises realizadas com agentes comunitários de saúde, interpretadas à luz das reflexões e discussões obtidas das fundamentações anteriores, as quais serão apresentadas no Capítulo 5, na ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.

Desta forma, tentamos produzir um trabalho que possa retratar como vem acontecendo a formação do ACS, num pequeno recorte regional. Mas com a perspectiva de

ter uma visibilidade significativa e para que contribua na melhoria da qualidade da educação profissional em saúde, especialmente, do sujeito em estudo.

CAPÍTULO I

1. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: GÊNESE E HISTÓRIA

Este capítulo pretende apresentar o Agente Comunitário de Saúde, por ser o sujeito principal desta pesquisa, através de uma contextualização histórica da saúde pública no Brasil, como foram sendo criadas e modificadas as políticas públicas na área da saúde, que culminaram no aparecimento deste profissional.

A pesquisa faz uma análise sobre a formação do ACS e a relação com sua atividade profissional, mas para que possamos estudar sobre a sua formação é necessário descrever as experiências que viabilizaram a criação do Programa Agente Comunitário de Saúde, o processo de criação da categoria profissional, as políticas de educação permanente em saúde e falar sobre as instituições que são responsáveis pelo processo de formação, de onde surgiram e como desempenham seu papel, focando para o Estado de Santa Catarina até chegar aos municípios pesquisados, dando um breve relato do cenário atual da formação dos agentes de saúde.

Quem é o Agente Comunitário de Saúde?

Conhecido por ACS, é um sujeito de amplas funções que trabalha no atendimento da saúde da população através de orientações, encaminhamentos, informações sobre cuidados com a saúde. Não é como um médico e nem como um enfermeiro, pois não medica e nem dá tratamentos, não faz curativos, injeção. Seu trabalho também não fica restrito a uma Unidade de Saúde, seu ambiente de trabalho é a comunidade onde ele mora.

Sua principal ferramenta de trabalho é a visita domiciliar, ou seja, diariamente, o ACS sai pelas ruas de sua comunidade, previamente delimitadas, pois tem um limite de famílias que deve atender para não sobrecarregá-lo, e vai de casa em casa, batendo de porta em porta para conversar com as famílias. Nestas conversas, tem o propósito de levantar

informações sobre ocorrências de doenças naquela família, observar questões de higiene, orientar quanto às mais variadas questões de saúde que se destinem à prevenção de doenças e promoção da saúde, encaminhando para a Unidade de Saúde os casos que necessitem de acompanhamento médico ou de enfermagem. (BRASIL, 2004b)

Falando assim parece pouco, fácil até, sair de casa, levar um caderninho de anotações, percorrer a vizinhança (passa a impressão que sai a passeio), conversar com um e com outro. E depois, ir até o postinho, como é conhecida a Unidade de Saúde, e passar as informações que considere necessárias para a enfermeira.

E é com esse olhar, simples, que a comunidade recebe em sua casa o ACS. Mas suas obrigações não podem ser assim racionalizadas, pois suas atribuições e o resultado de seu trabalho têm uma dimensão significativa: a importância de servir como agente interlocutor entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde – UBS.

1.1. Um breve relato sobre a saúde pública no Brasil

Para podermos conhecer melhor o sujeito ACS e contextualizá-lo dentro do cenário das políticas públicas de atenção à saúde, entendemos a necessidade de se fazer um breve histórico sobre como se desenvolveram as ações de saúde no Brasil. Este relato é necessário para que se possa ter uma ideia básica do surgimento e importância da implantação, do que veio a ser um sujeito imprescindível nas equipes de saúde, para quê e quais devem ser suas funções.

“Desde a antiguidade, é preocupação do homem proteger sua saúde.” (FIGUEIREDO, 2005, p. 259). Segundo Filho (2004), a colonização e a rápida urbanização de algumas cidades brasileiras, feitas de forma descontrolada, na época do Descobrimento, fizeram com que as primeiras experiências em saúde no Brasil fossem um desastre. Nos primeiros tempos de colonização do Brasil, o sistema de saúde foi muito precário, pois a Coroa portuguesa tinha por prioridade a urbanização das cidades, comercialização e

circulação de mercadorias, cobrindo com a assistência somente os pontos em que a produção era escoltada.

Filho (2004), relata-nos que nesta época, a maioria da população utilizava a medicina popular, que era uma mistura de cultura indígena, jesuíta e africana, onde somente os senhores tinham acesso aos profissionais da Medicina. Mesmo por que eles eram muito poucos e os que se instalaram por aqui, tiveram muitas dificuldades para exercer a profissão. Sem contar, que a população tinha medo do tipo de tratamento utilizado, que era baseado em purgantes e sangrias, que enfraqueciam os doentes e muitas vezes os levavam à morte.

A ausência de serviços de saúde eficientes fazia com que a orientação dos médicos só fosse aceita em épocas de epidemia, por exemplo, em surtos de varíola, o que na época, tornou-se a principal causa da mortalidade.

Criada em 1796, a vacina da varíola foi introduzida no Brasil em 1804 pelo Visconde de Barbacena que “nesta época teve rápida aceitação como melhor estratégia para impedir a ocorrência de epidemias da doença.” (FILHO, 2004, p. 9).

Em 1808, foi criada a Fisicultura-mor, que centralizava toda autoridade sanitária e tinha como prioridade regular, a prática profissional e combater o charlatanismo.

A primeira organização nacional de Saúde Pública no Brasil deu-se em 1808, com a vinda da Família Real. O Dr. Manoel Vieira da Silva foi nomeado para o cargo de Físico-mor do Reino, centralizando toda a autoridade sanitária e ocupando o primeiro cargo de sanitarista no Brasil. As atividades de Saúde Pública, no século XIX, limitaram-se à delegação de atribuições sanitárias, às juntas municipais e às atividades vacinadoras com a varíola. (FIGUEIREDO, 2005, p. 260)

Em 1829, por ordem de D. Pedro I foi criada a Imperial Academia de Medicina, órgão consultivo sobre as questões ligadas à saúde pública nacional. Surgiu também, a Junta de Higiene Pública, ainda nesta época, foi organizada a Inspeção de Saúde dos portos que fiscalizavam os navios que aqui chegavam e tiveram que passar por períodos de quarentena. Foi nessa época, que alguns médicos concluíram que as enfermidades eram causadas por “miasmas” e recomendavam aos mais ricos que em épocas de crise sanitária se afastassem da corte e fossem procurar ares mais puros. (FILHO, 2004)

A obra de Filho (2004), relata-nos que a fase imperial do Brasil encerrou-se sem que o estado solucionasse os problemas de saúde da coletividade, mesmo com o incentivo que Dom Pedro II fez, financiando pesquisas científicas na França sobre doenças tidas como males típicos das regiões tropicais. Nesta época, o Brasil era tido como um lugar não propício à visitação devido aos casos de epidemias³ e mortes por doenças.

A Proclamação da República, em 1889, tinha a pretensão de modernizar o país a qualquer custo. A concepção de que a população constituía capital humano e a incorporação de novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos a elaborar planos de combate às enfermidades que reduziam a vida útil da população.

“Os lucros produzidos pelo café foram parcialmente aplicados nas cidades, isso favoreceu a industrialização, expansão das atividades comerciais e aumento acelerado da população urbana,” (FILHO, 2004, p. 16), assim as cidades ganharam uma atenção especial e o meio rural só teria atendimento em casos extremos. Ainda, conforme Filho (2004), neste período, as oligarquias da República Velha sentiram necessidade de recorrer à ciência da higiene para examinar o ambiente físico e social das populações urbanas, com objetivo de melhorar as condições sanitárias das áreas vitais da economia nacional.

Para isso, ainda no séc. XIX as oligarquias doaram grandes verbas para a área da saúde pública, o que possibilitou grande avanço e começaram as fiscalizações sanitárias, seguidas de repressão aos curandeiros que foram presos e ameaçados. (FILHO, 2004)

Entre 1900 e 1910, podemos dizer, a partir do relato dos acontecimentos feito por Filho (2004), constatou-se que houve avanços históricos na prevenção de algumas doenças que assolavam a população. Entre elas, as descobertas sobre a febre amarela de Adolfo Lutz e a doença de chagas, por Carlos Chagas, período este, marcado pela “era dos institutos.”

Para assegurar a eficiência das tarefas dos higienistas e dos fiscais sanitários, o governo paulista organizou institutos de pesquisas, articulados à estrutura do Serviço Sanitário. Em 1892, foram criados os laboratórios Bacteriológico, Vacinogênico e

³ Epidemia: Aparecimento e difusão rápida e passageira de uma doença que atinge um grande número de pessoas ao mesmo tempo.

de Análises Clínicas e Farmacêuticas. Ampliados logo depois, transformaram-se respectivamente, nos Institutos Butantã, Biológico e Bacteriológico (este último mais tarde, denominado Instituto Adolfo Lutz). (FILHO, 2004, p. 17)

Mesmo com as ações de vários pesquisadores da época, os investimentos em saúde pública não eram suficientes, assim, de acordo com Filho (2004, p. 21), “os brasileiros, principalmente os do interior, continuavam a sofrer muitas enfermidades de caráter endêmico⁴.”

Neste período, também houve um crescimento da população que deu origem à multiplicação de cortiços e das favelas, conseqüentemente também, aumentou o número de enfermos. Filho (2004), relata que as elites intelectuais da época discutiam se a causa seria devido à “qualidade da raça brasileira”, apoiados no conceito eugenista e os grupos contrários definiam o Brasil como um “vasto hospital” que necessitaria de intervenção do setor sanitário.

As atenções para ações de saúde pública foram voltadas para o Rio de Janeiro e de forma mais gradativa, em São Paulo. Estas iniciativas previam a reurbanização das cidades, com medidas de desalojamento e derrubada de cortiços expulsando milhares de trabalhadores pobres que viviam em cortiços por se considerar que essas construções seriam responsáveis pela proliferação de ratos e mosquitos causadores de doenças. Inspetores sanitários entravam nas casas detectando possíveis fontes de doenças (FILHO, 2004).

Estas medidas conseguiram diminuir os óbitos por doenças endêmicas destas regiões, mas criaram desconfiança e medo por parte da população. Dentro do processo de modernização das cidades, o fato histórico marcante ocorreu em 1904, na cidade do Rio de Janeiro, conhecido como “A Revolta da Vacina.”⁵

Oswaldo Cruz vinha forçando o Congresso Nacional a aprovar uma lei que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola. O povo assustado, reagiu contra o programa de vacinação em massa, não só porque nunca tinha passado por um processo semelhante, mas também por desconhecer a composição e qualidade do material empregado na imunização. (FILHO, 2004, p. 27)

⁴ Endemia: Doença que existe constantemente em determinada região e ataca um número de vítimas previamente esperado. (N.A.)

⁵ Para saber mais sobre este fato, indicamos obra do mesmo autor: “A Revolta da Vacina” em co-autoria com José Carlos Sebe.

Em 1923 foi realizado o 1º Congresso Brasileiro de Higiene, no qual discutiram e se exigiram soluções mais eficazes para os problemas de saúde, aplicação de medidas preventivas e a utilização da educação sanitária.

Ainda na década de 20, século XX, o médico Carlos Chagas implantou a Reforma Carlos Chagas que propunha algumas mudanças como: propaganda e educação para a saúde, expansão das atividades de saneamento em âmbito nacional, extensão dos serviços de profilaxia para o interior do país, medidas profiláticas contra a febre amarela em convênio com a Fundação Rockefeller (FIGUEIREDO, 2005; FILHO, 2004).

Com a Lei Eloy Chaves, em 1923, institui-se o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Estas caixas eram organizadas por empresas ou categorias profissionais e excluíaam muitos segmentos da população. Embora fosse regulado pelo Estado, o rápido crescimento do sistema de caixas não permitia ao governo monitorar seu funcionamento, especialmente ao longo do fim da República Velha (anos 20, séc. XX), quando o Estado era desprovido quase totalmente, de instâncias de fiscalização das ações da sociedade civil.

Os anos 30, do século XX, foram marcados por crises, o êxodo rural e a aceleração do ritmo industrial, provocaram uma nova ordem social em que os sindicatos pressionavam e exigiam os serviços de saúde para os trabalhadores. (BAPTISTA, 2005).

Em 14 de novembro de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde para desenvolver atividades e serviços de saúde, também surgiram os centros de saúde em todos os estados, muitos permanecem até hoje. (MELO, 2005).

Ocorreu em 1942, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) para combater a malária na região Norte, atuando também na assistência médica, educação sanitária, controle de doenças e pesquisa sobre doenças tropicais e que gradualmente, foi desenvolvendo atividades em outras regiões. (FIGUEIREDO, 2005).

Para Baptista (2005) e Melo (2005), com a crise dos anos 30, do século XX, e o advento da revolução liderada por Getúlio Vargas, ocorreram muitas mudanças, aumentando o centralismo estatal. Os setores de saúde e previdência não fugiram a esse movimento. Durante os anos 40 e 50 do século XX, a assistência médica prestada pelas CAP's e Instituto

de Aposentados e Pensionistas (IAP's) aos trabalhadores formais foi a única disponível. Poucos eram os estados e municípios que dispunham de serviços de assistência médica adequados às necessidades de sua população. Alguns estabelecimentos filantrópicos mantinham cuidados à saúde para famílias e eram tratados como indigentes os que não se aplicava a nenhuma das categorias expostas. As Santas Casas atendiam gratuitamente aos mais pobres, inclusive, as organizações anteriormente citadas não atendiam aos doentes de tuberculose e estes, eram encaminhados para o Ministério da Saúde que por sua vez, tinham alguns hospitais especializados em doenças transmissíveis e em psiquiatria. (BAPTISTA, 2005; MELO, 2005).

A assistência médica prestada pelos IAP's apresentava alguns problemas como a exclusão. Muitos trabalhadores formais, bem como os rurais e os do setor informal urbano, não pertenciam a ramos de atividade ou categorias profissionais cobertas pelos IAP's e pela estrutura remanescente das CAP's. A falta de inclusão para todas as pessoas e outras deficiências levaram à unificação das estruturas de assistência médica dos IAP's, discussão iniciada nos anos 50 e consumada pela Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960. (BAPTISTA, 2005).

O golpe militar de 1964 e o governo autoritário que se instituiu, criaram condições propícias para alterar o sistema de previdência social e assistência médica até então, vigente. O primeiro efeito negativo sobre o Ministério da Saúde foi a redução de verbas para a saúde pública. Em 1967, no bojo das reformas administrativa, fiscal e financeira, foi feita também a reforma previdenciária, unificando cinco dos seis IAP's num único instituto – o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). (MELO, 2005).

O INPS passou a ser o responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, independente do ramo de atividade ou categoria profissional. Também passaram a estar cobertos os trabalhadores autônomos ou empregadores (individualmente) que contribuíssem para o INPS. Essa extensão de cobertura trouxe problemas para instituições da assistência médica, dado que os estabelecimentos mais antigos, IAP's, não davam conta dessa nova clientela do INPS. Foi necessário não apenas ampliar as instalações de assistência médica da previdência, como também contratar uma rede maior de estabelecimentos privados que, mediante processos de compra e venda de serviços médicos por unidade de serviço (US), passariam a integrar a rede de assistência médica do INPS. (BAPTISTA, 2005).

Os gastos com a saúde dobraram de valor, com uma tendência clara para o atendimento hospitalar. A política de saúde estava subordinada à organização do INPS, que manteve a estrutura de funcionamento anteriormente proposta pelos IAPs e oferecia serviços apenas para aqueles que comprovavam o vínculo com o INPS – as pessoas levavam suas carteiras de trabalho ou carnê de contribuição previdenciária quando procuravam os hospitais ou qualquer tipo de assistência, a fim de comprovar sua inclusão no sistema. (BAPTISTA, 2005, p. 22).

O setor privado, por sua vez, com exceção do filantrópico, calcado nas Santas Casas e hospitais ligados a ordens religiosas, não contava com uma rede de estabelecimentos de grande proporção. Seria necessário ampliar esta rede para satisfazer a nova demanda governamental. Boa parte da expansão desta rede foi financiada com recursos públicos oriundo do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em 1974 e formado por recursos das loterias federal e esportiva, bem como, por saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF). (BAPTISTA, 2005).

No começo dos anos 70, um marcante contraste caracterizava o cenário da assistência médica brasileira. De um lado, se notava a dominância de uma medicina altamente diferenciada, de custo elevado e intenso consumo por parte de determinado estrato da população; de outro, um elevado número de pessoas que tinham necessidades básicas de saúde sem atendimento. (SILVA, 2002, p. 21)

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, com o desdobramento do INPS em três institutos: o de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), que administrava e recolhia recursos. O INPS que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), destinado somente a administrar o sistema de saúde previdenciário. (FILHO, 2004).

A política de saúde praticada desde os anos 80, pouco fez para alterar o quadro sanitário vigente nas décadas anteriores. [...] o setor sofre sobretudo, da ausência de planejamento e da descontinuidade dos programas. Tal situação permite não só o alastramento da corrupção, mas também a ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população. (FILHO, 2004, p. 61).

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), e outros projetos, como o Prev-Saúde e Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, que propunham normas mais adequadas para a prestação de serviços e assistência à saúde dos previdenciários, a alocação de recursos e medidas de avaliação das ações de saúde. (FILHO, 2004).

Em 1986, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, uma das mais importantes da nossa história, por debater a reformulação do sistema nacional de saúde, tendo como tema “Democracia e Saúde” e como princípios básicos “a saúde como um direito de todos e dever do Estado”, criando o Sistema Único de Saúde. O Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi criado em 1987 para aperfeiçoar as AIS. (PEREIRA, 2005; BAPTISTA, 2005).

Com a Constituição Federal (CF) de 1988, foram incluídos os artigos 196 a 200 referentes à saúde, elaboradas as Leis Orgânicas de Saúde (LOS) e foi implantado o SUS, tendo por princípios básicos: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos, complementaridade do setor privado e resolubilidade.

Esta reforma do setor saúde iniciada na década de 1980 e com as AIS (1983), acompanhada pelo movimento sanitário brasileiro com o apogeu na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, levaram à criação do SUS o qual se fortaleceu com a nova Constituição Brasileira (1988) que contemplou a saúde como um direito social, cuja garantia é responsabilidade de cada um e de todos e, em especial do Estado, assegurando mediante às condições básicas: políticas públicas, econômicas e sociais para redução de riscos e, acesso a todos os brasileiros a serviços e ações de saúde. (PEREIRA, 2005).

A LOS 8.080/90, que dispõe sobre as condições referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde, em seu artigo 3º, diz que:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
Parágrafo Único – Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (Lei 8.080/90).

Com um novo conceito de saúde e frente às novas concepções de atendimento da população, com o idealismo constitucional de um bem-estar amplo que traz a proposta de mudanças na prestação dos serviços de saúde propondo a mudança de modelo assistencial para o de atenção integral à saúde⁶, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, baseadas nas necessidades prioritárias da população, mas por outro lado, prolongam-se em debates políticos com resistência a regulamentar direitos sociais.

Acredita-se que o investimento na atenção básica⁷ traga resultados que diminuam a procura por serviços de saúde mais complexos e sejam fator de melhoria da qualidade de saúde da população, principalmente os mais pobres, por serem os mais carentes deste serviço. A carência é causada por dificuldades de acesso a serviços pagos e também, por maiores necessidades que são resultados das condições sociais precárias em que vive grande parte da população.

Dentro desta nova perspectiva de políticas de saúde e com a ampliação de oferta de serviços, estendida para toda a população, criou-se a necessidade de novos profissionais e em maior número para atender necessidades das mais simples às mais complexas.

⁶ O modelo assistencial também chamado de tecnicista/hospitalocêntrico (atendimento hospitalar), com foco no tratamento de doenças, não atende mais às necessidades de saúde das pessoas, portanto esta mudança para o modelo de atenção integral, que tem como centro de atenção a família, e não apenas o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, mas age preventivamente. (BRASIL, 2007).

⁷ Atenção básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. (SOUSA, 2010).

1.2 Políticas Públicas que viabilizaram a inserção do Agente Comunitário de Saúde no Brasil

Segundo o Dicionário Houaiss, da Língua Portuguesa (2001, p. 114), agente é “que ou quem atua, opera, agencia pessoa ou algo que produz ou desencadeia ação ou efeito. O que impulsiona, propulsor. O que origina alguma coisa”. Já para Abbagnano (1998, p. 132), agente é “em geral, o que toma a iniciativa de uma ação ou aquilo de que a ação promana ou deriva, em contraposição a paciente, que é o que sofre a ação,” passando a ideia de alguém que deva gerar movimento, pois os dois conceitos falam em “ação”, assim como a palavra impulso que tem a conotação de causador, motivador, iniciador de algo, mas sempre no ativo, não devendo ser definição de quem recebe a ação.

Comunitário por sua “ação” se dar na comunidade que, ainda segundo Houaiss (2001, p. 782), é um “conjunto de indivíduos organizados num todo ou que manifestam, geralmente de forma consciente, algum traço de união.” Conjunto de habitantes de um mesmo estado ou qualquer grupo social, cujos elementos vivam numa dada área, sob um governo comum e irmanados por um mesmo legado cultural e histórico.

Assim, podemos entender que a denominação *Agente Comunitário* venha para designar aquele que tem sua ação, elemento propulsor, ativo e atuante numa determinada comunidade, que tenha com ela algum traço comum ou afinidade e a adição do termo *Saúde*, complementando então para Agente Comunitário de Saúde, para agir dentro da comunidade em assuntos relacionados à saúde.

As primeiras intervenções de caráter de políticas públicas de que se têm referências no Brasil, foram desenvolvidas entre 1942 e 1960 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F. Sesp) que por 30 anos desenvolveu uma série de experiências de ampliação de cobertura da assistência em saúde da população, Silva e Dalmaso (2002, p.26) ressaltam que a F. Sesp, “teve uma grande importância na concepção de diretrizes que atualmente orientam as práticas de trabalho na proposição dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família. (PSF)”

Ainda, segundo Silva e Dalmaso (2002, p. 26), obra que melhor nos orientou sobre a trajetória do ACS, a F. Sesp foi “pioneira na criação de modelos para as propostas de ampliação de cobertura para populações específicas” e a partir destas experiências, se pudessem avançar no conhecimento de modelos de atenção à saúde.

Na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública destaca-se o trabalho de auxiliares, conhecidas como visitadoras sanitárias, que sob a orientação do enfermeiro, atuavam tanto na unidade de saúde quanto na comunidade, realizavam visitas domiciliares e eram responsáveis pelo atendimento a gestantes, crianças de baixo risco e atividades de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância sanitária com “cobertura da população residente em uma determinada área do município” (SILVA, 2002, p. 27), aspectos estes, que muito se assemelham às atribuições dos ACS atualmente.

Estas visitadoras sanitárias⁸, logo após a admissão, recebiam um treinamento para o serviço de seis meses, realizado por enfermeiro, seguindo programa e metodologia validada pela instituição que promovesse a integração ensino-serviço que favorecesse o desenvolvimento necessário para a prática das funções.

Outro programa que merece destaque, foi o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), este programa desenvolveu-se em duas etapas. A primeira etapa foi no Nordeste, entre 1976-1979 e a segunda etapa, que seria de expansão nacional entre 1980-1985 que teve como destaque o Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural - Vale do Rio Ribeira, em São Paulo, conhecido como projeto Devale. (SILVA, 2002)

O destaque deste programa, segundo Sousa, deve-se “exatamente pela sua importância na cultura da organização dos serviços locais de saúde como porta de entrada da clientela a ser assistida e pela formação de indivíduos comprometidos com a prática de transformações sociais.” (SOUSA, 2003, p. 38) O PIASS tinha por finalidade implantar estrutura básica de saúde pública que contribuiria para aumentar o nível de saúde de comunidades de até 20.000 habitantes.

⁸ Na obra não especifica que seriam somente mulheres que desempenhavam esta atividade, dentro dos aspectos da F. Sesp se fala em visitador sanitário, mas as autoras referem-se sempre a *visitadoras sanitárias*, por isso resolvemos manter a definição das autoras.

Suas práticas se estenderiam a questões relacionadas ao meio ambiente, até problemas sanitários que demandavam atenção médica individual e contavam com agentes de saúde, incorporados por inspiração na F. Sesp, tendo algumas atribuições similares.

Estes agentes de saúde eram recrutados na própria comunidade, em postos de saúde rurais e na periferia dos centros urbanos, e portanto, abriu-se novamente a preocupação com a dimensão das atividades que deveriam ser realizadas por esses agentes e a definição de um treinamento adequado que viesse atender às expectativas do agente de saúde e da população, para melhor execução do trabalho a ser realizado.

Percebe-se dentro da obra de Silva e Dalmaso (2002), e confirmados por Morosini (2007) que nesses projetos a preocupação com treinamentos até então, eram associados a processos formativos aligeirados, que, em geral, objetivam a instrumentalização para a prática, como é o caso de “treinamento”⁹ e “capacitação.”

Na primeira etapa do PIASS, o treinamento previsto era de dois meses e presumia a continuidade no processo de capacitação, por entender que esta etapa não seria suficiente para preparar o agente para suas funções. Já, na segunda etapa, no Devale, a proposta de treinamento estava mais integrada, prevendo doze semanas, sendo dez semanas na sede e duas, de estágio prático nos centros de saúde do município.

Tanto na etapa do Nordeste, como na etapa do projeto Devale, o processo de capacitação dos agentes de saúde, foram originalmente criados como permanente, mas não foram além da primeira fase. Este fato e outras limitações institucionais, bem como falta de instrumental básico para desenvolver suas atividades acabaram comprometendo e limitando a prática dos agentes, mas ainda assim, eram bem conceituados pela competência e dedicação com que desenvolviam seu trabalho.

Em 1987, teve início o Programa de Agentes de Saúde do Ceará (Pacs-Ceará),

⁹ Capacitação traduz-se por preparar a pessoa para enfrentar situações referentes à sua atividade, através do uso e aplicação de conhecimentos, promovendo o desenvolvimento, estimulando a autonomia, indo além de treinamento, como sendo o desenvolvimento de habilidades específicas, por meio de repetições, com pouca criatividade e autonomia.(TAKEI, 2009)

A primeira experiência de agentes comunitários de saúde, ACS, como uma estratégia abrangente de saúde pública no Brasil, ocorreu no Ceará em 1987, com o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. (TOMAZ, 2002, p. 01)

Nesta experiência foram empregadas 6.113 pessoas, sendo que 95% eram mulheres em 118 municípios do Nordeste.

Numa segunda fase, entre 1988 e 1989, após passar o período mais crítico da seca e por manifestações positivas das comunidades, foi realizada uma experiência em larga escala promovida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa de Agentes de Saúde do Ceará. Este programa iniciou em quarenta e cinco municípios do interior, com o objetivo de melhorar a capacidade da comunidade em cuidar da própria saúde e outro objetivo, era o de empregar mulheres nas áreas mais pobres do estado, melhorando e estimulando sua participação social.

Estes agentes deveriam se integrar em seu trabalho a outras pessoas da comunidade que já executavam alguma ação de saúde como as parteiras, curandeiros locais e deveriam estimular a participação das famílias e da comunidade para a proteção da saúde.

Foram selecionados 1.701 agentes, eleitos pela comunidade e os resultados¹⁰ desta experiência bem sucedida foram muito importantes para a continuidade e ampliação do programa.

Assim, em 1991 o Ministério da Saúde propõe a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) na região Nordeste e tinha como prioridade de trabalho do agente, as ações de educação em saúde, de mobilização da comunidade e de atenção ao grupo materno infantil. Na região Norte, no entanto, a implantação ocorreu em caráter emergencial para fazer frente à epidemia de cólera. (SILVA, 2002, p. 51)

Sousa (2003), explica que a preferência pela região Nordeste para a implantação do programa foi motivada pela existência de maiores indicadores de doenças, carências,

¹⁰ Melhoria de determinados indicadores como cobertura vacinal, controle do câncer uterino, queda da mortalidade infantil por diarreia e até, redução de doenças que se podem prevenir por imunizações.

pobrezas, miséria e a implantação do PACS resultaria em maior impacto a curto e médio prazo.

Com base nas experiências anteriores, as quais foram resumidamente descritas, algumas características foram mantidas, como por exemplo, na questão de critérios de seleção: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, morar há mais de dois anos na comunidade e dispor de oito horas por dia para o trabalho.

A partir deste momento, a coordenação nacional do programa começou a desenvolver publicações e textos de apoio com conceitos sobre o que é o/a agente, como trabalhar com a comunidade, orientações sobre como praticar uma atenção pautada pelas orientações do SUS.

Em 1992, o PNACS perde o termo nacional e passa a se chamar Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), nomenclatura que perdura até hoje. E, em 1994, devido ao sucesso do resultado de suas ações, criaram-se condições para a formulação do Programa Saúde da Família (PSF) como um modelo de assistência à saúde visando ações de promoção e proteção à saúde da família e da comunidade. Este programa incorporou e ampliou a atuação do ACS. (SILVA, 2002)

O Programa Saúde da Família (PSF) possui uma equipe de saúde constituída por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS, sendo considerado um projeto adequado, por ser mais amplo para atender as necessidades de saúde da população.

Ainda iremos encontrar em muitos locais o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o PSF juntos, mas o PACS está sendo considerado uma estratégia transitória para a implantação futura do PSF. Entende-se que o PACS ainda persiste quando não se conseguiu ainda a implantação do PSF, mas podemos entender que juntos, compõe-se de esforços articulados para viabilizar a reformulação da atenção à saúde a partir da atenção básica.

Pelo exposto, entende-se que o PACS não foi uma única experiência que deu certo, mas o conjunto de várias experiências bem-sucedidas, projetos que foram sendo estudados, avaliados, modificados, para depois serem ampliadas e adequados às características da

população notadamente mais pobres, que vêm confirmar o histórico anteriormente descrito, de exclusão e restrição ao acesso a serviços de saúde.

Para Morosini (2007) é necessário compreender a “ambiguidade” do trabalho do ACS, que por sua vivência singular de membro da comunidade, vê seus conhecimentos de caráter popular postos em diálogo ou mesmo, em contraposição com o conhecimento científico, fruto das experiências de capacitação, treinamentos e formação profissional.

1.3. Programa de Agentes Comunitário de Saúde – PACS e Programa Saúde da Família PSF – Implantação em Santa Catarina

Os programas tiveram início em Santa Catarina no ano de 1994, mas de uma maneira muito tímida. Ascurra, Chapecó e Blumenau foram os três primeiros municípios conveniados. Quatro anos depois, apenas 5,9% dos catarinenses tinham acesso às equipes de Saúde da Família. A grande arrancada do Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde no Estado começou mesmo, a partir de 1999. (Revista Catarinense de Saúde da Família, 2009)

Segundo dados do MS em 1998¹¹ eram 366 ACS e 103 equipes de PSF, e em fevereiro de 2010, com 10.943 ACS e 1.551 equipes ESF¹² no Estado de Santa Catarina. Conforme dados de Henrique e Calvo (2010), apesar disso, a cobertura populacional pelo PSF situa-se em torno de um terço dos habitantes do país, o que pode ser atribuído, em parte, à maior dificuldade de sua implantação nas maiores cidades, que concentram um grande contingente populacional. No estado de Santa Catarina, segundo dados da Revista Catarinense Saúde da Família,¹³ em 2009, 73% da população estava sendo atendida por equipes de saúde da família, sendo que a implantação da estratégia ocorre em 100% dos municípios.

¹¹Dados obtidos em Atenção Básica – Acompanhamento e avaliação. Disponível em: <<http://portales.saude.sc.gov.br/>>. Acesso em: 15 maio 2010.

¹² A mudança da sigla PSF para ESF deve-se à mudança da nomenclatura do programa, passando a se chamar de Estratégia de Saúde da Família, em virtude do entendimento que o programa prevê: início, meio e fim, juntamente com as ações de saúde, compõem-se de processos contínuos.

¹³ Ano I, nº 1, ano 2009. Publicação on-line disponível em: www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 15 maio 2010.

O quadro 1 mostra a evolução na cobertura populacional por equipes de saúde da família no estado de Santa Catarina, no período de 1998 a 2008¹⁴. A população aumentou em média 20% entre dezembro de 1998 e março de 2008, já a cobertura de ACS teve um aumento de quase 200% no mesmo período, considerando os dados da tabela.

Quadro 1 - Cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família de dezembro de 1998 a março de 2008.

	% de cobertura populacional ACS	% de cobertura populacional SF	População
dez/98	3,93	6,99	4.958.339
dez/99	22,98	11,12	4.958.339
dez/00	44,77	24,14	5.098.448
dez/01	57,18	39,05	5.448.736
dez/02	69,05	51,7	5.448.736
dez/03	73,26	56,89	5.527.707
dez/04	74,02	59,05	5.610.207
dez/05	79,07	63,61	5.610.207
dez/06	79,02	64,08	5.872.978
dez/07	75,95	64,88	5.964.676
mar/08	76,20	65,40	5.964.676

Fonte: Projeto de monitoramento e expansão do PSF em Santa Catarina (2008, p. 6)

Percebendo a expansão do PSF, que se firmou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica, o governo emitiu a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e da participação social, princípios estes, que seguem as diretrizes do SUS. (BRASIL, 2006).

Segundo dados do Plano Regional Diretor (PDR) de Santa Catarina (2005), o estado possui 293 municípios, que estão “organizados segundo características sociais, políticas e econômicas e distribuídos regionalmente com base em 30 estruturas administrativas regionalizadas – as Gerências de Saúde das Secretarias de Desenvolvimento Regional – SDR com base em 8 macrorregiões.” (PDR, 2005, p. 7).

¹⁴ Ainda não dispomos de tabela atualizada com dados até 2010, além dos dados já citados.

Ainda, segundo o PDR, a estruturação das SDRs e das Gerências de Saúde redefine o desenho da regionalização política e de desenvolvimento econômico e social no estado, consolidando o modelo descentralizado e regionalizado das políticas públicas.

A reestruturação do governo do Estado de Santa Catarina criou, em 2005, 30 Secretarias de Desenvolvimento Regional - SDRs. Cada SDR conta com uma capacidade funcional, que incorpora o setor saúde em sua estrutura administrativa, através de uma Gerência de Saúde. Tem como competências, entre outras, representar o Governo do Estado no âmbito da respectiva região; promover a compatibilização do planejamento regional com as metas do Governo do Estado e com as necessidades da região; implementar as prioridades da região, conforme definidas no Congresso Estadual de Planejamento Participativo e nas reuniões do Orçamento Regionalizado; realizar a execução das atribuições finalísticas das Secretarias de Estado Centrais; participar da elaboração de projetos e programas a cargo de órgãos estaduais e que se relacionem especificamente com o desenvolvimento da região; coordenar as ações de desenvolvimento regional que lhe são afetas; e apoiar o desenvolvimento municipal. (PDR, 2005, p. 8).

Curitibanos é a sede da 11ª SDR – Secretaria de Desenvolvimento Regional – da qual fazem parte os municípios de Santa Cecília e São Cristóvão do Sul, localidades em que residem os ACS que estão em processo de formação no período entre abril e agosto de 2010 e sujeitos de nossa pesquisa de campo, portanto, necessariamente referenciados em nossos estudos.

Segundo dados obtidos junto às secretarias municipais de saúde, no município de Santa Cecília, que abriga 15.836 habitantes, contam com quatro equipes de ESF e 24 ACS, sendo que destes, 15 ACS começaram a Formação Inicial de Agente Comunitário de Saúde, os outros, fizeram o curso em 2007, na primeira etapa.

São Cristóvão do Sul possui 5.037 habitantes, contando no ano de 2010 com dez ACS e duas equipes de ESF. Desses dez ACS, oito estão integrando a turma de Formação Inicial em Agente Comunitário de Saúde.

Estes dados se enquadram com os estudos de Henrique e Calvo (2010), de que cerca de 80% dos municípios brasileiros possuía menos de 20.000 habitantes, em 1999, sendo estes municípios de pequeno porte, os principais a serem implantados o PACS e PSF, Santa Catarina por sua vez tem essa característica,

Municípios de pequeno porte predominam no Estado, com 87% deles apresentando no máximo 30 (trinta) mil habitantes. Caracteriza-se por maior concentração populacional nas macrorregiões Nordeste e Grande Florianópolis [...] e maior dispersão no Planalto Norte e Planalto Serrano [...]. Os maiores contingentes populacionais se encontram nas regionais da Grande Florianópolis, Joinville, Blumenau, Itajaí e Criciúma, que juntas abrigam 46,8% da população. (SANTA CATARINA, 2008)

Acredita-se que uma das dificuldades da abrangência da cobertura é a implantação de equipes de PSF (Programa de Saúde da Família) nas maiores cidades, que concentram um grande contingente populacional. Podemos entender que os serviços de maior complexidade e custos, não estejam disponíveis em pequenos municípios, por isso faz sentido que a cobertura da atenção básica seja maior e receba mais incentivo.

No processo de implantação do programa, predominaram municípios de pequeno porte, nos quais uma equipe do PSF responde por elevada cobertura populacional. Apesar das persistentes afirmações em torno dos resultados do programa e dos mecanismos indutores de financiamento, em poucos municípios com sistemas de saúde complexos, o PSF foi introduzido como a estratégia substitutiva do modelo assistencial vigente. Na grande maioria das cidades de médio e grande porte, o PSF persiste com as características de uma estratégia de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada para grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias. (HENRIQUE, 2010, p. 136)

Por se tratar de dois municípios de pequeno porte e cada um deles, não conseguindo formar uma turma de ACS¹⁵, articulou-se junto à Escola de Formação em Saúde (EFOS) – responsável pelo processo de formação – e com as secretarias de saúde dos dois municípios, juntaram-se os ACS, 15 de Santa Cecília e os 8 de São Cristóvão do Sul, formando uma turma de 23 ACS. Tornando-se assim, viável o curso.

Estes dados foram coletados junto à instituição formadora, na qual a pesquisadora colabora como Coordenadora Regional.

¹⁵ A previsão é que se formem turmas de 30 ACS em média para as aulas de concentração.

As aulas de concentração¹⁶ foram realizadas em Santa Cecília, às sextas-feiras e os ACS de São Cristóvão, sendo levados com carro do município, onde estudaram o dia todo.

Sendo que, as aulas de dispersão¹⁷ aconteceram no local de trabalho de cada ACS, tendo a enfermeira de sua equipe, a responsabilidade de transmitir as atividades referentes a esta modalidade.

No próximo capítulo, serão abordadas as atribuições dos ACS, para podermos questionar se a formação que está sendo oferecida, realmente consegue prepará-los para os desafios profissionais impostos por lei, que veremos, são muitos. Assim, trataremos de entender o processo de formação do agente comunitário de saúde.

¹⁶ Aula teórica, em sala de aula.

¹⁷ Aula com atividades de campo, dentro da sua área de atuação.

CAPÍTULO II

2. SOBRE O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ATRIBUIÇÕES LEGAIS E SOCIAIS

Este capítulo irá abordar o que se formalizou sobre atribuições, requisitos e capacitações do agente comunitário de saúde numa perspectiva de trazer o arcabouço de suas responsabilidades para depois, falarmos sobre o seu processo formativo. Procurando com esta dinâmica, confrontar os papéis, com o sentido inquisitivo de saber se um complementa o outro, ou seja, após entendermos quais as atribuições, o que se espera que o ACS realize, analisaremos então, o que é oferecido como instrumentalização para sua prática.

Desde as primeiras experiências, da criação (1987) e implantação (1991) do PACS foi se construindo uma identidade única para o agente de saúde, de forma progressiva foram se adequando os requisitos e acrescentando atribuições que melhor definissem o que se esperava que fossem as funções do ACS.

Com a ampliação do programa do ACS e em seguida, com o PSF que incorporou o ACS na equipe de trabalho, com extensão para todo o território nacional. No entanto, o número de pessoas trabalhando no SUS, fez surgir a necessidade de uma formalização profissional para o agente de saúde, com definição de requisitos, atribuições e necessidade de formação profissional, por já se constituir categoria profissional.

Partindo desse apanhado, que construímos este capítulo, com o intuito de trazer dados que sirvam para contar a trajetória de atribuições legais de um profissional que entrou na área da saúde para permanecer, devido a sua importância social na comunidade onde atua.

2.1. Requisitos, atribuições e capacitação do Agente Comunitário de Saúde desde o início de sua trajetória

O agente comunitário de saúde, desde as primeiras tentativas de implantação, teve requisitos que apontavam para o perfil de uma pessoa que deveria cumprir um papel fundamental em sua comunidade. Para Sousa (2003, p. 56), ele “representa o elo entre as necessidades, anseios e demanda de uma comunidade, canalizando-a fundamentalmente para os serviços de saúde, no qual sua participação se torna essencial no exercício de mudanças na melhoria de condições de vida/saúde.”

A primeira proposta relacionada a agentes de saúde, foi a do Ceará, em 1987, com utilização de mão-de-obra não capacitada. Neste período, o requisito principal não estava na função de agente propriamente dita, mas no caráter social do programa proposto, que era “a possibilidade de empregar, a curto prazo, em atividades de promoção à saúde, milhares de moradores de áreas carentes,” já que a seca castigava muito a região e não havia outras fontes de trabalho. (SILVA, 2002, p. 47)

Estes trabalhadores, em sua grande maioria mulheres, em torno de 95%, receberam um treinamento inicial de duas semanas antes do início das atividades. E durante seis a doze meses, desenvolviam ações básicas de saúde como terapia de reidratação oral, vacinação, orientação para estímulo do aleitamento materno, entre outras. (SILVA, 2002)

Na segunda fase do programa, de 1988 a 1989, os objetivos estavam mais específicos, os requisitos necessários para seleção eram residir na comunidade assistida e também, a “decisão de que seriam eleitos pela comunidade,” receberiam um treinamento de um supervisor com nível superior, sem especificar a área de formação,

Em relação ao treinamento e supervisão dos agentes de saúde do Ceará, cada grupo de 20 ou 30 agentes vinculava-se a um supervisor de nível superior, em dedicação exclusiva ou, no mínimo, por 20 horas semanais de trabalho. O treinamento incluía uma capacitação inicial de 60 dias sob responsabilidade da supervisão municipal, com ênfase às ações de educação e de promoção da participação comunitária. (SILVA, 2002, p. 49)

Naquele momento histórico da capacitação dos ACS, tinha-se como ideia inicial a realização de apenas um treinamento de dois meses de educação continuada,¹⁸ segundo Sousa (2003) esta proposta continha o risco de fragmentação no aprendizado e desqualificação no atendimento às comunidades.

As atribuições já estavam mais definidas e se esperava que os agentes desenvolvessem ações de acompanhamento das famílias de sua área através de visita domiciliar, aparecendo então, o acompanhamento para os grupos de risco: crianças menores de 2 anos e gestantes, verificando peso e instruindo sobre uma nutrição adequada e realizando encaminhamentos para as Unidades de Saúde conforme o caso. Também, previam incentivos à participação comunitária para discutir assuntos de saúde, promovendo atitudes ativas e colaborativas na comunidade. (SILVA, 2002)

À medida que as experiências foram progredindo, novas atribuições foram sendo acrescentadas ao agente de saúde. Em 1991, quando teve início o PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, agora através do Ministério da Saúde, com a proposta de aumentar a cobertura populacional de atenção primária, contribuindo para a municipalização e implantação do SUS, nesta proposta, a seleção estabelecia critérios previamente definidos:

Para ser ACS era preciso: morar na comunidade há, pelo menos dois anos, ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever; ter disponibilidade de oito horas diárias para executar o trabalho. Sua escolha deveria dar-se mediante prova escrita – conteúdos que observassem comportamentos – e entrevista por área a ser trabalhada, entre os candidatos de cada localidade, após um processo de ampla divulgação e mobilização. (SOUSA, 2003, p. 93)

Nestes requisitos, existe a importância da moradia de pelo menos dois anos na comunidade onde o agente deveria trabalhar. Este requisito vinha para favorecer a compreensão da comunidade, para que o agente pudesse entender seus problemas e assim,

¹⁸ Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), educação continuada é um processo que inclui as experiências posteriores ao treinamento inicial, que auxiliam o aprendizado de competências importantes para o seu trabalho. Também é definida como as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida. (MASSAROLI, 2007).

estimular a mudança de hábitos que favorecessem a melhoria da saúde, já que fazia parte deste mesmo contexto.

Percebe-se também, outra modificação importante: o treinamento deveria ser oferecido obrigatoriamente por enfermeiro com disponibilidade de 20 horas semanais. Para este treinamento, uma equipe do Ministério da Saúde elaborou o *Manual do Agente Comunitário de Saúde*, que deveria servir de apoio aos responsáveis pelos agentes, através de textos, “conceitos e conselhos sobre como trabalhar com saúde.” Esperava-se que a capacitação dos agentes “lhes permitisse uma visão abrangente da situação de saúde e habilitação específica para atenção à saúde da comunidade.” (SILVA, 2002, p. 52-54)

Previa-se a realização de educação continuada com a finalidade de habilitação em auxiliar de enfermagem comunitário, paralela à elevação da escolaridade para nível fundamental, sendo que as entidades nacionais da enfermagem,

Tinham a preocupação de que a incorporação dos agentes comunitários de saúde, para o desenvolvimento de ações básicas de saúde, algumas delas identificadas com as da enfermagem, pudessem significar um aumento no contingente de trabalhadores sem qualificação, como os atendentes. (SILVA, 2002, p. 55).

Então, foi estabelecido que o ACS receberia um treinamento introdutório de seis meses e contou com uma aliança entre a Fundação Nacional de Saúde, que garantiria os recursos financeiros da qualificação, as entidades de enfermagem que fiscalizariam a prática e o exercício do trabalho dos ACS. Para este treinamento, o enfermeiro obrigatoriamente deveria ser o supervisor. (SOUSA, 2003)

Este período, 1991, foi marcado por debates acerca da profissionalização do ACS e sobre a implantação do programa, todas as decisões que surgiram acerca da estruturação e funcionamento do que viria a ser o PACS, segundo Sousa (2003) em *Agentes Comunitários de Saúde: Choque de povo* não foi tarefa fácil, disputas políticas, divergências de opiniões cercaram este momento. As discussões sobre as tarefas que deveriam ser desenvolvidas pelos ACS, fizeram surgir duas tendências:

Os adeptos da promoção da saúde coletiva defendiam que o processo de aprendizagem dos Agentes Comunitários de Saúde não resultaria apenas no domínio de técnicas das ações básicas de saúde, mas também na compreensão da inserção do homem na estrutura social, como condição para entender o processo saúde/doença e seus determinantes. Desse modo o ACS seria um promotor da saúde, por excelência, um educador permanente, na defesa da vida. Já outra vertente – medicina curativa – afirmava que os Agentes Comunitários de Saúde teriam de prestar assistência curativa às comunidades, afinal elas estavam vivendo no mundo das doenças e como tal, os ACS deveriam estar preparados tecnicamente para responder a essa demanda. (SOUSA, 2003, p. 93)

Optou-se pela definição de que o ACS deveria executar ações que poderiam ser adaptadas de acordo com a realidade de cada região ou município, mas que fossem baseadas em três ações gerais:

- Ações que fortalecem a organização, valorização e desenvolvimento comunitário;
- Ações que aumentam o vínculo do sistema de saúde com a comunidade;
- Ações, principalmente educativas e preventivas, que interfiram positivamente na saúde da comunidade. (SOUSA, 2003)

Assim, reforçando o que já havia sido estabelecido ao ACS, neste momento ele deveria ser preparado para estimular e participar da organização comunitária, servindo de elo entre os serviços de saúde e a comunidade, dentro de seu nível de competências, desenvolver atividades básicas de saúde como: acompanhamento a gestantes, estímulo ao aleitamento materno, acompanhamento de crianças, controle de vacinação e de doenças diarreicas com terapia de reidratação oral, orientação quanto à alimentação, utilização de medicina popular, promoção e melhoria do meio ambiente e educação em saúde.

Sousa (2003) afirma que o fato dos ACS terem sido selecionados dentro da própria comunidade, com definição clara do perfil e competências,¹⁹ serem moradores que atuam em suas próprias comunidades, em áreas geográficas adstritas, escolhidas por um processo seletivo, teria dado legitimidade e credibilidade ao trabalho do ACS.

O Ministério da Saúde, por reconhecer o sucesso do PACS, estendeu esta experiência para o SUS como um todo, idealizado em 1993 e oficializado em 1994, o Programa Saúde da Família – PSF, que deve incorporar o trabalho do ACS como integrante da equipe de saúde, visto que suas ações vêm de encontro com a expectativa do programa:

¹⁹ Esta afirmação de Sousa (2003) será contestada por vários autores, adiante no texto.

O PSF é apresentado, nesta primeira versão, como um modelo de assistência à saúde que visa a desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde, responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. (SILVA, 2002, p. 57)

Podemos destacar alguns pontos deste programa, que o definiriam como a porta de entrada ao sistema de saúde:

- Cada equipe teria como responsabilidade de cobertura o atendimento de 800 a 1.000 famílias, numa área delimitada;
- Equipes compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde;
- A equipe deveria residir na comunidade e trabalhar em regime de dedicação exclusiva;²⁰
- A família deveria receber atenção integral da equipe, que ficaram como responsáveis por ações de prevenção e controle da incidência de doenças. (SILVA, 2002)

Os objetivos, muito amplos, apontavam para uma reorientação no cuidado, voltado para a família, buscando a identificação precoce e o tratamento de doenças, através de um atendimento integral, organizado, humanizado, amplo e que abrisse espaço para a participação social, buscando parcerias com diversos segmentos da sociedade.

Para este novo modelo proposto, previa-se treinamento específico para as equipes, sendo que a formação básica desses profissionais exigiria qualificação²¹ técnica e identificação com os objetivos do trabalho. Seguindo a orientação da Constituição Federal, no artigo 200 - III, onde diz que o SUS é o responsável pela formação e ordenação de seus trabalhadores, o Ministério da Saúde, organizou e investiu em capacitações, criando os pólos regionais de capacitação, produzindo também material didático para a capacitação dos agentes comunitários de saúde.

²⁰ O critério de residência foi alterado posteriormente, tendo em vista as dificuldades de contratação de profissionais médicos e enfermeiros, permanecendo apenas para o agente comunitário de saúde.

²¹ A qualificação tem como finalidade a aquisição de conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relativos à produção de bens ou serviços, por meio de processos educativos. (TAKEI, 2009)

Em seu início, este programa (PSF), sofreu fortes críticas, chegando a ser chamado de um sistema de saúde “pobre para os pobres”, “atenção primitiva de saúde” pela utilização de baixa tecnologia e baixo investimento financeiro (GIOVANELLA, 2009; SILVA, 2002; SOUSA, 2003, 2010). No entanto, seu objetivo na reorganização dos serviços de saúde é que seja um serviço de ações assistenciais de baixa complexidade, mas de alta frequência. (BARROS, 2006).

Com o exposto até agora, podemos perceber que os agentes comunitários de saúde tiveram, desde a sua criação, sempre uma série de atribuições a cada nova experiência ou projeto de implantação que aconteceu em sua história. A primeira portaria ministerial que normatizou as atribuições do ACS, já o colocava como integrante de uma equipe de PSF, e não como membro isolado, como foram as primeiras experiências de seu trabalho. A primeira portaria foi a nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, sendo que várias alterações foram sendo feitas até se chegar à portaria atual, que é a 648/GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. (BRASIL, 2006).

Em 1997, com a publicação da portaria 1.886, que aprovava as normas e diretrizes do PACS e PSF, novas atribuições foram somadas para o ACS, como as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, e deveriam ser estabelecidas de acordo com as necessidades de saúde da população adstrita.

A portaria vedava, ao ACS, o desenvolvimento de atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência, no intuito de fortalecer a sua inserção nas ações educativas executadas fora da unidade ambulatorial, bem como a sua participação nas atividades comunitárias. (MOROSINI, 2007).

A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, atualizada e substitutiva das anteriores, define a Política Nacional de Atenção Básica, onde diz que a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde de maior frequência e relevância da população, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2007)

Esta portaria tem elevada importância, pois além de definir quais as ações da atenção básica, também define as atribuições do ACS, em seu anexo I, ou seja, não poderiam estar desvinculadas, porque o ACS tem sua atuação na atenção básica e na medida em que vamos analisando esta legislação, podemos compreender que o que se caracteriza por atribuições do ACS, são o foco principal das políticas de saúde. A estratégia Saúde da Família é prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, tendo caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional e devendo atuar no território sob sua responsabilidade com foco na família e na comunidade. (BRASIL, 2006)

Inserimos aqui, um conceito sobre atenção básica, ou atenção primária à saúde, termo como é conhecido no Brasil, pela sua importância no contexto da atuação do ACS atualmente.

A Assembléia Mundial de Saúde, em sua reunião de 1979, definiu o conceito de atenção primária à saúde:

A atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS apud Starfield, 2002:31, In: CORBO, 2005, p. 161)

De acordo com Corbo (2005, p.161), um “serviço de atenção primária funciona como a porta de entrada do sistema de saúde, organizado em diferentes níveis de atenção, constituindo, ao mesmo tempo, um nível próprio de atendimento,” este serviço de atenção à saúde é prestado pelas equipes de Saúde da Família, sendo este serviço um importante indutor de mudanças devendo basear o atendimento com base nos princípios do SUS.

Confirmando as primeiras definições da equipe de saúde, de 1994, atualmente no PSF, a equipe de saúde é responsável por uma área geográfica definida, com 600 a 1.000

famílias. A equipe mínima, conforme preconiza a Portaria 648/GM/2006, deve ser formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS.

A referida Portaria também define as atribuições de todos os integrantes da equipe de saúde, tais como médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, sendo que, no artigo 1 do anexo I, trata das atribuições comuns a todos os profissionais, nesta portaria não há referência a requisitos para nenhuma das categorias profissionais do programa.

Resumidamente, podemos dizer que as atribuições comuns dos profissionais (incluído também o ACS) da estratégia Saúde da Família referem-se à adscrição²² territorial e populacional, garantir integralidade da atenção, promoção da saúde e prevenção de agravos, vigilância à saúde, identificação de necessidades da população adscrita procurando inclusive, parcerias intersetoriais. Devem estimular na comunidade, a participação, mobilização e controle social, registro das atividades e partilhar de atividades de educação permanente.

As atribuições específicas dos ACS, além das acima citadas, de acordo com a portaria 648/2006, são as seguintes:

Do Agente Comunitário de Saúde:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;
- VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

²² Termo comumente usado na ESF, quando se refere à territorialização e mapeamento da área que será coberta pela estratégia. Esta necessidade de marcação de território vem designada pelo MS. Neste processo de adscrição, procura-se identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos. (BRASIL, 2002)

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. (BRASIL, 2006)

O papel de educador foi uma atribuição colocada para o ACS, como inerente a sua função, abordada em diversos trabalhos e por diversos autores, pela complexidade e abrangência do tema. No manual técnico desenvolvido pelo MS, “O trabalho do agente comunitário de saúde,” (2009a) não explicita exatamente o que sejam as atividades de cunho educativo para o ACS:

As ações educativas fazem parte do seu dia a dia e têm como objetivo final contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O desenvolvimento de ações educativas em saúde pode abranger muitos temas em atividades amplas e complexas, o que não significa que são ações difíceis de serem desenvolvidas. [...] Ocorre por meio do exercício do diálogo e do saber escutar. As ações educativas têm início nas visitas domiciliares, mas podem ser realizadas em grupo, sendo desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade. O trabalho em grupo reforça a ação educativa aos indivíduos. (BRASIL, 2009a, p. 50)

As ações educativas são de responsabilidade de todos os membros da equipe de saúde, que devem estimular o conhecimento e o cuidado de si mesmo, fortalecendo a autoestima, a autonomia e o vínculo com a comunidade. O manual não define uma metodologia para o trabalho educativo, mas coloca a realização de reuniões com grupos de interesse (gestantes, hipertensos e diabéticos, por exemplo), como principal atividade educativa, quando faz recomendações gerais, se refere o trabalho com grupos.

A tarefa de controle social, não está especificada como exclusiva do ACS, mas de toda a equipe do PSF, desta forma, poderá haver um exagero de funções para o agente de saúde, tirando dos demais membros da equipe responsabilidades que são depositadas no ACS. Silva (2002a) também acrescenta a atribuição na dimensão de assistência social, que não aparece em nenhuma das propostas legais, sendo que a atuação do ACS se daria em duas dimensões: a técnica, que se refere ao acompanhamento das famílias no atendimento de seus problemas e a dimensão política, que é a organização da comunidade e transformação das condições de saúde desta,

[...] o agente aparece nos diferentes programas oficiais, como um personagem fruto de uma tentativa de juntar as perspectivas da atenção primária e da saúde comunitária, buscando resolver questões, como o acesso aos serviços, no que lhe corresponde de racionalidade técnica, mas também integrando às dimensões de exclusão e cidadania, ou seja, o desafio de juntar o pólo técnico ao pólo político das propostas. (SILVA, 2002a, p. 77)

Tomaz (2002) corrobora com as autoras na discussão das atribuições do ACS, mas levanta a ideia da “romantização” e “super-heroização” do ACS, que em nada contribui na definição de seu papel, inclusive abre a perspectiva de sobrecarga, ficando sobre as costas do ACS a responsabilidade da “consolidação do SUS.” Sendo que isto, depende de vários “fatores técnicos, políticos e sociais e o envolvimento de vários atores,” não tirando a importância e relevância do trabalho do ACS.

O que parece acontecer é que por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, ou talvez uma exacerbação de seu papel, o ACS tem sobrecarregado, muitas vezes, seu trabalho. Qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao ACS. Assim, a identificação de crianças fora da escola, a limpeza das caixas d’água para combater o mosquito da dengue, identificação de casos de tuberculose, hanseníase, tudo isso e muito mais é de responsabilidade do ACS. Isso tem implicação direta no processo inadequado de qualificação, pois passa a receber diversos microtreinamentos fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma sequência lógica. Não há a menor dúvida de que o ACS deve contribuir para o processo de transformação social. No entanto, é preciso ter em mente que a transformação social é um processo lento, requer esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os membros da equipe de saúde e cidadãos. (TOMAZ, 2002, p. 86)

Para Santana (2006), as políticas públicas instituídas no campo da educação e da saúde objetivam formar trabalhadores com competência para rever e redirecionar a realidade de saúde no país. Mas isso é uma cobrança muito alta, há uma crença generalizada de que a capacitação e o aprimoramento dos trabalhadores se refletem necessariamente na melhoria dos serviços e nos níveis de saúde. E a situação torna-se mais grave porque, usualmente, essa crença resvala para a suposição equivocada de uma relação linear entre essas variáveis. As resultantes corriqueiras desse conjunto de fatores são a ineficiência dos processos educacionais e a baixa efetividade de seus impactos sobre os serviços ou os padrões de saúde, bem como, a reduzida influência dos serviços na qualificação da educação permanente de seus trabalhadores. Esse quadro impõe que se contextualizem os obstáculos à articulação trabalho e educação no cotidiano da formação profissional em saúde.

Vários estudos, ao tratar das atribuições dos ACS, demonstram dificuldades em delimitar funções e dizem que os ACS têm encontrado dificuldades em cumprir suas tarefas, os motivos variam desde a falta de treinamento adequado, grande quantidade de exigências, condições sócio-econômicas precárias das famílias acompanhadas. (BARROS, 2006; GOMES, 2009; MOROSINI, 2007; SILVA E DALMASO, 2002 e 2002a; TOMAZ, 2002)

O agente de saúde é chamado de trabalhador *sui generis*, pois suas atribuições transcendem o campo da saúde (GOMES, 2009; NOGUEIRA et al, 2000) realizando atividades no campo da nutrição, da educação, epidemiologia, assistência social, liderança comunitária entre outras, mas o que se tem verificado na realidade é uma formação defasada e voltada para a área da saúde.

Estes aspectos relevantes sobre a formação, como procedem, e a partir das formulações de políticas específicas voltadas para o ACS, construindo um currículo que busque atender a integralidade de conhecimentos necessários para sua prática profissional, são tópicos que abordaremos quando tratarmos de sua formação profissional mais especificamente.

2.2. A profissionalização do Agente Comunitário de Saúde

A Lei 10.507 de 10 de julho de 2002, foi o marco para os ACS, pois criou a profissão do agente comunitário de saúde, que até então, não tinha sua identidade profissional definida, mesmo passados dez anos de sua atuação nas comunidades. Esta Lei, no artigo primeiro, tem como características especiais o fato de prever que o exercício da profissão de ACS é exclusiva do SUS, sem especificar os motivos de tal restrição. Também prevê como atividades do ACS a “prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local.” (Lei 10.507/2002, Art. 2º)

Podemos observar também uma mudança nos requisitos, que é bem significativa para definição do perfil do ACS:

- I – residir na área da comunidade em que atuar;
- II – haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de agente comunitário de saúde;
- III – haver concluído o ensino fundamental. (Lei 10.507/2002, Art. 3º)

As alterações estão na obrigatoriedade de morar na comunidade, que a partir deste momento, não pede mais que seja por período mínimo de dois anos, exigência de ensino fundamental. Já que antes, era exigido somente ser alfabetizado, apontando para uma elevação do nível de escolaridade deste sujeito, associado ao cumprimento de uma qualificação básica de formação, formação esta que a mesma Lei define como responsabilidade do Ministério da Saúde, em adaptar conteúdos e módulos necessários para a formação curricular dos agentes de saúde.

Em fevereiro de 2006, a Emenda Constitucional nº 51, alterou o artigo 198 da Constituição Federal, acrescentando os parágrafos 4º, 5º e 6º, instituindo então, a medida provisória nº 297 que se tornou a Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, esta lei revogou em 10.507/2002. Ou seja, quatro anos depois da regulamentação profissional, vindo confirmar sob muitos aspectos a lei anterior, não perfazendo alterações muito significativas para o exercício da profissão, inclusive o de ser um trabalhador exclusivo do SUS, devendo desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção à saúde, sendo considerados atividades do ACS:

- I – utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- II – promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III – o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV – o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V – realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- VI – participação de ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006)

Quanto aos requisitos, esta Lei não alterou a anterior, prevendo somente que o ACS deva residir no local onde atua no período do processo seletivo. O que realmente foi

significativo para os agentes de saúde com esta nova Lei 11.350, refere-se à forma de contratação, vedando contratos temporários ou terceirizados, modalidade muito utilizada e que refletia na instabilidade dos ACS nos municípios. (SANTOS, 2008)

A EC 51 utiliza a expressão “processo de seleção pública,” com o intuito de diferenciar a forma de contratação do ACS, sendo exclusiva para esta categoria profissional, “criando uma espécie do gênero concurso,” para dar maior simplicidade e agilidade ao processo, devendo os ACS serem contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), não podendo ser nomeados para cargo público, sob regime estatutário, o que não lhes dá estabilidade e outros benefícios. (LIMA, 2005; LIMA 2008; MOROSINI, 2007)

Não ficam excluídas as possibilidades dos municípios efetuarem concurso público para contratação do ACS, segundo Morosini (2007), pode depender da interpretação da lei e da CF, dando aos municípios a possibilidade de terem trabalhadores ligados à administração pública com os dois tipos diferentes de vínculo, CLT e estatutário.

O que se procura preservar é a característica de morador da comunidade (LIMA, 2008), respeitando o vínculo com as famílias, superando as exigências tradicionais do setor saúde. Assim:

A profissionalização do ACS, estimulada com a implantação e expansão do PSF, altera positivamente os perfis profissionais dos trabalhadores da saúde, ou seja, eleva o nível de escolarização e proporciona a esses profissionais, através da capacitação e educação permanente, a aquisição de uma compreensão global do processo produtivo pela apreensão de saber tecnológico, pela valorização da cultura do trabalho e pelo estímulo ao exercício da cidadania. Contudo, não regulamenta a formação profissional, além de deixar em aberto a questão do vínculo institucional e da remuneração. (MENDONÇA, 2004, p. 359).

A falta de definição do vínculo institucional e remuneração dos ACS foi uma brecha que a lei 11.350 não tratou e que continua em discussão. Segundo Lima (2008), à medida que as formas de contratação se expandirem e a lei seja seguida, como seleção pública para os ACS, acredita-se que o perfil modifique-se, “tanto no que diz respeito ao grau de educação formal destes profissionais quanto à abrangência do capital social por ele acumulado,” (LIMA, 2008, p. 495-496), a literatura já sinaliza a mudança de perfil do ACS, seja pela

mudança no mercado de trabalho, baixa oferta de empregos e baixos salários de algumas regiões.

Um dos debates mais longos relacionado ao ACS, refere-se ao enquadramento profissional, fazendo surgir duas interpretações: o ACS pertence ao grupo da enfermagem, já que realiza cuidados de saúde com as pessoas, e outra interpretação é de que se trata de um trabalhador genérico e fora do comum, pois não há um outro tipo de trabalhador com este perfil entre as profissões de saúde. (NOGUEIRA, 2000).

Dirigentes da área da enfermagem abrem a perspectiva do surgimento de um novo profissional, genérico, ponte entre os serviços de saúde, os profissionais de saúde e as necessidades da comunidade, como preconiza o Ministério da Saúde. Mas existe a ressalva de não se criar uma nova categoria, sem a capacitação necessária para o desempenho de suas funções, refazendo o quadro de décadas atrás, quando existia o atendente de enfermagem²³ nos hospitais e centros de saúde. Nogueira (2000) lembra que o Conselho Federal de Enfermagem emitiu resoluções e pareceres onde delimitam melhor as ações que podem ser executadas pelos ACS, que não se sobreponham ao enfermeiro e auxiliar, e também, a necessidade de qualificação profissional.

À medida que os ACS foram incorporados às equipes de Saúde da Família, muitas de suas atribuições permaneceram, com o intuito de privilegiar a atenção básica, assim, a visita domiciliar, principal ferramenta de trabalho do ACS, continuou como sua obrigação fundamental, a lei 648/2006 não estipula quantas visitas devem ser realizadas, em relação à frequência, mas diz que todas as famílias devem ser visitadas ao menos uma vez por mês pelo ACS.

O processo de trabalho das equipes ESF, pressupõem reuniões semanais para planejamento de atividades nas quais os problemas são discutidos, o atendimento dos pacientes encaminhados e, no caso dos agentes, o cadastro dos moradores, sua atualização, visitas domiciliares com a implementação de informações básicas de

²³ Os atendentes de enfermagem, nas décadas de 70-80 (séc. XX), desempenhavam funções variadas nos hospitais e centros de saúde, representavam um enorme contingente de trabalhadores sem qualificação formal, com o Projeto Larga Escala e PROFAE do Governo Federal, foram qualificados e capacitados como auxiliares e técnicos de enfermagem, elevando sua profissão juntamente o seu nível de escolaridade para o ensino fundamental completo. Diante destes fatos, a resistência em se criar uma nova categoria sem a devida qualificação. (Barros, 2006; Sousa, 2003)

higiene e saúde, encaminhamento de doentes aos postos e agendamento de consultas. (LIMA, 2005, p. 117)

Neste rol de debates sobre profissionalização, categoria profissional, institucionalização de vínculo empregatício do ACS, são questões que não deixam mudar os padrões estabelecidos para a atividade. Deixando transparecer outros critérios considerados requisitos desejáveis para exercer a função, como a credibilidade, a liderança, solidariedade, conhecimento da comunidade, a mediação, o prestígio, a identidade com a comunidade conferindo legitimidade e eficácia ao trabalho, que é o que realmente o que transforma o ACS num recurso humano fora do comum. (NOGUEIRA, 2000; LIMA, 2005; DUARTE, 2007)

A autonomia que se espera do ACS na área social é relativa a sua capacidade de se autplanejar, de gerenciar seu tempo e seu espaço de trabalho, de exercitar a criatividade e de participar em fóruns sociais onde se debatem os problemas da comunidade e aí, influenciar a tomada de decisões. Esta autonomia também se expressa no trabalho em equipe. (MENDONÇA, 2004, p. 358)

Duarte (2007) contrapõe que a liderança atribuída como qualidade natural do ACS não é real, diz tratar-se de um pressuposto que precisa ser fundamentado, pois na verdade, os programas de capacitação têm por objetivos transformar os agentes em sujeitos pró-ativos.

A atuação dos ACS têm sua justificativa efetivada pelos indicadores de saúde que sinalizam quedas consideráveis na mortalidade infantil no Nordeste do país, controle de epidemias, como a do cólera no Amazonas. Atividades estas, antes não executadas pelos profissionais da saúde, mesmo sendo os ACS subordinados a eles. (BARROS, 2006) Para Mendonça (2004, p. 357), o ACS vem atuar nas “brechas deixadas pela baixa cobertura de ações básicas de saúde dentro e fora da unidade básica de saúde” e seu trabalho consegue atingir populações isoladas, levando cuidados e trazendo informações.

O rol de atribuições destinadas ao ACS justifica uma formação profissional de qualidade e que possa instrumentá-lo a uma prática satisfatória que atenda aos interesses da comunidade e da equipe de saúde na qual está inserido, e será sobre a formação que lhe é oferecida, que trataremos o capítulo seguinte.

CAPÍTULO III

3. PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ACS NA ATUALIDADE: OS DESAFIOS DAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS

Este capítulo tem por objetivo estudar sobre o processo denominado Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde, abordando assuntos como a responsabilidade da formação do ACS. Em seguida, baseados em documentos do Ministério da Saúde, o referencial curricular do ACS, fundamentado nas competências que devem ser desenvolvidas durante o processo de ensino aprendizagem.

As instituições formadoras, escolas do SUS, têm papel fundamental neste processo, assim, diferente do que foi abordado no primeiro capítulo, onde apresentamos a estrutura destas instituições, para não parecer repetitivo, agora entraremos na questão da docência, procurando estabelecer a ligação entre a proposta do Ministério da Saúde para a matriz curricular e a adequação que a instituição fez do plano de ensino para esta formação.

O desafio que as instituições formadoras têm nesse processo são as articulações entre o trabalho e a educação. Uma educação com especificidades de educação popular, baseada na metodologia de Paulo Freire, como veremos adiante.

Entendemos que para adentrar no campo da formação são necessárias algumas discussões sobre a concepção de educação profissional, que acabam tendo alguns desdobramentos, sendo referida como formação profissional, qualificação. Sendo que, para Pereira e Ramos (2006),

A formação profissional, na sua acepção mais abrangente [...], designa todos os processos educativos que permitam ao indivíduo, adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas. A formação profissional é uma expressão recente, criada para designar processos históricos, que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto, a relação

permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho na ótica dos trabalhadores. Ela assume um caráter associado às ideias de autonomia e de autovalorização. (p. 14).

A discussão sobre termos e conceitos, pode ficar mais ampla, dependendo da perspectiva abordada, entretanto, iremos nos limitar aos termos mais utilizados em nosso trabalho.

O conceito marxiano de qualificação profissional pode ser entendido como uma articulação entre as condições físicas e mentais que compõem a força de trabalho, utilizadas em atividades voltadas para valores de uso. Desse modo, é fundamental para a produção o potencial de trabalho, que com o capitalismo, passa a representar a mais-valia, como um valor adicional ao seu próprio valor. (PEREIRA, 2006, p. 15)

No que se refere à qualificação profissional como educação, deve-se entender que só pode ser reconhecida e validada se for colocada como instrumento de ressignificação do homem e de sua relação com a natureza. Para Pereira e Ramos (2006), quando se analisam os processos de formação do trabalhador, deve ser significativa a afirmação de que a “qualificação pressupõe conhecimento, experiência, autoridade e condições materiais de modo que o trabalhador desempenhe a tarefa, compreendendo de maneira abrangente os problemas a serem solucionados.” (p. 15)

Kuenzer (1995, p.120), em “A Pedagogia da Fábrica,” reforça esse caráter da qualificação como formação para o trabalho definindo como “conhecimento compreensivo,” adquirido através de “formação técnica ou universitária,” acentuando que este profissional “tem iniciativa e habilidade para pensar independentemente.”

A qualificação do trabalhador é entendida como resultado da instrução e da experiência, sendo que por instrução compreende-se tanto a frequência ao sistema de ensino regular quanto à realização de cursos profissionais ofertados por instituições específicas de treinamento ou pelas próprias empresas. (KUENZER, 1995, p. 132)

No entanto, o que se observa como qualificação para trabalhadores de nível médio e fundamental, é que são de curta duração, não atendendo a necessidades desses trabalhadores,

O aligeiramento da formação profissional, devido à carga horária pequena dos cursos ministrados, a pouca quantidade de aulas práticas, a pouca articulação entre a teoria e a prática, à ênfase nos conteúdos mínimos específicos, entre outros aspectos, revela que os programas de educação profissional implementados pelas Instituições Executoras que ministram a capacitação profissional [...] ainda têm uma forte base tecnicista e instrumental.²⁴

A Educação Profissional, também chamada de Ensino Técnico de Nível Médio é uma modalidade de ensino integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, às ciências e às tecnologias. É voltada para o aluno matriculado ou egresso do ensino fundamental, médio ou superior e para os trabalhadores em geral, jovens ou adultos. Pode ser desenvolvida de forma integrada ou não ao ensino regular, em especial ao ensino médio.

Pela legislação vigente, os cursos desse segmento estão distribuídos em três níveis: Formação Inicial e Continuada (capacitação, aperfeiçoamento, especialização e atualização), Educação Profissional Técnica de Nível Médio e Educação Profissional Tecnológica de Graduação e Pós-graduação. A Educação Profissional compreende ainda os chamados cursos complementares: de especialização, aperfeiçoamento, atualização.²⁵

Entendidos os conceitos sobre as modalidades de formação utilizados em nosso trabalho, entramos no assunto pertinente às instituições formadoras, responsáveis por efetivarem o processo de formação dos ACS.

²⁴ DELUIZ, 2001. Disponível em <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 13 fev. 2011

²⁵ Disponível em: www.retsus.epsjv.fiocruz.br, acesso em: 11 nov. 2009.

3.1 Responsabilidade pela formação do Agente Comunitário de Saúde

O Ministério da Saúde, no sentido de fortalecer e aumentar a resposta do setor saúde às demandas da população, tem investido fortemente na política de educação profissional para que revertam em aumento da escolaridade, a profissionalização e a educação permanente dos trabalhadores do setor. Corroboramos com Sordi e Bagnato (1998) que,

Formar profissionais críticos faz parte dos discursos e das metas propostas pelas instituições formadoras e dos que estão envolvidos com esta formação. No entanto, nem sempre é explicitado neste processo, como desenvolver e atingir estes propósitos, superando a retórica, efetivando medidas concretas. (p. 85)

Atualmente, no Brasil, conta-se com mais de 200 mil ACS desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2009). Para o SUS, o ACS tem sido um personagem muito importante, realizando a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde com a comunidade, fortalecendo assim, o sistema de saúde.

No caso do ACS, alguns aspectos relevantes devem ser levados em consideração quando se fala de sua formação, que dizem respeito à adequação das necessidades da população e o conhecimento adquirido pelo profissional, que sejam capazes de suprir um ao outro.

De uma maneira geral, quando se fala em formação de profissionais da saúde, podemos perceber que a problemática é coerente em todos os níveis de ensino. Bagnato (1999), ao falar sobre a formação dos profissionais da saúde, deixa antever que os questionamentos são comuns em se tratando de aspectos de formação de profissionais, sejam eles de nível médio, fundamental ou universitário:

Esse processo de formação muitas vezes envolve interesses contraditórios, por um lado os requisitos exigidos dos profissionais pelo mercado de trabalho são muitos, atendendo principalmente uma lógica empresarial, do outro a responsabilidade e o

compromisso ético de assumir uma formação que compartilhe de uma política de saúde voltada para as necessidades da maioria da população, com uma distribuição equitativa e de qualidade dos serviços de saúde; neste sentido, como atentar e buscar explicitar estes interesses, trabalhar estas contradições? (BAGNATO, 1999, p. 11)

O desafio de uma formação adequada para o ACS tem sido pensada desde a sua criação como profissional, no entanto, até a criação do PSF, o ACS recebeu capacitações que pudessem ajudá-lo a desenvolver suas atividades na comunidade. Após o evento do PSF e a integração do ACS na equipe de saúde, a formação básica dos profissionais integrantes na equipe, deveria ser direcionada para o modelo de formação da atenção básica, com identificação com os objetivos do trabalho do PSF. (SILVA, 2002)

Neste embate, para se decidir quem seria o responsável pela formação do ACS, algumas categorias profissionais chamaram para si esta tarefa, os enfermeiros, médicos e assistentes sociais. Os enfermeiros por entenderem que o trabalho de cuidador estaria relacionado com a enfermagem; os médicos por entenderem que o trabalho do ACS estaria além das intervenções da enfermagem, como orientações e tratamentos, aspectos preventivos das doenças que seriam de competência médica subdelegar acompanhamento; já, os assistentes sociais defendiam que os ACS iriam desenvolver ações muito semelhantes às suas atividades nas comunidades, que é o desenvolvimento de potenciais com o objetivo de fortalecimento da comunidade. (SOUSA, 2003)

Em documento apresentado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em Consulta Pública promovida pelo Ministério da Saúde – Departamento de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (DEGES/SEGETS), para a formulação do perfil de competências e qualificação do ACS, trazia a importante contribuição de se questionar o espaço de atuação do ACS, somente no âmbito do SUS, como traz a lei 10.507, diz o documento:

Tal observância implica em consolidar os demais passos da profissionalização do ACS – tal como a sua formação profissional - a partir de uma “restrição” até hoje desconhecida para os demais profissionais da área de saúde: o de exercer sua profissão “exclusivamente no âmbito do SUS” e no âmbito de uma “estratégia de reordenação” da atenção.²⁶

²⁶ Disponível em: www.abennacional.org.br. Acesso em: 11 nov. 2009.

A preocupação da ABEn, quando consultada, seria no caso de uma reformulação de políticas públicas, que não necessitasse mais do ACS, como ficaria o contingente de profissionais formados. Ressalta assim, que se o setor privado absorvesse esta mão-de-obra, poderia ser interpretado como exercício ilegal da profissão, pois iria em desacordo com a lei. Muitos outros questionamentos, não menos importantes, foram levantados, onde a ABEn lembrou a disposição de seus profissionais enfermeiros que,

Possuem acumulação histórica em supervisionar tanto exclusivamente em sua “disciplina” – a Enfermagem, quanto em contextos multidisciplinares – grupos, projetos, nos quais a supervisão pressupõe o domínio do processo e das mediações gerenciais, teórico-metodológicas, por exemplo, sendo o objeto, resultante das intervenções necessárias e multidisciplinares, para a compreensão/atuação em um dado fenômeno.²⁷

Após vários seminários, definiu-se que a formação dos ACS ficaria a cargo dos enfermeiros, supervisores diretos da equipe de saúde, no entanto, em documentos oficiais, não é especificado a categoria profissional responsável pela formação do ACS, no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (2004), somente diz que o “pessoal docente e técnico deverá possuir a qualificação necessária para assegurar que os estudantes desenvolvam as competências enumeradas.” (BRASIL, 2004, p. 39)

Pereira (2005) coloca a questão da identificação do ACS com a enfermagem da seguinte forma:

O problema central que se coloca é a visão de que esses agentes comunitários de saúde têm uma função de substituição à falta de trabalhadores com mais escolaridade, e aí a defesa, por grande parte das associações sindicais ligadas à enfermagem, de que se deve qualificá-los como auxiliares de enfermagem. Em contrapartida, há a defesa e a leitura de que os agentes de saúde têm um papel diferenciado do auxiliar de enfermagem. O argumento central dessa posição é baseado na identidade social, mais precisamente, no papel que os agentes desempenham na comunidade, gerando uma identidade técnica diferenciada dos trabalhadores de enfermagem. Em comum, nas duas posições mencionadas, está a

²⁷ Disponível em: www.abennacional.org.br. Acesso em: 11 nov. 2009.

defesa de que estes trabalhadores devem receber uma boa formação profissional. (PEREIRA, 2005, p. 140)

Para Tomaz (2002, p. 85), “quando se pretende discutir processo de formação ou qualificação de recursos humanos é fundamental termos clareza de três aspectos: o perfil profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional,” outras questões também são levantadas quando se aborda a atuação do ACS e seu processo de formação, Silva & Dalmaso (2002a) questionam “que saber é necessário para esse saber fazer? Como garantir esse saber que não é apenas o da saúde?”

Alguns trabalhos apontam para capacitações que levem para um melhor reconhecimento da comunidade, como Duarte (2007, p. 3) que ressalta a necessidade de preparar o ACS “para o enfrentamento das dificuldades sentidas no trabalho comunitário,” para que possam reconhecer e exercer seu papel de líder comunitário, estimulando a participação e buscando a melhoria da qualidade de vida das famílias atendidas.

Devemos considerar alguns marcos importantes na Saúde Coletiva, que trata do

Cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase na integralidade e equidade na lógica do SUS; a superação do biologismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao “mercado da cura”, entre outros princípios. (CARVALHO, 2006, p. 139).

Há que se ressaltar, algumas dificuldades em se promover uma formação pautada num modelo de assistência firmada no vínculo com a comunidade incentivando a sua autonomia e participação, um modelo que estimule a autonomia e trabalhe com os problemas já que os profissionais que estão capacitando os ACS, trabalhadores da estratégia Saúde da Família, em sua maioria, foram formados inspirados no modelo biomédico de saúde. (ÁVILA, 2007; DUARTE, 2007).

Silva e Dalmaso (2002), ao debater sobre os desafios dos processos de formação do ACS, lembram que há um aprendizado que ainda não foi sistematizado para ser ensinado e para o qual, não há instrumentos adequados de trabalho e gerência “que compreendem desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e busca da cidadania,” assim, é crescente e enfática a necessidade de um aprendizado que não seja somente o da área da saúde, buscando desenvolver para o ACS, tecnologias de trabalho adequadas as suas necessidades.

Boaventura de Sousa Santos (2006), ao falar da sociologia das ausências nos alerta para o desperdício da experiência. Este autor diz que costumamos não valorizar as experiências sociais e que isto nutre a ideia de que não existem outras alternativas e que para tornar visíveis as iniciativas e os movimentos alternativos e lhes dar credibilidade, de pouco adianta recorrer à ciência social como a conhecemos, pois esta ciência esconde ou desacredita as alternativas. No caso do ACS, suas experiências devem ser valorizadas e aproveitadas em sua educação pessoal e profissional.

A partir das contribuições de Boaventura (2006), sugere-se a valorização do saber e experiência e uma forma de trabalho, na qual o domínio do saber técnico tem que estar emparelhado com as práticas saudáveis estabelecidas pela comunidade. O grande desafio é a prática de uma ação educativa crítica, capaz de referenciar-se nas práticas e transformações políticas, tecnológicas e científicas, relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de sua função.

3.2 Políticas de Educação Permanente em Saúde

Segundo o Dicionário Básico de Filosofia (1996), política é tudo aquilo que diz respeito aos cidadãos e ao governo da cidade, aos negócios públicos. Para Aristóteles, o homem é um animal político, que se define por sua vida na sociedade organizada politicamente.

Em sua concepção e na tradição clássica em geral, a política como ciência pertence ao domínio do conhecimento prático e é de natureza normativa, estabelecendo os critérios da justiça e do bom governo, e examinando as condições sob as quais o homem pode atingir a felicidade (o bem-estar) na sociedade, em sua existência coletiva. (JAPIASSÚ, 1996, p. 215).

Para Boneti (2007), as políticas públicas podem ser compreendidas como:

Ações que nascem do contexto social, mas que passam pela esfera estatal como uma decisão de intervenção pública numa realidade social, que seja para fazer investimentos ou para uma mera regulamentação administrativa. Entende-se por políticas públicas o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelecem no âmbito das relações de poder, relações essas constituídas pelos próprios grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil. (BONETI, 2007, p.14).

Toda política é pública, pois está voltada para os interesses dos cidadãos, e segundo Boneti (2007), é reducionista o pensamento de que somente uma classe, a dominante, é formuladora das políticas públicas direcionadas exclusivamente para seus interesses, pois os outros segmentos sociais também têm poder de força política e há que se considerar ainda a atuação dos movimentos sociais, das organizações da sociedade civil. Existem muitos interesses contidos na formulação das políticas públicas, e pode-se considerar que interesses de corporações econômicas estejam camuflados dentro das organizações sociais.

A política de saúde no Brasil, na qual o SUS é a estratégia de reorientação setorial e institucional, e deve fornecer indicações importantes para a ordenação e formação dos trabalhadores em saúde. Como afirmamos anteriormente, a Constituição, no artigo 200 responsabiliza o SUS pela formação de recursos humanos na área da saúde, mas não especifica o papel do setor saúde nesta formação. Então, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que integra o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde.

O Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde é o responsável pelo processo de constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde, através de

documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuado pela Comissão Intergestores Tripartite em 2003. Nesta perspectiva, o DEGES optou pela adoção de uma política de educação permanente no SUS. (Brasil, 2004a)

A literatura registra uma variedade de expressões, sendo as mais frequentes: treinamento em serviço, educação no trabalho, formação profissional, capacitação, educação continuada, educação permanente, conceitos que foram se apresentando na área da saúde, mas mantendo significados semelhantes, podendo ser atribuídos tanto aos programas de capacitação inicial para o trabalho ou atualização científica e tecnológica.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p. 7), “Educação permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho,” utilizando-se do pressuposto da aprendizagem significativa, que é a aprendizagem que promove e produz sentidos, sendo baseada numa reflexão crítica da prática profissional em serviço.

A Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas. Ainda nesta perspectiva, a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população. Encontramos ainda literaturas que enfatizam que o que deve ser realmente prioritário na Educação Permanente em Saúde é sua capacidade de se remodelar frente às incessáveis mudanças ocorridas nas ações e nos serviços de saúde, tendo uma íntima ligação com a política de formação dos profissionais e dos serviços. (MASSAROLI, 2007, p. 2).

Pela confusão conceitual existente, definimos educação continuada, como “alternativas educacionais mais centradas no desenvolvimento de grupos profissionais, seja através de cursos de caráter seriado, seja através de publicações específicas de um determinado campo.” (MOTTA, 2004, p.5) Sendo que, para o autor as diferenças entre educação permanente e educação continuada são claras, bem como, características da educação permanente, ser multiprofissional, sua prática é institucionalizada, tratando de problemas de saúde, é contínua e centrada na resolução de problemas. De sua parte, a educação continuada é uniprofissional, com prática autônoma, trata de temas de especialidade e atualização técnica, contínua e centrada na transmissão de conhecimentos.

As propostas de educação permanente devem ser construídas a partir dos problemas encontrados pelas equipes a serem formadas, em sua prática concreta. As necessidades de capacitação são identificadas a partir da problematização do processo.

A educação permanente em saúde, segundo a política desenvolvida pelo MS, deve ser feita de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar para que possa propiciar desenvolvimento dos atores, autores e agentes da aprendizagem, para assim, “transformar a formação e gestão do trabalho em saúde.” (BRASIL, 2007, p.8)

Segundo o Ministério da Saúde, a gestão da Educação Permanente em Saúde será feita através de Pólos de Educação Permanente em Saúde, sendo instâncias de articulação intersetorial, devendo trabalhar com a perspectiva de construir, nos espaços locais “a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais.” (BRASIL, 2004a, p.11-12)

Uma vez que os Pólos de Educação Permanente em Saúde supõem a integração ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, o gestor federal, proponente da Educação Permanente em Saúde como uma política pública do SUS, sugere, além dos critérios, regras e diretrizes que devem embasar a apresentação e a aprovação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e do acompanhamento e monitoramento. (BRASIL, 2004a, p.18)

As mudanças necessárias para a realização da educação permanente implicam em articulação de ações dentro e fora das instituições de saúde. Dentro da formação dos ACS, o pólo de Educação Permanente em Saúde responsável pelo processo formativo inicial são as Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ET - SUS) que em Santa Catarina corresponde à Escola de Formação em Saúde - EFOS, que tem como perspectiva “a capacidade de desenvolver a formação e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais.” (BRASIL, 2007, p.10)

3.3 Rede de Escolas Técnicas do SUS – RET-SUS e a Escola de Formação em Saúde – EFOS

A Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET - SUS) é uma estratégia de articulação, debates coletivos e construção de conhecimento em Educação Profissional em Saúde. Criada através da Portaria nº 1.298/2000, tem como objetivo a implementação das políticas de educação permanente, melhorando as atividades de ensino, metodologias, articulando as instituições formadoras de trabalhadores de nível médio em saúde no País, para ampliar sua capacidade de atuação de acordo com as necessidades ou demandas do SUS.

A RET – SUS é composta pelas 36 Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS, que existem em todos os estados do Brasil. São todas as instituições públicas, voltadas para a formação dos trabalhadores de nível médio do sistema de saúde. Dessas, 33 são estaduais, duas são municipais e uma é federal. A maioria delas, são vinculadas diretamente à gestão do SUS e mesmo as que pertencem a outras Secretarias, têm gestão compartilhada com a Secretaria de Saúde.²⁸

Em Santa Catarina foi criada a EFOS, que faz parte da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) – Ministério da Saúde/MS, que possui 29 Escolas. Esta rede integra-se à Organização Pan-americana de Saúde. (OPAS)

A necessidade da criação de uma escola de profissionalização em saúde, no Estado de Santa Catarina, remete-se ao cenário nacional, cujo aumento quantitativo e qualitativo da demanda de serviços de saúde para a implantação do Sistema Único de Saúde, é marcante. O desenvolvimento de recursos humanos compreendendo a formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde, ocupando um papel fundamental na execução das políticas de saúde²⁹.

Segundo dados da escola, a EFOS está vinculada à Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), e tem como objetivos desenvolver a formação em serviço para trabalhadores do SUS com escolaridade de nível fundamental e médio. Para o

²⁸ Disponível em: www.retsus.epsjv.fiocruz.br. Acesso em: 11 nov. 2009.

²⁹ Disponível em: <http://efos.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 03 maio 2010.

desenvolvimento de seu plano político-pedagógico, a Escola busca o apoio das instituições de saúde do estado, como as Gerências Regionais de Saúde das Secretarias de Desenvolvimento regional e dos municípios envolvidos no processo de ensino e aprendizagem do trabalhador em saúde.³⁰

No caso da formação inicial dos ACS, a estrutura do curso acontece fora dos limites físicos da escola, onde cada Secretaria Regional de Saúde (SRD) através das Gerências Regionais de Saúde, colaboram na execução e acompanhamento dos cursos em todo o estado, facilitando o acesso dos municípios que permitem a formação de turmas a partir das realidades locais, devendo manter-se informada do desenvolvimento e realização dos cursos.

À EFOS, com apoio do MS,³¹ cabe a execução financeira dos cursos, expedição de documentação escolar e manter equipe de coordenação pedagógica para realizar supervisão junto aos coordenadores regionais. Os gestores municipais devem auxiliar na disponibilização de estrutura física para as aulas e indicar os mediadores, dos quadros de profissionais vinculados ao PACS e/ou ESF.

Por se qualificar como um Pólo de Educação Permanente em Saúde, a EFOS deve seguir as diretrizes nacionais para validação e acompanhamento de projetos, sendo que o Ministério da Saúde, através de Conselhos Gestor e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde, deverão pactuar os projetos apresentados pela Escola antecedendo qualquer curso que venha a oferecer, neste caso, a Formação Inicial dos Agentes Comunitários de Saúde, que seguem as mesmas diretrizes básicas. (BRASIL, 2004)

Há ainda, uma série de orientações que as Escolas do SUS, como são chamadas, no nosso caso a EFOS, para que possam oferecer os cursos programados, um caminho longo, que não nos deteremos em percorrer por não ser esta análise o objetivo deste estudo.

Os conteúdos apresentados para o curso de formação seguem a orientação do Ministério da Educação, que criou o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente

³⁰ Disponível em: <http://efos.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 03 maio 2010.

³¹. Portaria nº 1.886, DE 18 /12/ 1997. Art.7: Disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de capacitação e educação permanente dos ACS e dos enfermeiros instrutores-supervisores.(BRASIL, 2002a).

Comunitário de Saúde, através da Resolução 04/99 do Conselho Nacional de Educação e prevista pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBE), que dá as diretrizes curriculares a serem seguidas por vinte áreas profissionais, entre elas a da saúde. (BRASIL, 2004b)

Entendemos que a formação do agente comunitário de saúde é um projeto alicerçado nas bases do Ministério da Educação, juntamente com o Ministério da Saúde, através de projetos, leis, fundamentados em experiências prévias, pensando em oferecer uma formação adequada e que venha satisfazer as necessidades funcionais deste profissional.

3.4 Proposta curricular para formação do Agente Comunitário de saúde

O Ministério da Saúde, em 2004, formulou o *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde* (ANEXO A), sendo este uma ferramenta que está servindo como orientação para as instituições formadoras na elaboração dos currículos e formulação dos cursos para ACS no Brasil. (BARROS, 2006; BRASIL, 2004b).

Neste referencial, está estruturado o curso técnico ACS, com carga horária total de 1200 horas, sendo dividido em três módulos, (resolução CNE/CEB nº 4/99):

Etapa I – formação inicial - Contextualização, aproximação e dimensionamento do problema: o perfil social do técnico em agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS – carga horária 400 horas.
Etapa II – Desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes – carga horária 600 horas.
Etapa III – Desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento de situações de risco ambiental e sanitário. Carga horária 200 horas.
(BRASIL, 2004b, p.21).

A legislação que reconheceu a profissão do ACS, em 2002 (BRASIL, Lei 10.507/2002), também estabeleceu a comprovação da conclusão do ensino fundamental para o ACS e curso de qualificação básica para a formação do ACS, ponto de partida para a nossa análise sobre a formação desse sujeito. Mesmo com a revogação desta lei, pela 11.350/2006, a exigência de qualificação permaneceu a mesma.

Como a qualificação obrigatória prevista na lei não ultrapassa a etapa I, concordamos com Morosini (2007, p. 277), quando fala que uma das consequências da desatualização da lei, é que se continuem investimentos mínimos nas políticas de saúde e formação dos agentes, fazendo com que alguns estados invistam apenas na formação inicial de seus agentes, “o que significa um retrocesso em relação ao debate público e coletivo que identificou a necessidade de um curso técnico.”

Para que o ACS tenha acesso as outras etapas, alguns fatores se fazem necessários, como a conclusão das etapas anteriores, conclusão do ensino médio e pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite³² para liberação dos recursos, o que não impede que o estado ou municípios concluam as demais etapas com recursos próprios, no caso de Santa Catarina, somente o primeiro módulo foi pactuado até então, estando em fase de formação inicial para turmas de ACS, cerca de 6 mil, nas diversas cidades do estado.

A reforma educacional implementada no Brasil a partir da Lei 9394/96 (LDB), nos dispositivos de regulamentação que se referem à educação profissional e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, pelo Parecer CNE/CEB nº 16/99, na Resolução CNE/CEB nº 04/99 e nos Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, assume como concepção orientadora o modelo das competências (RAMOS, 2001). Diante disso, o MS procurou adequar a formação às atribuições do ACS e para subsidiar as instituições formadoras na elaboração de seu próprio plano de curso, seguindo as tendências de educação profissional, propôs a formação por competências, que contou com a participação de técnicos da SGTES (DEGES e DEGERTS), da SAS (DAB) do MEC, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio da Fundação Osvaldo Cruz. Assim, cada instituição pode ter seu próprio plano de curso, respeitando as características e realidades regionais, de acordo com documentos do MS.

Ramos (2001), afirma que diante disso, o papel da escola está em contribuir para a “aprendizagem de competências gerais, visando à constituição de pessoas mais aptas a assimilar mudanças, mais autônomas em suas escolhas e que respeitem as diferenças.” (p. 135). O conceito de competência proposto por Zarifian (1999) e adotada pelo MS em seus documentos, consiste na:

³² Integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios.

Capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com a capacidade para coordenar-se com outros atores de mobilização de suas capacidades. (Zarifian *apud* BRASIL, 2004, p.11)

Este conceito de competência utilizado pelo MS, remete necessariamente à vinculação educação-trabalho, o trabalho como princípio educativo, que aparece “como práxis humana e como práxis produtiva.” (RAMOS, 2001, p. 139)

Para Marques (2004), nesta perspectiva, o trabalho é visto como conjunto de acontecimentos, sendo importante para o setor saúde, em que decisões implicam articulação de vários saberes, onde os processos de trabalho não admitem rotinas rígidas.

Proveniente dos modelos de gestão empresarial, a noção de competência estende-se a vários níveis e modalidades da educação escolar, como elemento estruturantes do currículo. Fundamentada na pedagogia das competências, se afirma em várias matrizes epistemológicas (funcionalista, behaviorista, construtivista e crítico-emancipatória). (DELUIZ, 2001)

Para Kuenzer (2004), o conceito de competências pode ser entendido como,

A capacidade de agir, em situações previstas e não previstas, com rapidez e eficiência, articulando conhecimentos tácitos e científicos a experiências de vida e laborais vivenciadas ao longo das histórias de vida.... Vinculada à ideia de solucionar problemas, mobilizando conhecimentos de forma transdisciplinar a comportamentos e habilidades psicofísicas, e transferindo-os para novas situações; supõe, portanto, a capacidade de atuar mobilizando conhecimentos. (p.1)

Deluiz (2001) define assim a noção de competências:

As noções estruturantes do modelo das competências no mundo do trabalho são: a flexibilidade, a transferibilidade, a polivalência e a empregabilidade. Para o capital, a gestão por competências implica em dispor de trabalhadores flexíveis para lidar com as mudanças no processo produtivo, enfrentar imprevistos (incidentes/eventos) e passíveis de serem transferidos de uma função a outra dentro da empresa

requerendo-se, para tanto, a polivalência e a constante atualização de suas competências, o que lhes dá a medida correta de sua "empregabilidade."³³

A formação técnica vem para romper com a banalização e simplificação do trabalho do ACS, podendo ser compreendida como uma ampliação das oportunidades educacionais para a classe trabalhadora, gera possibilidade de compreensão de mundo e intervenção na realidade (CORBO, 2005, p. 177), portanto, a proposta de formação foi organizada de forma a contemplar as cinco competências que, segundo o Ministério da Saúde, compõem o perfil profissional do ACS.

As cinco competências, distribuídas no âmbito da promoção, prevenção e integralidade de ações e que devem definir o perfil de conclusão do Técnico Agente Comunitário de Saúde³⁴, e portanto, serão construídas durante o processo de formação, estão assim distribuídas:

No âmbito da mobilização social, integração entre população e as equipes de saúde e do planejamento das ações:

Competências:

- Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde;
- Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde.

No âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes.

Competências:

- Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor saúde;
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.

No âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.

Competência:

³³. DELUIZ, 2001. Disponível em <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 13 fev. 2011

³⁴ Convém sempre lembrar que estamos elencando, neste momento, o referencial teórico para Técnico ACS, segundo documentos do MS, por não estarem dissociados por etapas, a nossa pesquisa deve tratar somente da Etapa I, que foi pactuada para o Estado de Santa Catarina. No entanto, por outro lado, a importância de se conhecer o perfil profissional de conclusão, dará mais significado e poderá servir como motivo a mais para que se conquistem as outras etapas de formação (II e III) que estão previstas, mas não estão pactuadas.

- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário da população, conforme plano de ação da equipe de saúde. (Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, BRASIL, 2004, p.19)

Diante do percurso proposto, a Etapa I, seguindo a incorporação dos eixos propostos, deverá servir para desenvolver:

Por meio de discussões e sucessivas aproximações ao objeto de trabalho; atividades didáticas que permitam a apreensão de conceitos sobre a política nacional de saúde, a estratégia da saúde da família, o processo saúde-doença (seus determinantes e condicionantes), as características do processo de trabalho em saúde e as cargas relacionadas ao trabalho do técnico agente comunitário de saúde, na perspectiva de por meio do reconhecimento dos diferentes espaços e contextos onde as práticas são desenvolvidas, conhecer e aplicar instrumentos do planejamento com enfoque estratégico e de se situar como membro da equipe de saúde e como mobilizador social; avaliação do próprio trabalho, considerando significado e importância de suas ações, bem como as necessidades de aprimoramento. (BRASIL, 2004, p. 22)

A competência profissional do ACS, segundo o Referencial Curricular (BRASIL, 2004), para a etapa I, resumidamente estão expressas em três dimensões do saber:

1. O saber-ser – expressa nas atitudes e valores, sendo considerado transversal a todas as competências, é definida pela capacidade de crítica, ética, reflexão e mudança pessoal e suas práticas, incorporando o modo de interação com as pessoas, respeito a valores, autonomia, trabalho em equipe;

2. O saber-fazer (habilidades) – promover integração entre população e equipe de saúde, acompanhamento de famílias no domicílio como base de suas ações, orientar sobre o funcionamento dos serviços da atenção básica, coletar e registrar dados, estimular a participação social nas ações locais de saúde, mapeamento de sua microárea, analisando riscos sociais e ambientais, cadastrar famílias, participar de planejamento, implementação e avaliação permanente com a equipe de saúde;

3. Conhecimentos (saber) – conhecer-saber sobre o processo saúde doença e seus determinantes, processos de trabalho em saúde, conhecer sobre o seu processo de trabalho e seus efeitos em sua saúde como trabalhador, ética no trabalho, políticas sociais e políticas

públicas de saúde, conhecer a importância e práticas da ESF, sobre liderança, participação e mobilização social, movimentos de luta e defesa da cidadania, defesa da família, suas especificidades e diferenças, direitos humanos, cultura popular, formação do povo brasileiro, mapeamento sócio-político e ambiental, territorialização, técnicas de levantamento das condições de vida e de saúde/doença da população, assistência domiciliar, qualidade de atenção à saúde, diretrizes do SUS, sistemas de informação em saúde, SIAB, ficha A.³⁵

O Ministério da Saúde fala que as competências profissionais dos ACS incluem “capacidades, atividades e contextos, tratando da combinação de conhecimentos, destrezas, experiências e qualidades pessoais usadas efetiva e apropriadamente em atos individuais e coletivos, como resposta às várias circunstâncias relativas à prática profissional.” (BRASIL, 2004, p. 48)

Pereira (2006, p.105) defende a superação da noção de competências por acreditar que “essas políticas mantêm-se marcadas por um reducionismo tecnicista, que implica separar a técnica, a tecnologia e a ciência,” no entanto, corrobora que nas situações de trabalho pode ser aceitável como referência para a aprendizagem, já que nesse caso, o trabalhador passaria a se perguntar sobre o impacto que seus atos profissionais provocariam e suas ações passariam a ser “guiadas pela autonomia, responsabilidade e capacidade de comunicação.”

Nesse sentido, também Deluiz (2001) fala do sentido contraditório do modelo de competências, podendo por um lado se apontar aspectos positivos, como a valorização do trabalho, mais intelectualizado, menos prescritivo, exigindo do trabalhador a mobilização de competências que envolvem domínios cognitivos mais complexos e que vão além da dimensão técnica, com novas exigências de qualificação e a elevação dos níveis de escolaridade. A valorização dos “saberes em ação” e uma maior polivalência, tornando o trabalhador multiquificado com possibilidades de construir competências que melhorem o trabalho em equipe, a comunicação e a autonomia. Como aspectos negativos, são apontados a intensificação do trabalho e a desprofissionalização, que são consequências da uma polivalência, resultado de reagrupamento de tarefas e demissões, com isso se intensifica a exploração do trabalho, pelo fato dos trabalhadores desempenharem várias tarefas passando a

³⁵ A ficha A é um dos instrumentos utilizados pelo ACS na visita domiciliar, através deste formulário, cadastra as famílias, coleta dados e atualiza a cada visita, estes dados devem servir para atualização mensal e alimentar o SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica. (BRASIL, 2009)

desempenhar papéis e funções próprios de outras áreas e ocupações, com consequências para a sua (des) qualificação profissional.

Para Ramos (2001), a noção de competências deve ser tomada de “forma subordinada ao conceito de qualificação como relação social,” (p. 304) vindo reforçar uma visão de mundo baseada nas relações que classificam, valorizam e julgam as pessoas exclusivamente, a partir de suas competências individuais. Para a autora, competência é um processo e não um produto, sinalizando a problemática das instituições que devem listar competências como um produto, um objetivo a ser atingido. Ao tratar da pedagogia das competências como “adaptação ou resistência,” a autora traz a questão do discurso que enfoca a valorização da experiência, alertando que esta pode ser válida como ponto de partida, mas que é papel da Escola, muito mais que aperfeiçoar conhecimentos prévios, dialogar com esses conhecimentos na busca de superá-los em direção à reflexão crítica, para não se correr o risco de se formar sujeitos adaptados à realidade, sendo que o objetivo é transformar a realidade.

Ramos (2001), também diz que se devem considerar não só os aspectos técnicos e organizacionais na educação profissional, mas fatores sociais, culturais e políticos onde “os trabalhadores são sujeitos nessa realidade, construindo relações complexas e contraditórias de trabalho.” (p. 12).

Kuenzer (2003) procura uma possibilidade de vínculo entre noção de competências e o conceito de práxis, em virtude da articulação do conhecimento teórico desenvolvido pelo trabalhador, diante da complexidade do trabalho e da sua capacidade de agir em situações previstas e não previstas. A articulação entre a teoria e a prática e a compreensão das bases técnico-científicas que fundamentam o mundo do trabalho só poderá acontecer quando se conceber um novo significado para a noção de competências, segundo as autoras.

Entendemos que a noção de competências é polissêmica, tanto no mundo do trabalho, como na educação, originada pelas diferentes teorias, diferentes sujeitos, com diferentes visões de mundo. O que cabe enfatizar, é que não há neutralidade, diante do conhecimento de competências, por isso mesmo, sendo alvo de embates. Concordamos com os autores (DELUÍZ, 2001; KUENZER, 2003; PEREIRA, 2006; RAMOS, 2001), que a noção de competências deve ser discutida e ressignificada, por seu caráter reducionista, sendo limitada em relação à perspectiva da formação humana, assumindo um sentido coerente com a nova concepção de mundo, que tem a realidade da classe trabalhadora como pano de fundo.

3.5 Papel das Instituições Formadoras

As instituições têm o importante papel de reconhecer as necessidades de formação, para isso devem questionar-se: “Que profissionais queremos formar, para atender a quê, a quem, com que objetivos, comprometidos com o quê.” (BAGNATO, 1999, p. 9-10) E, na área da saúde, isto deve ser levado em consideração na formulação do projeto político pedagógico do currículo a ser adotado pela instituição. Quanto à qualidade requerida dos profissionais da saúde, Bagnato (1999) lembra que mudanças estão ocorrendo nas instituições responsáveis pela tarefa de formação, já que desempenham um importante papel social político e educativo.

Para a formação do ACS, cabe às Escolas Técnicas do SUS a definição dos planos de ensino, elaboração e distribuição de material didático, que possam promover e desenvolver as competências profissionais dos ACS, devendo para isso abrigar em média 30 alunos em aulas de concentração (teóricas), já para a dispersão (prática) os ACS realizam atividades em suas unidades de saúde, mediados pelos enfermeiros que supervisionam e coordenam atividades de campo a serem realizadas em horário de trabalho. Na dispersão, um mediador é responsável por no mínimo, 6 ACS e no máximo, 10 ACS.

A EFOS, responsável pela formação do ACS em Santa Catarina, possui uma equipe técnica formada por gerente geral, secretárias, coordenação técnica, coordenação administrativa, coordenador pedagógico, estes, estabelecidos na sede da escola. Devendo o coordenador pedagógico ser responsável pela supervisão dos cursos, com disponibilidade para visitas às turmas. Conta também com coordenadores regionais, que ficam mais próximos das turmas, sendo responsáveis pela supervisão direta, fazer visitas mensais às turmas, responsável por envio e conferência de documentos, relatórios, atas, reuniões, intermediando a comunicação entre os gestores municipais, gerências de saúde, escola e o grupo em formação.

O corpo docente é constituído por profissionais de nível superior da área da saúde, em sua maioria da enfermagem, devendo todos os profissionais citados, receber um curso de capacitação pedagógica, oferecido pela EFOS, que abrange os seguintes aspectos: conteúdos abordados, metodologias utilizadas e estratégias de avaliação. (BARROS, 2006, p. 58)

Para este curso a EFOS desenvolveu duas apostilas, com ênfase na educação pelo trabalho, com integração ensino aprendizagem, a qual oportuniza momentos de concentração (ênfase teórico), totalizando 120 horas, segundo determinação do MS e 280 horas de concentração (acompanhamento em campo), para que os ACS possam desenvolver suas habilidades.

A organização dos conteúdos a serem tratados no curso foi feita de forma modular, com a seguinte estrutura:

- Unidade Temática I³⁶: perfil social e processo de trabalho em saúde do ACS – divididos em 10 tópicos, traz conhecimentos sobre o que é SUS, carta dos direitos dos usuários da saúde, sistemas de informação em saúde, conceitos sobre ESF, trabalho do ACS, ética profissional, trabalho em equipe, trabalho na comunidade, conceitos sobre a família, território de trabalho e a vigilância em saúde.
- Unidade Temática II³⁷: promoção à saúde – divididos em 20 tópicos, trata do processo saúde-doença, traz conhecimentos sobre saúde e meio ambiente, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde bucal, saúde mental, saúde do idoso, alimentação e nutrição, DST, vigilância epidemiológica, cadeia de transmissão e algumas das principais doenças que se encontram presentes nas comunidades, como diabetes, hipertensão, raiva, febre maculosa, febre amarela, meningite, hepatite entre outras.

Os mediadores (docentes) recebem material complementar, além do caderno do aluno, recebem um caderno do mediador, com instruções e sugestões de atividades de campo para fortalecer o ensino.

Na medida em que foi avançando e ganhando materialidade, a esse processo de formação dos trabalhadores de saúde foi se colocando a necessidade de traçar estratégias metodológicas de ensino, que ajudassem a transmissão de conhecimento, ao mesmo tempo, aproveitando a experiência profissional cotidiana desses alunos-trabalhadores. (PEREIRA, 2006, p. 51)

³⁶ Apostila para o curso de formação inicial do agente comunitário de saúde – módulo I – unidade temática I (EFOS, 2010)

³⁷ Apostila para o curso de formação inicial do agente comunitário de saúde – módulo I – unidade temática II (EFOS, 2010).

As ETSUS ganharam força, quando os gestores da saúde pública tiveram o entendimento de que uma assistência de qualidade passa necessariamente por uma formação mais adequada aos trabalhadores que ali atuam. As ETSUS são credenciadas pelos Conselhos/Secretarias Estaduais de Educação (CEE) como já mencionamos, para certificar os alunos-trabalhadores que frequentam os cursos por elas promovidos. Algumas escolas formam também profissionais, que ainda não estejam empregados no setor saúde. (PEREIRA, 2006)

Diante destas colocações, espera-se que as escolas técnicas - ETSUS, como a EFOS em Santa Catarina, devam buscar metodologias para profissionalizar estes trabalhadores com vários estágios de escolaridade, em diversos níveis de conhecimento, com experiências diversas de vida.

3.6 Educação profissional com características de educação popular

O agente comunitário de saúde por ter uma “singularidade profissional [...], como um trabalhador da saúde, com interface na assistência social, educação e meio ambiente” (BRASIL, 2004b, p.12) recebe uma prática educativa para sua formação profissional pautada nos conceitos de educação permanente, mas com características de educação popular, justamente por ser uma pessoa do povo, como já mencionamos anteriormente, e pelas características comunitárias de seu trabalho.

Diante de tantas definições que a educação tem recebido em diferentes conjunturas históricas e sociais sobre o modo de se praticar e se interpretar educação, muitos modelos de educação acabam sendo adotados, em nosso caso criaram-se “vários rótulos” para o modo de educação do ACS, corroborando com Barreiro, que reserva o “nome de Educação Popular para aquela que se desenvolve em proposições de luta transformadora.” (BARREIRO, 2000, p. 43-44)

A Educação Popular pode se constituir como “um dos instrumentos de formação-organização do povo, ao longo de sua própria ação transformadora,” sendo que uma das tarefas mais necessárias é a preparação de grupos populares como “agentes conscientes e críticos de todo o processo de mudanças sociais.” Bem como, espera-se que ocorram transformações estruturais “assumido pelo povo, como uma tarefa sua, e através da qual ele se transforma progressivamente em sujeito de sua própria ação.” (BARREIRO, 2000, p.26)³⁸

A educação popular pode ser, concretamente, um instrumento de desenvolvimento da consciência crítica popular, na medida em que aporta instrumentos para que os agentes populares de transformação sejam capazes de viver, ao longo de sua ação, essa dinâmica do concreto na relação ação-reflexão:

- Crítica da realidade social vigente;
- Ação mobilizada de transformação da realidade social;
- Revisão crítica da ação realizada;
- Reformulação da ação transformadora;
- Reavaliação crítica da realidade social. (BARREIROS, 2000, p. 27)

A conscientização é amplamente utilizada na linguagem freireana, sendo uma clara caracterização da educação popular, ainda definida como “um veículo pedagógico de consequências libertadoras.” (BARREIROS, 2000, p. 102) E, opõe-se a uma educação alienada, bancária ou a uma política de opressão, na qual afirma que sem conscientização não há transformação.

O educador Paulo Freire, afirma que, para que o homem se coloque em uma postura crítica diante de seus problemas, conscientizando-se, necessita humanizar-se e a única maneira de fazer esta transformação será através da educação:

Mas por uma educação que, por ser educação, haveria de ser corajosa, propondo ao povo a reflexão sobre si mesmo, sobre seu tempo, sobre suas responsabilidades, sobre seu papel no novo clima cultural da época de transição. Uma educação que lhe propiciasse a reflexão sobre seu próprio poder de refletir e que tivesse sua instrumentalidade, por isso mesmo, no desenvolvimento desse poder, na explicitação de suas potencialidades, de que decorreria sua capacidade de opção. Educação que

³⁸ Júlio Barreiro, Uruguaio cristão, protestante, exilado e desconhecido no Brasil. Seu livro é um pensamento a partir de Paulo Freire. Sua obra Educação Popular e Conscientização foi construída a partir de círculo de educandos, com prefácio de Carlos Rodrigues Brandão.

levasse em consideração os vários graus de poder de captação do homem brasileiro da mais alta importância no sentido de sua humanização. (FREIRE, 2005, p. 67)

Para Saviani (2005), na obra “Educação e Democracia,” em seu modo de ver a educação, o autor fala que a hegemonia continua posta, já que a política educacional no Brasil referente ao ensino fundamental é populista e em relação à pós-graduação, é elitista. Adiante, enfatiza ser contrário aos ensinamentos aligeirados para as camadas populares, pois na verdade, o que precisamos é de um aprimoramento de conteúdos: “Os conteúdos são fundamentais e sem conteúdos relevantes, conteúdos significativos, a aprendizagem deixa de existir, ela transforma-se num arremedo, ela transforma-se numa farsa.” (SAVIANI, 2005, p. 55)

Esta preocupação com a qualidade do ensino, da forma como está sendo inserida para o trabalhador da classe popular, também pode ser vista por outros autores,

Analisando as qualificações desenvolvidas para os trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde, observamos que há uma predominância de que sejam, em relação ao tempo, de curta duração, traduzidos em rápidos treinamentos e, conseqüentemente, reduzidas a uma qualificação mecânica. O que sustenta este pensamento, além da já mencionada naturalização do trabalho destes profissionais, é o fato de que, quando já inseridos nos serviços de saúde, as instituições têm dificuldades de liberá-los para a realização de cursos mais longos. (PEREIRA, 2006, p.18).

Podemos entender que há uma manipulação da educação, como diria Milton Santos que rebateu duramente algumas ideias que colocam a educação como instrumento indispensável para integrar os pobres ao processo de modernização. O autor considerava que esta é uma explicação “que confunde uma consciência com uma relação causal,” pois, segundo ele, estas ideias levavam a considerar a existência de uma autonomia ou poder de escolha que na verdade, coloca “os pobres como se tivessem algum poder de decisão sobre a qualidade e o tipo de educação que lhes é destinada, e como se o processo de educação não fosse, ele próprio, condicionado pelas necessidades da produção.” (SANTOS, 2009, p. 23)

Izabel Brasil Pereira (2006), muito bem ressalta, que a criação de escolas e formulação de leis voltadas para a educação profissional de nível técnico da saúde, pode ser uma tentativa de deixar de lado o pensamento hegemônico calcado na naturalização do

trabalho desenvolvido pelos profissionais de nível técnico e profissional, “naturalização esta que leva a realização de meros treinamentos para que esses trabalhadores desempenhem suas funções.” (p. 24)

Formar profissionais de saúde não significa, em nenhum nível, a mera adaptação ao existente, com seus fetiches e formas de alienação. Ao invés da informação fragmentada e distorcida, dos fatos e dados parciais, postos fora de contexto, trata-se do trabalho paciente de criticar, mediar, construir uma percepção crítica do profissional de nível médio que trabalha nos serviços de saúde. O que implica conhecimentos teóricos e práticos, culturais e técnicos, qualificando o trabalho e o cidadão no contexto do respeito, da remuneração justa, da participação ativa no cotidiano dos serviços de saúde, na visão crítica qualificada em relação ao país e suas contradições. (PEREIRA, 2006, p. 52)

Fazendo com que este profissional sofra influências e pressões “porque recebe baixos salários e trabalha em ambientes empobrecidos, onde muitas vezes, faltam os equipamentos básicos” (PEREIRA, 2006, p. 25), causadas por estruturas de serviços públicos de saúde fechados, sem capacidade de respostas a críticas e demandas, em dicotomia à necessidade de que esse profissional assimile mudanças e tecnologias que estão ocorrendo no mundo do trabalho. Assim, a formação deve levar em consideração que estes alunos-trabalhadores, podem chegar desestimulados para absorver novos conhecimentos, com baixa autoestima, “sem ter recebido qualificação ou formação, humanística e psicológica, para lidar e elaborar essas dimensões difíceis e extremas da condição humana.” (PEREIRA, 2006, p. 59)

Preparar os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde para suprir a falta de profissionais de nível superior, no nosso entendimento, é um projeto que não contribui, efetivamente, para a melhoria nas condições de assistência à população. É diferente de um projeto que valorize e qualifique os trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde para atuarem nas equipes de saúde, mediante a premissa de que as tarefas que por ele serão executadas exigem um saber diferenciado do saber médico, que na prevenção, quer na assistência realizada pelos serviços de saúde. (PEREIRA, 2006, p. 34)

Percebe-se que há certa complexidade a ser considerada quando se pensa em processo educativo na área da saúde, o que só agrava mais em se tratando do ACS, justamente

pelas particularidades deste aluno-trabalhador, não sendo fácil convergir teorias, métodos que possam abranger todas as significâncias necessárias para contextualizar este sujeito e sua formação.

3.7 Método de ensino aprendizagem na formação do agente comunitário de saúde

Com o diálogo anterior sobre a formação do ACS, que tem características de educação popular, como vimos anteriormente, o que percebemos é o desafio das instituições formadoras em adequar um Projeto Político Pedagógico que leve em consideração estas particularidades. Priorizar os conhecimentos que o ACS já possui sobre o seu meio e os problemas reais que ele enfrenta em sua rotina de trabalho com a comunidade, é um desafio para as ETSUS.

Para que a busca pela aprendizagem aconteça, em seu projeto a EFOS utiliza a dinâmica do planejamento participativo e a metodologia problematizadora em atendimento à LDB 9.394/96, sendo que:

A orientação didático-pedagógica utilizada na Escola está fundamentada na teoria do Construtivismo, que parte do pressuposto de que nenhum conhecimento é dado de forma acabada, mas formulado pela ação humana. [...] O Construtivismo tem origem em diversos autores das áreas da História, Filosofia, Sociologia e Psicologia. Um desses teóricos é o brasileiro Paulo Freire, considerado um dos maiores educadores, com reconhecimento mundial. (EFOS-NEWS, 2008, p. 09)

A escola adota a metodologia problematizadora, também referenciada em outros trabalhos (BARROS, 2006; NASCIMENTO, 2008; SILVA et al, 2009). Esta metodologia tem como objetivo potencializar a aprendizagem do aluno, como participante e agente da transformação social, com uma visão crítica que lhe permita desenvolver a capacidade de observar a realidade e encontrar formas de organizar seu trabalho.

Freire, filósofo da educação popular, marcou uma evolução conceitual e metodológica no ensino, através de seu método, partindo de uma realidade concreta e do saber

popular se caracterizou como filosofia pedagógica por ser dialógica, libertadora e transformadora, tendo como momentos metodológicos essenciais a *problematização-reflexão-ação*. (GABARRÓN, 2006)

Na problematização baseada na obra de Paulo Freire,³⁹ deve haver um “processo de diálogo, indagações, reflexões e questionamentos a partir das ações do dia-a-dia dos alunos.” (EFOS-NEWS, 2008, p. 09) Nas palavras do próprio Freire, diz que “a educação problematizadora não deve e não pode servir aos interesses do opressor,” mas que deve ser reforçada uma educação baseada no diálogo, pois é no diálogo “que os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial.” (FREIRE, 1980, p. 82-83).

Espera-se que o ACS se torne um sujeito mais crítico, reflexivo, segundo Bagnato (1999), é tarefa do mediador proporcionar atividades que possibilitem desenvolver estas atitudes, estimulando a participação na construção do conhecimento, para que este sujeito supere a alienação, o conteúdo compartimentalizado e a centralização no professor. Auxiliar que este sujeito supere suas dificuldades e se reconheça com *consciência-de-si*, nas palavras de Barreiro: “O modo humano de *perceber* o mundo é como *problema*, e o modo humano de *exercer* o seu mundo é *resolver o problema* de uma dupla e permanente transformação: dele, homem e do mundo.” (BARREIRO, 2000, p. 58).

A educação problematizadora de Paulo Freire vem para contrapor o que ele chamou de educação bancária, em que a relação professor-aluno é opressiva, doméstica, desumanizadora, depositária e contraditória. Já, a educação problematizadora deve se fundamentar na criatividade, estimulando a ação-reflexão sobre a realidade, Freire considera que os homens “são seres inacabados, incompletos em uma realidade igualmente inacabada” (FREIRE, 1980, p. 81), mas que o homem tem consciência que é incompleto, e a educação é a portadora da esperança.

Algumas instituições formadoras ainda não incluíram a noção de competências em seus currículos, como no caso da escola em questão, a EFOS. Ao se efetivar o modelo da educação por competências, precisa rever a capacitação de seus profissionais, metodologia de

³⁹ A problematização não deve ser considerada uma metodologia criada por Freire, por isso a distinção neste parágrafo.

ensino aprendizagem, que atualmente está baseado em Freire, e devemos lembrar que a visão dialética e dialógica freireana, nega e se insurge, contra a ideologia fatalista e imobilizante que dá vida ao discurso neoliberal (Freire, 1996). Assim sendo, o entrave à efetivação da educação por competência advém de inconsistências teórico-práticas e da ausência de um cenário favorável à efetivação da práxis pedagógica. A menos que se ressignifique a noção de competências, como discutido anteriormente, ampliando o seu conceito, e que as escolas se comprometam efetivamente, como lugar de formação e de produção de conhecimento.

Ao finalizarmos este capítulo, entendemos que possa ser interessante nos apoiarmos em Bagnato, que tão bem soube dizer sobre o assunto que nos aventuramos a entrar:

As escolhas teórico-metodológicas, utilizadas no processo educativo, não são casuísticas, arbitrarias, elas mostram as opções, compromissos e concepções de mundo, sociedade, homem, educação e saúde que temos, e estas trazem consequências ético-políticas na formação dos profissionais. (BAGNATO, 1999, p. 23)

A escolha por um ou outro modelo pedagógico deve ser feito mediante estudos e análises de experiências bem-sucedidas para que se desenvolva no aluno, profissional, trabalhador uma atitude de autonomia, criticidade, reflexão que leve à ação transformadora necessária para a transformação de sua realidade e melhora da sua comunidade, como agente de mudança.

CAPÍTULO IV

4. O PROBLEMA DE PESQUISA E OS PASSOS METODOLÓGICOS

Este capítulo trata da metodologia da pesquisa e pretende através dos objetivos e suposições levantadas, mostrar os passos percorridos na construção dos instrumentos de pesquisa, escolha dos sujeitos e formação do grupo focal que possibilitaram a realização da coleta de dados, de extrema importância para o nosso trabalho.

Entendemos por metodologia o caminho instrumental para que possamos abordar a realidade, que “incluem o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e o potencial criativo do pesquisador” (Minayo, 1999, p. 22), já a necessidade de um capítulo para a metodologia advém do especificidade da pesquisa qualitativa. Para conceituar pesquisa, Minayo diz:

Entendemos por *Pesquisa* a atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. (MINAYO,1999, p. 23)

Este conceito nos leva a várias interpretações, ou seja, a pesquisa não tem exclusividade por campos de saberes, é questionadora, dinâmica, e por ser também uma prática permanente, tem dificuldades, pois a realidade pode se apresentar de diversas formas e nem sempre combinar teoria e dados é uma tarefa fácil. Na verdade, percebemos que é muito fácil, durante o processo da coleta de dados, dispersarmos dos objetivos, pois a realidade é um campo fecundo de motivos para se pesquisar, sendo que um mesmo objeto pode ser abordado de diversos ângulos e, justamente esta escolha, qual caminho seguir que nos levem à melhor *apreensão da realidade*, definir qual caminho seguir e manter o foco, foi determinante para o resultado da pesquisa.

4.1 . Objetivos e suposições

Entendendo a importância da formação profissional do ACS, procuramos neste trabalho, buscar respostas para alguns questionamentos quanto a formação que este sujeito esta recebendo:

- A formação proporcionada pelas Escolas do SUS – ETSUS, no caso de Santa Catarina a EFOS – atendem às exigências de capacitação profissional preconizadas pelo MS e atendimento das expectativas dos ACS?

- Com os poucos requisitos exigidos e com um rol de atribuições para cumprir, que conhecimentos e saberes o ACS deverá ter para desempenhar seu trabalho?

Os conhecimentos e saberes que o ACS traz consigo sobre a sua comunidade, seus costumes, diferenças culturais podem ser sublimados diante de tantas capacitações e exigências, descaracterizando seu perfil profissional. Em sua formação, essas experiências anteriores são valorizadas?

Para buscar respostas a essas questões propusemo-nos a pesquisar junto aos ACS que participaram do Curso de Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde no período de 30 de maio a 30 de agosto de 2010 com os seguintes objetivos:

- Identificar através da primeira entrevista, os saberes prévios referentes às questões relacionadas às atividades dos ACS antes do processo de formação;

- Identificar, através de suas falas, como o ACS evolui, contribuindo para a construção do conhecimento durante o processo de formação;

- Analisar ao final do processo, o que mudou no discurso do ACS com a formação dos ACS, se houve alteração em seus conceitos sobre saúde e doença, e demais conhecimentos, instrumentalizando-os para sua prática.

Levantamos três suposições:

- O referencial teórico oferecido ao ACS como curso de formação, pode não estar sendo suficiente, para apoiá-lo no desenvolvimento de suas atividades;

- Existe a necessidade urgente de se concretizar a formação como Técnico em Agente Comunitário de Saúde, com uma carga horária total de 1.200 e não somente ficar na formação inicial de 400hs, como está atualmente;
- Há uma necessidade de reformulação nas atribuições dos ACS, que seja compatível com a formação que recebe, ou seja, atribuições para o ACS que recebeu somente a formação inicial, diferenciadas da formação do Técnico em ACS com atribuições compatíveis ao seu cargo.

Para atingir os objetivos propostos, procuramos construir uma base de informações que levasse a conhecer quem é o ACS, a trajetória desde sua criação até os dias de hoje, baseando-se em alguns pilares principais:

- Referenciar principais aspectos históricos sobre a saúde pública no Brasil, que possibilitou a criação do ACS;
- Relatar as primeiras experiências que oportunizaram a criação do ACS, identificando suas principais características, requisitos e atribuições que tiveram, evoluindo para os dias de hoje;
- Refletir sobre o processo de formação, baseados em documentos do MS, que nortearam e serviram de base referencial para esta pesquisa;

4.2. Sujeitos e Universo da Pesquisa

O lócus de desenvolvimento da pesquisa foi uma turma de ACS em Santa Cecília - SC, onde aconteceram as atividades de concentração da turma do curso de formação inicial dos agentes comunitários de saúde oferecido pelo Ministério da Saúde e executado pela EFOS. A escola investigada pretende formar no ano de 2010 cerca de 6.000 ACS em diferentes municípios de Santa Catarina, e a escolha desta turma se deu pelo fato de estarem iniciando o curso de formação em data compatível para a realização da pesquisa, pelo fácil acesso a esta cidade – Santa Cecília e por pertencerem a região supervisionada pela pesquisadora, como coordenadora regional da instituição EFOS. No levantamento realizado, através da EFOS, tivemos o número de 23 alunos matriculados, sendo que 8 são da cidade de São Cristóvão do Sul - SC e 15 da cidade de Santa Cecília- SC.

Os sujeitos desta pesquisa foram os ACS matriculados como alunos do curso de formação inicial, que já realizam atividades no âmbito do SUS, exercendo suas atividades de ACS em Unidades Básicas de Saúde – UBS, perfazendo o perfil adequado de sujeitos participantes.

Tomamos como ponto inicial, o primeiro dia de aula, quando apresentamos a nossa proposta de pesquisa para os alunos, informando sobre os objetivos e as condições da pesquisa, quando solicitamos a participação voluntária para responder os questionários. Explicamos o objetivos de nossa pesquisa, ligada diretamente ao grupo e que sua participação seria determinante para a realização do nosso trabalho.

4.3. Amostra

O primeiro questionário, com questões fechadas deveria contar com a participação dos 23 ACS matriculados, no entanto, tivemos a ausência de 3 alunos nesse dia. Diante disso, aplicamos o questionário sobre o Perfil do ACS para os 20 sujeitos que frequentaram a primeira aula.

Para o segundo questionário, realizado em forma de entrevistas que seria com um grupo focal, participaram 9 ACS, não havendo interferência da pesquisadora na escolha e no número dos sujeitos, correspondendo àqueles que quiseram dar continuidade à pesquisa. Todos foram informados que iriam então, participar de três fases do grupo focal, com questões abertas, onde os diálogos seriam gravados e depois transcritos. Dos 9 voluntários, 4 são da cidade de São Cristóvão do Sul e 5 são da cidade de Santa Cecília. Felizmente obtivemos uma boa adesão à pesquisa, lembrando que:

Numa abordagem quantitativa, definida a população, busca-se um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar. Num busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. (MINAYO, 1999, p.102)

Nas palavras da autora, nossa preocupação deve ser com a qualidade do material da coleta de dados e não com quantidades e generalizações. Após cada fase, as entrevistas deverão ser transcritas para análise e comparação de resultados.

4.4. Instrumentos de Coleta de Dados

Utilizamos dois instrumentos para a coleta de dados, sendo que o primeiro instrumento se compôs de questões fechadas que permitissem uma análise quantitativa dos dados.

Este primeiro questionário foi aplicado para todos os alunos presentes naquele dia de aula, num total de 20 sujeitos, que consistiram em perguntas fechadas que visavam buscar conhecer o perfil do respondente, e uma pergunta aberta. As questões fechadas foram utilizadas somente nesta fase por se referirem a aspectos muito determinados, como sexo, idade, renda, escolaridade, a pergunta aberta, com resposta por escrito, teve a intenção de dar aos pesquisadores uma primeira amostra sobre o que o ACS conhece sobre suas atribuições.

Após a aplicação do primeiro questionário, solicitamos àqueles que tivessem interesse e disposição para continuar na pesquisa, que se reunissem em outra sala, então iniciamos a aplicação do segundo questionário ainda no mesmo dia, com questões abertas que serviram como roteiro para as três fases de entrevistas. A intenção desse tipo de pesquisa, é que se possam confrontar os diálogos para descobrir se houve alteração de respostas desde a primeira entrevista, no início do curso, seu desenvolvimento e ao final do curso, já que não se pretendeu alterar perguntas do questionário. Bardin (2002) destaca que as questões abertas permitem: a apreensão de aspectos sutis nas respostas; apontamento de diferenças individuais; diferenças de direcionamento e de intensidade das respostas.

As questões que compõem o segundo questionário, procuram levantar dados sobre alguns assuntos relacionados na etapa I do Referencial Curricular para Curso do ACS (ANEXO A), que trata da formação do ACS, no qual o Ministério da Saúde pretende que o perfil alcançado pelo ACS após a conclusão do curso, envolva a potencialização de

competências tendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo.

A entrevista não é uma conversa despreziosa e neutra, (MINAYO, 1994), e as questões abertas proporcionam ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre os temas propostos, com liberdade e sem respostas prefixadas, podendo inclusive surgir, como de fato surgiu, no decorrer das entrevistas, perguntas que não estavam no roteiro, mas que naquele momento se fizeram importantes, tanto pela complementação do tema, como pela provocação deixada por alguns assuntos que vieram no decorrer das conversas.

O que pudemos verificar na fase das entrevistas, foi o bom relacionamento entre os sujeitos, a disposição em responder às questões propostas, com grande qualidade e interesse pelos assuntos trazidos para o grupo.

4.5. Passos Metodológicos

Optamos por realizar uma análise que permita explorar as características quantitativas e qualitativas, dando sempre maior ênfase aos aspectos qualitativos.

Minayo (1999) alerta que nenhuma pesquisa é neutra, seja qualitativa ou quantitativa, especificamente na Pesquisa Social e a escolha da opção do pesquisador em usar o quantitativo ou qualitativo não pode ser uma opção simplista de abordagem da realidade. E continua:

A questão a nosso ver, aponta para o problema fundamental que é o próprio caráter específico do objeto de conhecimento: o ser humano e a sociedade. Esse objeto que é sujeito se recusa peremptoriamente a se revelar apenas em números ou a se igualar com sua própria aparência. Desta forma coloca ao estudioso o dilema de contentar-se com o problema do produto humano objetivado ou de ir em busca, também, de significados da ação humana que constrói a história. É um desafio de busca de caminhos. (MINAYO, 1999, p. 36)

A diferença entre quantitativo e qualitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável nas equações, médias e estatísticas.

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

O trabalho de campo para a coleta de dados dentro da abordagem qualitativa, utilizou-se da técnica de *discussão de grupo*, ou “grupos focais”, onde se fazem reuniões com um pequeno número de informantes onde se priorizam as opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados. Para Minayo, o grupo focal deve servir para:

(a) focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas; (b) complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções; (c) desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares.

O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões de saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo das representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área[...]. (MINAYO, 1999, p.129)

Algumas características do grupo focal são as de que os participantes devem ser escolhidos a partir de um grupo com idéias, interesses e opiniões que venham de encontro com a pesquisa, além de quê, a abrangência e relevância do tema pode exigir uma ou mais sessões de entrevistas, discussões. Na área da saúde o grupo focal tem sua importância no estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área. (MINAYO, 1999).

Esta técnica prevê um animador, aquela pessoa que irá introduzir a discussão para o grupo, neste caso a pesquisadora, sempre com o cuidado de não induzir, seja consciente ou inconscientemente o grupo para as suas próprias significâncias.

4.6. Procedimentos

Depois que se apresentaram os 9 voluntários interessados em continuar participando da pesquisa, em sua segunda parte, foi solicitado que fossem para outra sala para não interromper a aula, já que as entrevistas aconteceram em alguns dias de aulas de concentração, aproveitando a visita desta pesquisadora em suas atividades de coordenadora regional da EFOS.

Naturalmente se apresentaram em três pequenos grupos, um com dois ACS, o segundo com três ACS e o terceiro grupo com 4 ACS, lembrando que também neste momento não houve interferência desta pesquisadora na formação dos grupos. Notamos que o fato de estarem com seus pares lhes dava mais confiança, produzindo grande quantidade de material gravado, sendo que a condução das entrevistas procurou privilegiar espaço para todos responderem a todas as perguntas.

Na primeira das três entrevistas a serem realizadas, seguimos o roteiro de 17 perguntas, já na segunda fase, percebemos que algumas perguntas não faziam sentido de se repetirem, por não estarem de acordo com o *fócus* da pesquisa, e ao serem respondidas uma vez, não alterariam suas respostas, como por exemplo: “Você é procurado pelas pessoas e famílias do bairro para resolver problemas fora de seu horário de trabalho? Como você resolve isso?” Mesmo assim, a pergunta foi feita, para que não causasse falha na pesquisa.

Não foi possível a realização de pré-teste para verificação do questionário, isto impediu que se detectassem falhas e dificuldades e pudéssemos adequar melhor as perguntas, pelo fato de não contarmos com outros grupos de formação, pois este processo não é contínuo, é a segunda turma que recebe este curso nestas cidades desde a implantação do PSF em Santa Catarina e não há previsão de novas turmas, também dispusemos de um tempo muito curto, já que o curso realizou-se em quatro meses.

4.6.1. Procedimentos de análise e interpretação de dados

As respostas dos questionários foram organizadas e analisadas segundo critérios da análise de conteúdo. Utilizamos Bardin (2002) como referência principal. Para a autora, a análise de conteúdo não é um conjunto de técnicas de análise das comunicações e que permite ao pesquisador conhecer aquilo que está por trás das palavras, é uma busca de outras realidades através das mensagens, buscando estabelecer relações entre o contexto e um fenômeno social mais amplo.

Para a realização das análises, primeiramente, transcrevemos todas as entrevistas gravadas na íntegra. A transcrição deve conservar tanto o registro da palavra (significantes) como os silêncios, risos, repetições, perturbações.

Completadas as transcrições, a sugestão de Bardin (2002) é que para a realização das análises sigam-se alguns passos, na pré-análise, deverá ser realizada uma leitura geral do material e discussão sobre a organização dessas respostas, em pré- categorias. A fase seguinte, será de exploração do material, que consiste em enumerar, separar, agrupar de acordo com regras previamente formuladas.

Para a análise do primeiro questionário, com o total de alunos presentes naquele dia, ou seja, 20 ACS, construímos uma tabela para a análise quantitativa, e realizamos cálculos estatísticos que nos possibilitaram agrupar os dados representativos do perfil dos alunos ACS em estudo. Em seguida, procedemos à análise das respostas da questão aberta daquele questionário, organizando as respostas em categorias que ficaram assim definidas:

- Importância de seu trabalho;
- Tradutor da comunidade;
- Visita domiciliar como instrumento de trabalho;
- Papel de educador social;
- Aceitação e reconhecimento da comunidade;

A segunda fase da pesquisa, caracterizada pelas entrevistas com o grupo focal, foram analisadas uma a uma, ou seja, primeiramente analisamos o conteúdo da primeira entrevista que foi realizada no primeiro dia de aula. Fazendo uma pré-análise através de uma leitura

geral e discussão sobre a organização dessas respostas. Num segundo passo, começamos a organizar as respostas e em seguida, proceder a uma análise profunda que procurou compreender o que os respondentes queriam apontar.

Após procedermos esta análise da primeira entrevistas, nos debruçamos sobre a segunda entrevista, seguindo os mesmos passos descritos, mas com uma proposta a mais, já procuramos nesta fase, semelhanças, contradições, repetições, ambigüidades entre as respostas das duas fases analisadas.

Na análise da terceira entrevista, repetiu-se o processo, leitura profunda, organização do material, análise das respostas e novamente, procurou-se ir comparando as respostas para encontrarmos as alterações propostas anteriormente. Varias categorias apareceram, mas não foram destacadas em títulos ou subtítulos, para manter a fluidez da leitura, não fragmentando o texto, entre as categorias que mais apareceram nesta fase, podemos citar o trabalho em equipe, a orientação, o ACS como educador, o trabalho de mediação, falta de reconhecimento pelo seu trabalho entre outras. É importante ressaltar que a análise não se esgota na categorização das respostas. A análise dos dados visou à compreensão da formação dos ACS e o que esta formação possa ter trazido como resultados para os ACS que irão refletir em sua prática profissional.

Como verificação final, buscamos a relação entre as respostas dos ACS e o que temos determinado no Referencial Curricular (ANEXO A), apontando espaços de ação tanto teóricos como prático objetivando um sincronismo entre o que é determinado e o que realmente acontece como resultado nos cursos de formação dos ACS, em nossa realidade.

CAPÍTULO V

5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Este capítulo traz os resultados da pesquisa realizada com os ACS, alunos do curso de Formação Inicial de Agente Comunitário de Saúde. No primeiro item, trazemos a análise do perfil que nos permite conhecer quem é o ACS do estudo e as primeiras impressões registradas por escrito pelo conjunto de alunos ACS, num total de 20 sujeitos.

A seguir, veremos os diálogos selecionados durante as entrevistas com os ACS, participantes do curso de Formação Inicial de Agente Comunitário de Saúde. Os recortes realizados estão classificados conforme a realização das entrevistas, sendo que, para melhorar a leitura, em algumas questões mais específicas, trouxemos alguns conceitos básicos.

5.1. Perfil do Agente Comunitário de Saúde

Inicialmente trouxemos os dados do levantamento feito sobre o perfil dos ACS que participaram do curso de formação inicial, em Santa Cecília – SC. Estes resultados referem-se ao primeiro questionário, semi-estruturado que foi entregue a todos os ACS presentes no primeiro dia de aula, num total de 20 sujeitos.

Esta etapa da pesquisa teve o objetivo de analisar se o perfil do ACS está de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, dando condições de desenvolver as atribuições que lhe são destinadas. Pelos dados apresentados, podemos notar uma confirmação do que aponta a literatura sobre uma mudança significativa no perfil do ACS.

Relembrando a Lei 10507, revogada pela 11.350/06 que estabelece os requisitos do ACS, abre a participação no *processo de seleção pública*⁴⁰ para pessoas acima de 18 anos, para ambos os sexos desde que residam na área da comunidade em que atuar e tenham concluído o ensino fundamental.

Como podemos verificar nos dados da tabela 2, há um predomínio de pessoas do sexo feminino (70%), o que vem confirmar a situação geral já exposta de predomínio de mulheres nesta função, que nas primeiras experiências eram cerca de 95%, mesmo que não haja um pré-requisito que imponha a contratação de mulheres.

A presença feminina dominante pode ser explicada pela natureza do trabalho no qual a *confiança* na agente termina sendo maior. A focalização inicial dos programas no pré-natal e em cuidados com recém-nascidos estabeleceu uma relação mais fácil entre as mulheres na comunidade e as agentes. (LIMA, 2005, p. 123).

Um dado interessante, e este foge um pouco do cenário nacional, voltando àquela questão da mudança do perfil, refere-se a idade dos ACS, neste caso 65% estão com idades entre 20 a 25 anos, contrariando diversos trabalhos que apontam para uma faixa etária maior. (ÁVILA, 2007; BARROS, 2006; GOMES, 2009; SANTOS et all, 2008; SILVA, 2002;)

Quanto ao estado civil, somados os que se disseram casados e os que informaram união estável, tivemos 70% dos alunos que converge com o dados sobre os que tem filhos (65%), que representam o grau de comprometimento familiar destes alunos, como responsáveis e não mais como dependentes.

Todos os ACS recebem um salário mínimo, sendo minoria os que informaram uma renda familiar média acima de 1.500,00 reais mensais, denotando as dificuldades financeiras que possam passar decorrentes de sua remuneração, além deste dado poder fornecer a informação de que um grande percentual destes alunos dependem exclusivamente de seu salário como ACS para manutenção das necessidades familiares.

⁴⁰ Grifo nosso. Já comentado no capítulo sobre profissionalização do ACS sobre esta modalidade de contratação exclusiva.

Tabela do perfil do agente comunitário de saúde em formação em Santa Cecília - SC

VARIÁVEIS	n	%
FAIXA ETÁRIA		
20-25 anos:	13	65%
26-30 anos:	2	10%
31-40 anos:	4	20%
50 anos:	1	5%
ESTADO CIVIL		
União estável:	3	15%
Casado:	11	55%
Solteiro:	6	30%
SEXO		
Masculino:	6	30%
Feminino	14	70%
FILHOS		
Sim:	13	65%
Não	7	35%
MORADIA		
Própria	14	70%
Alugada	1	5%
Familiar	5	25%
RESIDÊNCIA NA MICROÁREA		
Sim:	5	25%
Não	15	75%
ESCOLARIDADE		
Ensino médio incompleto	1	5%
Ensino médio completo	15	75%
Superior em andamento	2	10%
Superior completo	2	10%
RENDA FAMILIAR		
De 500 a 1000	13	65%
De 1.000 a 1.500	4	20%
Acima de 1.500	3	15%
TEMPO DE SERVIÇO ACS		
Até 1 ano:	5	25%
De 1 a 2 anos	6	30%
De 2 a 4 anos	9	45%

Tabela 2 – Perfil dos ACS matriculados no curso de Formação Inicial – Turma de Santa Cecília (fonte: a autora, 2011)

Mesmo com o dado de baixa renda familiar, observa-se pelos dados, que 70% dos alunos possuem casa própria e os outros que não possuem, cruzando-se os dados, referem-se aos solteiros que ainda moram com os pais, sendo que somente 1 aluno mora de aluguel.

Quanto ao trabalho como ACS, entende-se que possa haver uma grande rotatividade de pessoal, visto que, 11 (55%) possuem menos de 2 anos de trabalho, de acordo com Santos et all (2008), este fato compromete o vínculo com a comunidade, pois quando se acostumam com uma pessoa, logo é substituída por outra.

Outra contradição com a literatura, diz respeito a residir na mesma área de atuação, curiosamente, 15 ACS (75%) declararam não residir na mesma área onde trabalham, o que vai contra os requisitos definidos já descritos que deveria servir para aumentar o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, o que em certa medida contribui para a melhoria da atenção à saúde .(NASCIMENTO, 2008; BRASIL, 2004).

O grau de escolaridade está acima da média recomendada pelo Ministério da Saúde (Lei 11.350/2006), sendo que somente 1 aluno ainda não concluiu o ensino médio e 4 (20%) concluíram ou estão cursando ensino superior, apontando para a elevação da escolaridade deste profissional, dado este também confirmado em diversos trabalhos. (GOMES et all, 2008, BARROS, 2006, ÁVILA, 2007; LIMA, 2005). Para Santos et all, (2008), encontrar estes dados de formação acima da recomendada em vários casos, pode ser explicada pela pequena oferta de empregos e pequenos salários. No nosso caso, há ainda outro fator determinante, nos processos de seleção e contratação de ACS, os gestores das secretarias municipais tem colocado nos editais, como requisito o ensino médio completo.

Ao se cruzarem os dados de renda, casa própria, idade, sexo e presença de filhos encontramos uma média de 65-70% de ACS com as mesmas características , o que demonstra os ACS desde cedo tem ampla responsabilidade familiar, estruturados e que possuem muitas características que os assemelham às comunidades carentes que atendem. Além disso, o fato de possuírem uma escolaridade acima da solicitada, pode ser o que determinou que estejam ocupando a função de ACS, já que precisam realizar provas em processos seletivos e concursos.

Pensamos que esta semelhança com a comunidade é um dado benéfico para o confronto do perfil encontrado e o perfil recomendado pelo MS, assim como morar na

comunidade em que trabalha. No entanto, a renda familiar média de um salário mínimo coloca o ACS numa situação desconfortável, pois dentro da equipe de saúde, é o sujeito com a menor renda mensal e a maior carga de serviço devido à quantidade de visitas a serem cumpridas, ficando este à mercê da falta de recursos e das conseqüências por ela gerados, como sua própria dificuldade de acesso à saúde, educação, alimentação adequada para si e sua família.

A busca de escolarização, reflete na rotatividade profissional, levando a acreditar que desenvolva suas atividades como ACS, pensando como algo provisório, até que encontre uma atividade mais favorável, comprometendo o trabalho da equipe, pois quando está bem familiarizado com a comunidade, este ACS é substituído. Talvez a saída dos ACS das equipes seja espontânea, pois apesar de serem concursados, tendo assim seu emprego garantido o resto da vida, para eles o salário não é bom, ocorrendo assim à busca por melhores oportunidades, mas isso não foi pesquisado a fundo neste estudo.

Este questionário teve uma questão aberta, que deveria ser respondida após as questões acima, que perguntava: *Em sua experiência como ACS até hoje, o que você entende que sejam as suas atribuições? Descreva.*

Pudemos verificar que as respostas escritas seguiram algumas categorias que foram assim classificadas:

Importância de seu trabalho:

Os ACS reconhecem a importância de seu papel na atuação junto a comunidade confirmando a definição de desempenhar o papel de mediador social, podendo ser considerado o elo entre as necessidades de saúde das pessoas e os serviços de saúde, entre o conhecimento científico e o conhecimento popular. (BRASIL, 2004; Nogueira et al, 2000).

“Passo informações do posto para a comunidade e vice-versa”(A6)

“Conhecer as famílias bem como suas necessidades e problemas relacionados a saúde e bem estar e tentar solução cabível, levando ao conhecimento dos responsáveis como o enfermeiro, técnico, médico, assistente social, etc.”(A1)

“Nós agentes somos os primeiros a saber os problemas e levamos a enfermeira se não conseguimos resolver, o médico.”(A2)

”Levar a realidade de cada família ao responsável da equipe do PSF.”(A5)

“Você é uma importante ferramenta de que transmite as informações até os outros Profissionais de Saúde e assim, em conjunto tentar resolver os problemas pendentes.”(A10)

“Criar um elo entre a comunidade e os recursos de saúde. O ACs serve como ponte para ligar ambas as partes: recursos de saúde e comunidade.”(A20)

“Minhas atribuições são como mediador entre o paciente e a prevenção”(A19)

Reconhecem que diariamente lidam com questões complicadas, relacionadas à problemas, sejam estes de saúde, como também os problemas sociais e particulares das famílias atendidas.

Tradutor da Comunidade

Transforma as dúvidas da comunidade em informações, procura simplificar a linguagem de acordo com a realidade das pessoas para facilitar seu entendimento. Tem a sensibilidade de entender que muitos problemas não se originam na doença, mas em necessidades de atenção.

“Muitas vezes eles não sabem como agir, muitos são carentes tem vergonha de ir ao médico, procuro fazer o melhor por eles.”(A2)

“Conversar com as pessoas mais velhas que tem um modo de vida mais antigo. Que não aceita as prevenções que acha que resolve tudo do jeito deles.(A3)

“Ter noção de que em muitos casos o problema é carência, falta de conversar, e não só dor- doença.” (A18)

“Passar para os pacientes somente informações corretas em caso de dúvida, não informar”(A9)

“Fazer com que as família visitadas se sintam bem com a visita, sendo um agente atencioso, dedicado, responsável e humilde, usando uma linguagem simples para que seja bem compreendido e aceito.”(A1)

“Corro atrás das respostas das dúvidas dos pacientes quando não sei (quando sei respondo da melhor forma possível)” (A6)

O papel desempenhado pelo ACS, descrito pelo MS em seus manuais, dá bem o sentido das ações descritas pelos ACS, pautadas na confiança e dedicação com as famílias atendidas.

A sensibilidade/capacidade de compreender o momento certo e a maneira adequada de se aproximar e estabelecer uma relação de confiança é uma das habilidades mais importantes do ACS. Isso lhe ajudará a construir o vínculo necessário ao desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação. Muitas vezes o ACS pode ser a melhor companhia de um idoso ou de uma pessoa deprimida sem extrapolar os limites de suas atribuições. (BRASIL, 2009a, p.46)

Visita Domiciliar como instrumento de trabalho

A visita domiciliar é a principal ferramenta de trabalho do ACS, é através da visita que entra em contato direto com as famílias atendidas, sendo que:

O domicílio é o local único a oferecer oportunidade de observar o modo das pessoas enfrentarem, em seu meio familiar, com os recursos disponíveis, os problemas oriundos do fato de haver um familiar que necessite de cuidados cotidianamente e cuja vida pode estar sendo mantida por outro familiar. A casa é em si, um meio ambiente terapêutico, entrelaçado com a saúde do paciente e requer a apreciação no levantamento de dados, segundo as necessidades dos pacientes. (CARRARO, 2001, p.94)

Ao realizar as visitas diárias, o ACS deve realizar o cadastramento das famílias⁴¹, este é o momento em que deve estar sempre atento ao que acontece com as famílias de seu território, identificando com elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde. Desta forma o ACS contribui para que os serviços de saúde possam desenvolver ações voltadas para resolução dos problemas voltados para a realidade de sua comunidade (BRASIL, 2009b, p. 41).

Pelas respostas encontradas, encontramos a disposição para a realização da visita domiciliar como atividade inerente à sua função de ACS:

⁴¹ Todas as informações que o ACS conseguir sobre a comunidade ajudará na organização do seu trabalho. Algumas dessas informações são anotadas em fichas próprias para compor o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). O ACS utiliza quatro fichas: Ficha A – cadastramento das Famílias, Ficha B – acompanhamento de gestantes; Ficha C – Cartão da Criança; e Ficha D – registro das atividades diárias do ACS. A Ficha A é a mais utilizada, sendo que cada família cadastrada tem a sua, que é atualizada a cada visita. (BRASIL, 2009a)

“Fazer visitas a todas as famílias, no mínimo uma vez por mês, fazendo a ficha A.”
(A7)

“Fazer visitas a todas as famílias da micro.” (A5)

“Nas visitas oriento as gestantes, hipertensos, diabéticos.” (A2)

“Visitas domiciliares no sentido de identificar problemas diversos no seio familiar, não apenas os problemas já existentes mas também causas que poderão vir a causar danos psicológicos, físicos e sociais.”(A15)

“Visitas domiciliar para a orientação de gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos e outros.”(A16)

Papel de educador social

Para o educador Paulo Freire (1996), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua construção. Para o MS, o enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde, sendo as ações educativas, consideradas responsabilidades de todos os integrantes das equipes de saúde. (BRASIL, 2009a, p. 50)

É possível que o trabalhador de saúde nem sempre esteja consciente de sua função educadora, já que esta se apresenta de diversas formas, muitas vezes traduzindo-se como “orientação”, “informar”, que nada mais é que a materialização da melhora da qualidade de acesso à atenção à saúde destinada à população.

“Levar informações e orientações para os pacientes de sua micro-área” (A9)

“Orientações básicas sobre saúde” (A14).

“Informar, auxiliar, orientar sobre todos os tipos de doenças e ajudar no que for preciso para a melhoria do paciente.”(A8)

“Prevenir as doenças através da higiene da alimentação, educar como tratar as crianças, por exemplo alimentação mais sadia, com verduras, frutas.”(A3)

“Percebe-se que o ACS tem uma importância central no ambiente de saúde pública, já que baseia seu trabalho em um método preventivo e humanizado”(A4)

“Educar na saúde, com intenção de prevenir.” (A20)

*“Corresponder às informações certas e dar orientação sobre a educação em saúde”
(A12)*

Ao se procurar definir ou caracterizar, nas práticas de saúde, qual é, ou onde está o componente educativo, deve-se considerar que não há um momento específico onde o ACS diga: “Hoje vou realizar ações educativas!” excetuando-se nesse raciocínio as reuniões realizadas com os grupos de interesse, como as gestantes, diabéticos, hipertensos. As ações educativas dos trabalhadores em saúde, estão presentes em todas as atividades de saúde, independente de sua complexidade, pois podem ser consideradas inerentes à prática profissional.

Satisfação com o Trabalho

Ao trabalhar com pessoas com diversas necessidades, consegue manter um grau de motivação e reconhece a grandeza de seu trabalho, recebe das pessoas uma resposta de aceitação caracterizada por pequenos gestos, que são suficientes para entenderem a importância de seu papel para a comunidade. O ACS aponta para requisitos que considera importante para o desenvolvimento de suas funções.

“Meu trabalho é muito gratificante. A recompensa vemos no olhar das pessoas que ajudamos (...) Gosto muito do que faço tenho prazer quando posso ajudar.”(A2)

“Geralmente chego nas casas sou muito bem recebida, as pessoas contam seus problemas.” (A14)

“E principalmente gostar do que faz e aprender cada dia.”(A5)

”Por ser um trabalho importante requer bastante empenho. É preciso ter companheirismo, é preciso ter muita ética na hora de tratar de problemas.”(A13)

“É um trabalho digno e muito importante onde existe uma série de fatores fundamentais como responsabilidade, respeito e dar a devida importância aqueles que dependem de seu trabalho” (A10)

Quando os ACS responderam de próprio punho à questão aberta, sobre as suas atribuições, demonstraram com suas respostas, que já vinham desenvolvendo atividades com um nível superior ao esperado para a sua qualificação naquele momento. As respostas

desenham o perfil de um profissional consciente de si, em transformação e por consequência, mais crítico, que ao mesmo tempo em que se depara com problemas, procura soluções. Não está acomodado, mas se incomoda ao procurar seus pares, já não se sente mais um membro da comunidade, mas não está adaptado à equipe de saúde.

Esta etapa da pesquisa, nos oportunizou refletir sobre o perfil do ACS, que está em franca transformação. Esta reflexão, feita a partir dos dados coletados em campo e confrontado com os documentos do MS, que deliberam sobre os requisitos do ACS, junto com alguns estudos de outros autores sobre este sujeito, nos mostraram um quadro atípico, uma realidade que não condiz com a teoria, trazendo com isso desafios para vários segmentos envolvidos.

As instituições formadoras estão preparadas para enfrentar esta realidade? Que conhecimentos devem permear o caminho do enfermeiro para que esteja preparado para as responsabilidades de supervisão do ACS? Qual a influência da mudança do perfil do ACS na equipe de saúde? Quais os reflexos para o atendimento da população? Os gestores estão conscientes desta nova realidade que se apresenta? Como se desenvolver políticas públicas adequadas para atender às necessidades deste profissional? São questões que devemos refletir.

5.2. Entrevistas com o Grupo Focal

As entrevistas foram realizadas em três fases do curso de formação, ou seja, início meio e final do curso, com gravação das entrevistas que depois, foram devidamente transcritas e classificadas em categorias, à luz de Bardin, e seguem apresentadas na sequência em que foram realizadas. Ressaltamos que nesta fase, utilizou-se o grupo focal, composto por 9 sujeitos que participaram nas três fases, sem desistências ou recusas.

Conveniuiu-se utilizar a identificação dos sujeitos como alunos, sendo A1 para o aluno 1, A2 para aluno 2 e assim sucessivamente, para preservar a identidade dos participantes.

5.2.1. Primeira Entrevista com Grupo Focal

A primeira entrevista foi realizada no dia 30 de abril de 2010, primeiro dia de aula dos ACS, devidamente registrada em áudio. Nesta primeira fase, assim como nas seguintes, foram questionados sobre diversos assuntos principalmente os pertinentes a conceitos que, segundo o Referencial Curricular do Agente Comunitário de Saúde (ANEXO A), deve nortear a sua formação. Este é o principal documento elaborado pelo Ministério da saúde que orienta as instituições e escolas do SUS responsáveis pela formação do ACS quanto aos conteúdos e competências a serem desenvolvidas.

O documento ora apresentado constitui-se em referencial para as instituições formadoras organizarem cursos Técnicos de Agentes Comunitários de Saúde. Foi elaborado respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, instituídas pela Resolução CNE nº 04/99. Sua estrutura é a de um Plano de Curso, conforme previsto no Art. 10 da referida Resolução.

Pretende-se com este documento, subsidiar as escolas técnicas na elaboração de seu próprio plano de curso e do currículo de formação. (BRASIL, 2004b, p. 13)

As entrevistas foram orientadas por questionário estruturado, mas sempre surgiram questões que não estavam previstas e que segundo a sua importância, aparecem no decorrer deste trabalho. A escolha pelas duas primeiras perguntas está embasada na orientação do MS que orienta que a atuação profissional do ACS deverá ter a “promoção à saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo, buscando garantir a integralidade de suas ações, segundo o contexto onde se desenvolvem as práticas.” (BRASIL, 2004b, p. 18).

PERGUNTA 1:

Assim sendo, a primeira pergunta procura descobrir o que o ACS sabe sobre o que seja Promoção à Saúde, através da pergunta: “*O que você entende por ações de promoção à saúde?*,” que teve como marco principal a I Conferência Internacional de Promoção à Saúde (1986), onde foi aprovada a Carta de Otawa e como referência, o reforço da importância da ação ambiental e da ação política, bem como, a mudança do estilo de vida das pessoas. Assim, foi conceituada promoção à saúde como:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social [...]. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global. (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 1, In: BRASIL, 2007, p. 14).

Analisando a apostila para o Curso de Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde (2010) elaborada pela EFOS e que serviu como referencial teórico para os ACS, na unidade temática II, encontramos o primeiro capítulo com o título de “Promoção à Saúde”, o que se notou foi a falta do conceito sobre o que é promoção à saúde, quais as ações de promoção à saúde e também, sobre prevenção de doenças e agravos, já que no Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde diz que o ACS deve realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, pensamos que iríamos encontrar um capítulo mais detalhado sobre esta temática. Na verdade, o conceito que este capítulo encerra, trata sobre o conceito breve e superficial sobre saúde.⁴² (BRASIL, 2004b)

Nota-se no grupo, a dificuldade de alguns participantes em definirem o que é promoção à saúde, principalmente no campo das ações, sendo relatadas algumas ações ditas como promoção, mas que fazem parte das ações de prevenção à saúde, ou mesmo, o caso de estenderem o conceito diretamente para a prevenção como podemos perceber na fala do estudante A5: “[...] é você ir na casa, você perceber antes que a pessoa fique doente, saber o que ela tem, detectar a doença antes que ela aconteça, levar pra supervisor o que ta acontecendo coisa assim, né.” No entanto, para este aluno, que ao falar sem muita certeza, percebemos isso pelas reticências, desenvolve um primeiro conceito, sendo que, as ações de promoção à saúde não estão desvinculadas das de prevenção de doenças como para o aluno A4: “A gente percebe que promoção à saúde acontece...acontece de forma preventiva” para o aluno A1: “Ah! Principalmente a prevenção na minha opinião, né,” o aluno A9, vai além: “Bom, acho que ações de promoção à saúde seria essas campanhas de vacina né, [...] Campanha de preventivo às vezes também tem, né. Uma semana ali fazem o preventivo também já é uma promoção de prevenção né.” Sendo complementado pelo aluno A6: “E a

⁴² Na verdade, nesta etapa, eles ainda não haviam recebido esta apostila, pois se tratava do primeiro dia de aula.

distribuição de camisinhas, donativos, o comprimido lá, também outra forma de promoção né.” O aluno A7, segue a mesma linha: *“Acho que também através dos grupos de diabéticos, hipertensos, idosos assim, já dá a orientação também né, já é uma prevenção...”*

Estas falas, mesmo ainda sem uma base conceitual, vêm de encontro à concepção holística de saúde, de que a prevenção de doenças “e suas estratégias devem ser combinadas com as de Promoção à Saúde para que as ações se dirijam para as causas primeiras dos problemas e não somente, às suas manifestações concretas,” (SÍCOLI & NASCIMENTO. In: WESTPHAL, 2006, p. 653), prevenir antes que algo aconteça, ou mesmo, cuidar para que não aconteça.

Alguns integrantes, no entanto, têm uma apropriação de um conceito científico mais elaborado, justificado pelo fato da boa escolaridade de alguns integrantes, como é o caso do aluno A2: *“Promoção à saúde é promover o bem-estar pra comunidade.”* e do aluno A4: *“[...] promovendo a saúde, a gente tá prevenindo a doença, certas doenças e tá vendo o conceito de saúde fazendo com que o bem-estar geral esteja completo.”*

Em muitas falas, encontramos o trabalho de orientação como sendo a principal ferramenta da promoção à saúde, confirmando o preparo do ACS e conhecimento sobre suas funções, lembrando que nesta fase de entrevistas, ele ainda não havia recebido nenhuma aula do curso de formação, assim, para o aluno A1: *“Você levar a orientação, é... divulgar a saúde na distribuição de panfletos,”* para o aluno A2: *“Os agentes de saúde geralmente atendem os bairros mais carentes, as pessoas que mais precisam, a gente sempre leva uma promoção assim, tipo, é... na educação, na orientação, na higiene, todas as coisas mais importantes [...],”* também para o aluno A9: *“Orientação também, né que nós fazemos nas casas já é uma promoção à saúde, ajudar mostrando o certo, né.”* E para o aluno A7: *“[...] Orienta sobre os problemas e os riscos que as doenças que cada um tem, daí através dele já passa pra família, familiares,”* e para o aluno A8, a orientação vem em outras palavras: *“Ajudar mostrando o certo, né.”*

Em outros exemplos, há uma extensão do conceito de promoção à saúde com *“Preocupação com a higiene,”* como nesta do aluno A8: *“Tem muitas casas que a gente chega, a higiene da casa, os cuidados das crianças, é bem precária então, claro, que a gente não vai falar diretamente mais a gente tem que ir **ajudando a**”... **no caso a mãe a se conscientizar do que ela deve fazer pro bem da criança, pra melhora da família e ao todo ali,***

né. Também chama a atenção na fala desse aluno estas palavras em destaque, por serem o alicerce das ações de promoção à saúde. Ou seja, quando o ACS leva às famílias ou indivíduos atendidos “informações que os tornem capazes de escolher comportamentos que vão favorecer a sua saúde, relacionadas ao modo de viver, condições de trabalho, educação, lazer e cultura,” (BRASIL, 2009a, p. 16), estará proporcionando autonomia a essa mãe com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida através de ação educativa em saúde.

PERGUNTA 2:

A segunda pergunta do questionário: *O que você entende por ações de prevenção de doenças e agravos?* A qual, necessita de uma introdução conceitual para que possamos entender as respostas e sua aderência ao tema proposto. Assim sendo, podemos dizer que a prevenção das doenças em Saúde Pública, tem desenvolvimento a partir do conhecimento da história natural das doenças, dados pela epidemiologia e patologia, com base em Leavell & Clark. (1976, In: LIMA, 2000)

As doutrinas de prevenção podem ser geral ou específica:

1. Prevenção primária: Realizada através de medidas de gerais, tendo como resultado o aumento da saúde e do bem-estar geral, através de moradia adequada, escolas, área de lazer, alimentação adequada e educação sanitária.

2. Proteção específica: Através de ações de imunização, saúde ocupacional, higiene pessoal e do lar; proteção contra acidentes, aconselhamento genético, saneamento ambiental, tratamento da água, tratamento de esgoto e do lixo, medidas de controle de vetores.

3. Prevenção secundária: Se faz através do diagnóstico precoce de doenças onde se faz perguntas na comunidade para a descoberta de casos, exames periódicos, individuais, para detecção precoce de casos, isolamento para evitar propagação de doenças, tratamento para evitar a progressão da doença, limitação da capacidade com vistas e evitar futuras complicações, evitando sequelas.

4. Prevenção terciária: Reabilitação com objetivo de impedir a incapacidade total, fisioterapia e terapia ocupacional.

O conceito sobre prevenção nas respostas das entrevistas, ainda está baseado principalmente no senso comum, com alguma insegurança sobre o que são realmente as ações de prevenção, que pouco aparecem nos diálogos, como nestes, do aluno A5: *“Prevenir doenças é alertar as pessoas, explicar o dia-a-dia que acontece as doenças, que ela possa ter, que ela tem, acha que tem, algumas pessoas acham que tem alguma coisa vai no médico, mas não tem nada”* e do aluno A4: *“A gente precisa saber o que é a doença, tá explicando pra eles o que é e. eles sabendo distinguir a doença vão saber um pouco como se prevenir também [...]”* Mas, percebe-se nestas falas uma interferência do modelo biomédico hegemônico no cuidado com a saúde.

Algumas ações de prevenção primária e secundária são citadas em meio ao diálogo, mas sem muita certeza se isso realmente acontece, como e com que frequência estas ações são efetuadas, para o aluno A1: *“[...] a gente faz os grupos de hipertensão, daí é explicado né, as maneiras como eles se prevenir, como ele se tratar. Diabéticos que também participam e... as gestante né, onde é dado palestras é onde ensina ali os cuidados com o bebe e tal.”* E para o aluno A9: *“A ação de prevenção então seria a campanha de vacina, o preventivo né, que é prevenir os grupos dos hipertenso, diabéticos, que ali nas reuniões você tá vendo aferindo a PA e a diabete, e então você já tá passando a orientação pra irem prevenindo né, as doenças.”* E para o aluno A8: *“Hipertensos e diabéticos que no meu caso, tem muito que eles não sabem assim, a alimentação adequada às vezes eles não tomam o medicamento e na alimentação assim abusam, né [...]”* Para o MS da saúde, o ACS deve acompanhar todas as pessoas de sua comunidade, principalmente aquelas em situação de risco, que *“são os casos em que uma pessoa ou um grupo de pessoas têm maior possibilidade ou chance de adoecer ou de morrer,”* como alguns casos citados de gestantes, diabéticos, hipertensos entre outros. (BRASIL, 2009a, p. 27)

Aparece ainda nesta questão, a dificuldade das famílias em relação ao ambiente, que fazem parte das ações primárias de prevenção, como na fala de A2: *“Aquela área é a mais carente. Mais não vai dizer que é... é não tem nada assim de... Não tem esgoto [...] Tem bastante esgoto a céu aberto, a gente sempre tá orientando eles sobre isso também porque geralmente, muitos casos de diarreia no bairro né.”* As condições precárias de moradia como trata A3: *“A casa é um... bem pequenininha, mora uns cinco seis na mesma casa, dormem tudo numa cama [...]. Não tem água, a água é de poço então toda hora tem que ta tratando... falando pra eles trata a água, comprar remédio”* e infraestrutura, como fala A1: *“Não tem*

energia elétrica, não tem rede de água”. Note-se aqui, que vários alunos apontam situações semelhantes, mesmo que trabalhem em territórios distintos, e são estas exposições às situações de risco que podem levar as pessoas a terem sua saúde prejudicada. Os lugares que tenham saneamento precário, contaminação da água, dos solos ou dos alimentos são lugares que limitam o consumo de bens ou serviços de qualidade, incluindo os mais elementares como acesso à água de qualidade, escola para as crianças e serviços de saúde adequados para as pessoas. (BARCELLOS, 2003)

A falta de higiene é considerada pelo MS como condição que aumenta o risco das pessoas adoecerem, ainda para o MS “risco é qualquer tipo de ‘perigo’ para a saúde das pessoas.” (BRASIL, 2009a, p. 29) Para o A2: “[...] *é muito grande o problema da higiene*”, e para o A1 isso interfere em seu trabalho: “*Só que lá na casa veja, não tem um chuveiro instalado é... a condição de higiene é bem precária, então isso daí também acaba dificultando né*” e também, no trabalho dos outros integrantes da equipe, segundo A3: “*É... enfermeiro lá fazendo curativo, tem cachorro do lado, tem um monte de gente ali olhando, querem tudo vê né, curioso né.*”

À medida que vai realizando seu trabalho, o ACS vai conhecendo melhor as famílias e indivíduos que visita regularmente ou que procuram os serviços de saúde. O acolhimento é uma das formas de tratar com “atenção a todos os que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito” e o ACS tem papel fundamental no acolhimento, já que faz parte da comunidade, ajudando a “criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe,” (BRASIL, 2009a, p. 17-18), esta relação pode ser confirmada na fala do A1: “*Que na nossa comunidade lá o pessoal é bem humilde sabe? [...] a gente leva o nosso conhecimento também pra eles do que de uma forma simples de uma linguagem clara pra que eles compreendam [...]. Então a gente tenta passar confiança pra eles pra que eles possam confiar em nois e seguir o nosso... a nossa orientação de levar ele até lá o nosso foco lá onde eles vão realmente é ter um conhecimento a mais*”. Relações pautadas na confiança mútua em que o ACS procura desempenhar o seu papel educador, sendo que, as ações educativas partem de sua rotina diária e que devem contribuir para melhorar a qualidade de vida da comunidade, de acordo com A8: “[...] *tem que começar assim, a mudar um pouco também o modo de vida deles né, só que é muito difícil mudar, só que conforme a gente vai falando, eles vão começando a entender mais.*” E também, nas falas de A5: “*A gente aprende muita coisa e tenta passar pra eles, né, como se prevenir das*

doenças.” Para Brasil (2009a), é muito importante valorizar o conhecimento e experiência das pessoas permitindo a troca de ideias, estimulando a construção de um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses.

PERGUNTA 3:

Ações de planejamento e gestão do trabalho estão dentro das atribuições do ACS, os quais descritos anteriormente. Para o MS, planejar não é improvisar e sim, preparar e organizar o que será feito, acompanhar sua execução, reformular decisões tomadas se necessário, redirecionando sua execução e por fim, avaliar os resultados. O planejamento é um instrumento de gestão que tem por objetivo melhorar a qualidade e efetividade do trabalho desenvolvido, no caso das ações de saúde, o planejamento participativo é o mais adequado por garantir a participação da população com a equipe de saúde na solução de seus problemas. Através das ações de planejamento em saúde, torna-se mais adequada as atuações voltadas para a melhoria das condições de saúde com comprometimento de todos com o trabalho. (BRASIL, 2009a)

Ao perguntarmos aos ACS *“O que você entende por ações de planejamento e gestão do trabalho,”* algumas contradições são observadas, há momentos em que o planejamento é individual, somente sobre o seu trabalho, o seu dia-a-dia, pela fala do A4: *“Acho que é você planejar seu trabalho, como nós, a gente sai nas casas, não pode sair assim sem um rumo, a gente tem que estar planejando o que vai estar fazendo, trabalhando naquele bairro, as casas daquele dia.”* e na fala do A5: *“Eu no meu dia-a-dia, eu cedo chego e já olho, hoje eu vou trabalhar com estes, vou na casa dos hipertensos, vou na casa dos idosos, dos acamados, a gente planeja o nosso trabalho antes de começar, antes de sair.”*

Outros indivíduos têm uma visão mais ampla e veem o planejamento como ações integradas da equipe de saúde e da própria comunidade, como é o caso do A1: *“[...] porque a gente vai lá a gente tá de frente com o problema mais a gente precisa de... de ajuda para conseguir alguma coisa entende? A gente não resolve os problemas sozinho [...] A gente não vai conseguir fazer nada sozinho, a gente tem que ter o apoio das pessoas que querem ser ajudada tanto quanto daquela autoridade maior.”* Confirmado pela fala do sujeito A9: *“Acho que tem que ter o planejamento de um grupo né, bem organizado e tem que ter o incentivo*

do... do gestor para nós os funcionários. Eles têm que chegar nos apoiar para que... a gente consiga desempenhar a nossa função bem desempenhada e tendo né, todo o apoio [...]. A equipe de saúde precisa conhecer a realidade da comunidade para então, planejar e executar as ações de saúde de acordo com as necessidades identificadas.

Neste diálogo, a necessidade de trabalhar em equipe permeia as falas dos sujeitos, mesmo que esta formação adequada não esteja acontecendo, existe o conhecimento da importância e necessidade, como relata o A6: *“Um sabe, o outro sabe mais, os outros não sabem. Então tem que ter... um diretor, um que manda lá, um líder! Se não tiver líder não tem nada”* e, na fala de A7: *“Trabalho em equipe também é muito importante, nós trabalhamos como uma equipe né. Às vezes quem coordena sabe que vai acontecer, mas passa pra gente em cima da hora...”* Podemos notar aqui uma contradição: existe ou não, trabalho em equipe e se existe o trabalho em equipe, as informações não são repassadas. Então, quem faz realmente parte da equipe? De qual equipe estão se referindo? Somente a equipe de saúde?

Ainda não há uma base teórica sobre o que seja planejamento, isso justifica que alguns depoimentos saiam mais evasivos, como na fala do A7: *“Acho que planejar é para ser bem feito, nada se faz sem um planejamento tudo tem que ter seu planejamento. [...] desde uma campanha se é feita em cima da hora ali, faz uma coisa pela outra.”*

Como podemos observar, a maioria dos ACS tem consciência da necessidade de planejamento na área da saúde, demonstrando que, quem sabe, em sua práxis, este fator seja uma necessidade e não somente uma mera obrigação, confirmando o que diz Brasil (2009a) que as atividades de planejamento e avaliação devem ser comuns a todos os trabalhadores do SUS, e se realizadas em conjunto trarão benefícios para todos os envolvidos: equipe, trabalhadores e refletindo em ações para a população.

PERGUNTA 4:

O ACS deverá desempenhar o papel de estimulador que possibilite às pessoas da comunidade a formar grupos e associações, como os clubes de mães, associações de moradores participarem de reuniões, que busquem agregar forças para que esta comunidade mobilizada possa reivindicar melhorias para seu bairro, como tratamento de água e esgoto,

escolas, creches, posto de saúde, transporte coletivo. Para o MS, “A participação da comunidade, por meio dos Conselhos e Conferências, permite sua intervenção na gestão da saúde. Os cidadãos podem discutir e direcionar os serviços públicos para atender aos seus interesses. Isso é o controle social.” (BRASIL, 2009a, p.12).

Perguntamos na quarta questão: *“Você se articula ou participa de articulações com entidades, associações, sociedades, etc. para organizar discussões e propor soluções para os problemas de saúde das famílias e comunidade que você atende?”* Poucos alunos se manifestaram, sendo o aluno A1 quem deu a primeira resposta: *“Não, não... no nosso bairro, lá até teve alguns encontros assim, porque ali é um povo assim, que tá numa área que não é uma área verde, vamos dizer, eles não têm escritura não tem nada. Então eles tavam preocupados em ter isso até pra recorrer assim [...]”* Pelas respostas, estendemos que não há a mobilização, a entidade social, o papel de articulador, mas está claro, pela fala do sujeito o entendimento sobre esta questão e até, o reconhecimento da necessidade desse envolvimento ou da criação dessas entidades para auxiliar a comunidade na solução de seus problemas.

A participação organizada da comunidade integrada às autoridades e serviços públicos pode acontecer através da participação em Conselhos de Saúde locais ou municipais e nas Conferências de Saúde, por serem espaços de discussão na busca de soluções para problemas coletivos, pela fala do A4, já tiveram experiência nestas reuniões: *“A nossa equipe já participou uma vez do Conselho de Saúde, uma vez só. Agora, outras participações da secretaria a gente não tem participado não”*, na fala do aluno A7 esta participação também ocorre: *“A gente participa das ações que é feita através da secretaria e de Conselhos, às vezes eles convida a gente pra participar e a gente dá a opinião da gente também, né...”*, nesta ocasião falaram sobre um mutirão no bairro *“vai ter uma área que vai ser feito um mutirão e vai ter nós (os agentes) e envolvendo todas as secretarias do município, agricultura, obras, saúde, educação, falam todos juntos.”* O que fica evidente, é que há uma confusão da questão do papel de agente articulador, demonstrando que o ACS desconhece como sua função, pois recorre a tarefas ligadas à administração municipal e não, da comunidade. O mais comum nesta questão, foram respostas que não respondiam à questão, desviando o foco e sem necessidade de serem descritas aqui.

PERGUNTA 5:

Seguindo o Referencial Curricular (ANEXO A) já descrito em capítulo anterior, espera-se que o ACS receba conhecimentos – saber, que congregue conhecimentos básicos sobre a política nacional de saúde – organização, princípios e diretrizes do SUS, neste sentido, a necessidade de se fazer este questionamento: *“O que você conhece como princípios do SUS? Fale sobre algum deles.”* O que verificamos neste primeiro momento, foram tentativas de buscar alguma referência para responder à pergunta, buscando uma articulação com conceitos recebidos em outras ocasiões, como na fala deste aluno A4: *“O que eu mais percebo pela capacitação que a gente teve é o da humanização, que é o Humaniza - SUS que nós já fizemos, que é esse princípio de tá observando melhor os pacientes, de tá se colocando no lugar deles, ter um atendimento mais... mais satisfatório, né.”* Significa dizer que as práticas de saúde devem estar relacionadas ao compromisso com os direitos do cidadão. Para o A9 nota-se alguma dificuldade em estabelecer um conceito adequado para os princípios que conhece: *“Eu acho uma coisa assim, o princípio do SUS que é a equidade, que é a igualdade no direito ao atendimento para todos né? É assim que eu entendo a equidade. Esse princípio assim, é um princípio que (...).”*

O ACS traz uma crítica sobre o que ele entende que deveria ser diferente na oferta de atendimento pelo SUS, sem entrar nas questões legais. Neste momento, deixa transparecer que é um sujeito com suas concepções e suas opiniões formadas, muitas vezes não concorda com a forma com que os serviços são executados e distribuídos, ditando uma nova ordem de distribuição de serviços, como na fala do A8: *“Às vezes também aquela pessoa que pode né, ele também não pensa assim, dessa forma ‘eu posso eu vou pagar o meu, o que iam pagar pra mim, pode dar pra outra pessoa’ eles não pensam dessa forma, eles pensam assim ‘não, eu tenho, mas eu também tenho o direito de ir no SUS... Então, por isso vão querer ir no SUS, se eu tenho condições, eu também tenho direito né... direito é pra todos, então... eles querem [...]’. Pensam no direito e não, na necessidade das outras pessoas né.”* Esta opinião é compartilhada por outros, como na fala de A9: *“E acaba que aqueles que precisam mais, ficam lá sem o exame, dois três meses por causa daquele que briga muito.”*

Pelo depoimento deste aluno, há a inferência de que as pessoas com melhores condições financeiras são as que conhecem mais seus direitos e acabam tendo mais acesso a atendimento, como fala A6: *“Quem corre mais atrás, que tá lá todo dia incomodando, todo*

dia batendo o pé, todo dia brigando, são os que mais podem, os que mais têm condição financeira, do que os que não têm, daí eles vão lá, ah! Esse exame, se tu pagar a metade, tu consegue ou tem que esperar, eles acatam, entendeu? É porque eles precisam, eles ficam de dois, três, até cinco meses esperando. Já os que podem e tem, bom... né... financeira... eles ficam incomodando, e vou falar com não sei quem e meu Deus e acabam ganhando e tirando dos que tem mais necessidade!” O A5 entende que a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS não é o mesmo atendimento que recebe quem pode pagar: *“Eu acho que o atendimento ao paciente pelo SUS não é mesmo que... não tem a mesma qualidade que o particular no caso, eu acho que no atendimento pelo SUS deixa a desejar.”* Fica evidente a necessidade de se construir com os ACS, conceitos adequados e que este venha a conhecer melhor o SUS e suas diretrizes, para seu próprio conhecimento e para repassar para a sua comunidade, pois se o ACS tem estes conceitos, sendo ele um trabalhador do SUS, o que se dirá da população em geral?

PERGUNTA 6:

Para o MS, o ACS pode estar inserido numa equipe de ESF ou ser integrante do PACS, de acordo com a realidade de cada município. De qualquer forma, o seu trabalho é o mesmo em diversas situações, sendo que podemos dizer que o ACS faz parte da equipe de saúde. Esta formação de equipe é importante para que os cuidados com a saúde da população sejam completos, ou seja, todos os integrantes devem ter suas funções e responsabilidades específicas, e no caso do ACS não é diferente, então perguntamos: *“Quando ocorrem problemas no seu trabalho, a quem você recorre mais frequentemente?”*

Há uma preocupação em resolver seus problemas de trabalho sozinhos, reforçando sua autonomia e iniciativa, buscando *“alternativas frente a situações adversas, com postura ativa,”* (BRASIL, 2004b, p. 23), postura que pode ser identificada nesta fala de A2: *“[...] quando a gente pode resolver, geralmente nós, agentes de saúde, resolvemos bastante problema, a também sem precisa levar lá pra enfermeira, sem precisa leva pra enfermeira e pra técnica.”*

Esta não foi a base de resposta da maioria dos alunos do grupo em estudo, o que obtivemos mais respostas semelhantes tinham o enfermeiro como o profissional mais citado para auxiliar o ACS em seu trabalho, apesar das dificuldades de seu trabalho, sente que pode

contar e cria um vínculo de confiança, como nos fala A2: “*Enfermeira, eu porque tenho um vínculo com ela, ela é uma pessoa que está sempre aberta a escutar e a tentar resolver os problemas da gente [...]. Geralmente eu recorro à enfermeira que é a chefe, né.*” Há uma comunhão de opiniões a respeito, como diz A1: “*Quando é um caso assim, que precisa de maior atenção geralmente, é um enfermeiro que vai correr junto com nós pra achar um meio de solucionar né,*” também para o aluno A4: “*Enfermeira, ela dá abertura pra gente, ela se propõe a ir atrás dos problemas*” e o aluno A6: “*[...] quando a gente precisa assim né... comunicar alguma coisa a gente fala e ela tenta resolver pra gente né, só que ela não consiga.*” Seja por vínculo, por hierarquia ou por confiança, o ACS recebe do enfermeiro a atenção necessária, sendo um bom indicador de trabalho em equipe, pois quando tarefas são realizadas em conjunto trazem benefícios a todos. (BRASIL, 2009a)

Em menor escala, apareceram descontentamentos do ACS que se sente desprotegido, sem poder contar com profissionais interessados e comprometidos ou então, com disponibilidade para ajudar com seus problemas diários diz A8: “*Nós temos enfermeira, mas não temos o apoio no caso que era preciso ter, mas então eu já vou mais direto na secretária do que na enfermeira (ênfatisa),*” opinião partilhada por A9: “*Tem enfermeira só que assim, ela nunca pode! Sempre tá ocupada... digamos assim, desinteresse pelos PSF dela.*” Esta aluna A7 fala da falta de tempo da enfermeira: “*[...] só que nós estamos tendo a dificuldade porque a [enfermeira] eles ocupam muito ela dentro das unidades e daí, não sobra tempo pra nós ali na parte que eu falei da informação, é isso que nos não temos...*” Estas questões refletem as diferentes formas de trabalho das equipes, que devem se reunir e conversar sobre as ações específicas de cada membro, as que são comuns a todos e onde cada um pode ajudar o outro, em benefício da população.

PERGUNTA 7:

A pergunta seguinte, dizia: “*Indique as principais dificuldades que você enfrenta para realizar o seu trabalho de ACS*”. As respostas demonstram que as dificuldades aparecem de diferentes formas, algumas vezes estão relacionadas com a comunidade, verificamos que o fato de se trabalhar com pessoas carentes é um fator importante e que isso, é uma dificuldade para o ACS porque se sentem responsáveis e ao mesmo tempo, impotentes frente a tantos

desafios, como na fala de A1: *“O nosso bairro é o mais carente, sabe... então, a gente tenta ajudar da melhor forma possível... que nem lá na minha área tinha um caso que são duas senhoras, elas são bem de idade sabe, elas moram num barraco onde tem rato, tem aranha, tem sapo, então é aquelas condições [...] Então, eu que queria ver se conseguia pra eles pelo menos pra fazer uma casa decente né, porque não tem como ali, a condição de higiene tá bem precária.”* Para A3: *“Tem coisa que o pessoal pede pra gente, a gente vê que poderia ajudar, poderia arrumar [...]. Principalmente banheiro, lá pro pessoal, né gente?”* O envolvimento com os problemas da comunidade e a vontade de encontrar soluções que minimizem estes sofrimentos, podem ser entendidas como o fator dificultante para estes ACS. Ainda relacionado à comunidade, apareceram as dificuldades de relacionamento com as pessoas atendidas, isso aparece na fala de A2: *“Ali tem casas que não recebem muito bem a gente, sabe? Tem pessoas assim, que acham que não precisam... não aceitam... e não precisam. Que dizem que tem plano de saúde, que não precisa... no meu bairro né, não é o caso dos outros, eu acho porque... É menos carente, não são tão carentes [...].”*

Outras dificuldades estão relacionadas com a estrutura de serviços, na qual está vinculado, relatando certa desmotivação, assim fala A1: *“A gente não pode contar muito com o apoio lá de cima [...] Então aí eu acho que é o nosso maior problema... ali tanto meu quanto o dela o mesmo bairro né, é... a colaboração assim ‘deles,’ sabe? Porque a gente leva os problemas tal, tudo mais, mas a gente precisa, vai precisar sempre”,* as dificuldades são sentidas na fala de A3: *“Só falta de apoio mesmo do maioral... a gente tem que chegar, toca pra enfermeira: precisamos disso, precisamos daquilo [...]. A gente vai na secretaria pedi alguma coisa: “Mês que vem, nos chegamos lá”.* Outro aluno, o A4 diz: *“A gente não tem tanto suporte, entendeu? Então a falta de alguns recursos dificulta um pouquinho o nosso trabalho.”* Na fala de A6, o ACS não recebe o apoio esperado, *“[...] então a gente fica... De lado e daí, sempre tem que tá correndo atrás...”* confirmada na fala de A8, *“quando realmente eu preciso assim, sempre ela, até fala assim: não, eu vou te ajudar, vou fazer e tal... mas não aparece, não acontece, sabe? Passa assim, despercebido. Vai indo, vai indo... Passou e eu não tive aquele apoio que precisei naquela hora, né?”* Pode-se entender que o ACS está falando dos outros componentes da equipe, sendo que equipe de saúde pode ser entendido como um conjunto de pessoas que se encontram para produzir o cuidado de uma população, e por ser uma formação dinâmica, com muitas pessoas envolvidas, de diversas formações, está sujeita a movimentos, como nos auxilia o MS: *“Nessa equipe há sempre movimentos permanentes de articulação/desarticulação, ânimo/desânimo, invenção/resistência*

à mudança, crença/descrença no seu trabalho, pois a equipe é viva, está sempre em processo de mudança.” (BRASIL, 2009a, p. 34)

PERGUNTA 8:

Na oitava pergunta: *“Indique, duas medidas que, na sua opinião, contribuiriam para melhorar o trabalho do ACS. Por favor, indique apenas duas medidas que você julga mais importantes.”* Temos aqui uma particularidade que foi pensada quando elaborada, limitando a resposta em *duas medidas*, por pensarmos que teríamos muitas sugestões e que ficaria difícil classificar as respostas ao final, porém, o que notamos foram respostas curtas, onde alguns pegaram gancho na resposta do outro e houve até, quem não se manifestasse.

As respostas a esta questão ficaram mais no campo do trabalho em equipe, demonstrando o comprometimento destes profissionais. Nesta pesquisa, não foi solicitado melhores condições de trabalho, nem de salário, mas sim, a necessidade de se conseguir apoio à efetivação de suas ações na comunidade, presente na fala de A1: *“É colaboração com certeza [...]. Que nem no nosso caso só falta o dentista, né... seria ótimo se tivesse também. A higiene bucal é muito importante.”* Apoiada pela fala de A2: *“É só colaboração, eu acho que é só a colaboração.”*

Numa outra linha de sugestões, os ACS pedem que sejam mais integrados a espaços que não sejam apenas a UBS para discussões, que possam favorecer a sua participação como profissionais, para o A4 isso ajudaria muito: *“Acho que pode ser feito mais conselhos de saúde, mais reuniões que desse a voz para quem tá falando acho que seria melhor, até para se compreender um pouco a ação deles e a nossa visão também e a gente pudesse ir junto trabalhando.”* Na fala de A8, há uma sintonia com a fala anterior, mas com outras palavras, mais simples: *“Mais campanha, mais divulgação, uma organização, né. Que também quase não tem... mais informação pra gente passar para as pessoas [...] acho que mais na parte das reuniões, orientações pra nós.”* Confirmado pela fala de A7: *“Acho que mais na parte das reuniões, orientações pra nós”* e, na fala de A9: *“É... uma opinião... a gente pode até dar uma opinião, sugerir alguma coisa, ideia de um, ideia de outro, reúne e faz... né? Uma programação até melhor.”* Ou seja, o ACS sente a necessidade de desempenhar seu papel de

agente de mudanças, mas para isso, precisa ser ouvido e estar atualizado quanto às questões que dizem respeito à saúde da população.

PERGUNTA 9:

Ao serem questionados sobre a procura por parte da comunidade fora do horário de trabalho, com a questão: *“Você é procurado pelas pessoas e famílias do bairro para resolver problemas fora do seu horário de trabalho? Como você resolve isso?”* A maioria dos ACS respondeu positivamente, que eram procurados para resolver diversas questões, mas percebem que não são questões de alta prioridade, estão mais ligadas ao comodismo da comunidade que de certa forma, aproveita-se da boa vontade do agente para pedir favores. Como nesta resposta coletiva, em meio a risos, que não deu para identificar vozes individuais: *“Para marcar consulta. Pegar anticoncepcional. Pedir receita. Remédio controlado (risos),”* a resposta individual confirma a coletiva, o aluno A8 diz: *“[...] ‘vai lá e pega a receita pra mim e se puder, traz até o remédio pra mim...’ é assim... aham... E na maior... pega ali, ó se puder passa na farmácia e pega o remédio pra mim (risos.)”* Há muito riso nesta hora, o ACS leva com bom-humor estas solicitações, mas há outras, que podem ser mais sérias, como fala A7: *“É, além de medicação, às vezes, eles ficam doente fora de horário, ligam lá pra gente vê o que que fazem, né?”*

Contudo, alguns agentes se disponibilizam além do necessário, deixando de lado sua privacidade e seus horários de descanso em prol de seu trabalho, vemos isso na fala de A5: *“[...] várias vezes, de noite, as gestantes da minha micro, eles ligam lá: ‘ó, amanhã eu preciso de um médico, o que é que eu faço... não sei... como é que eu pego ficha, não sei que... tem médico’ esse tipo de coisa [...] Eu, por exemplo, que não encontro a família durante a semana, que trabalham né, direto, no sábado a gente vai, a nossa enfermeira autoriza.”* E, mais depoimentos dessa grande disponibilidade, na fala de A4: *“[...] nós deixamos o nosso número de celular, nosso número de telefone, até pessoal, e essas pessoas nos ligam, a gente sempre tá orientando.”* Percebe-se aqui, um exagero em dar atenção para a comunidade, podendo resultar em falta de limites para as pessoas, sobrecarregando o ACS, que ficará sem tempo para sua vida particular.

PERGUNTA 10:

O ACS atua no contexto do PACS/ESF, com a estratégia de atuação das unidades de saúde, que elegeram a família e seu espaço social como núcleo na abordagem de atenção à saúde, buscando desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos (BRASIL, 2004b), por isso, a pertinência da pergunta: *“O fato de você conhecer previamente as pessoas e famílias da sua microárea ajuda no seu trabalho?”* Identificamos fatores dificultantes e algumas vantagens, nas respostas.

Aparecem nos diálogos, o fato de alguns ACS que não moram na mesma microárea onde atuam, estando em desacordo com o MS, conforme demonstrados os dados na análise do perfil do ACS, e agora surgem as dificuldades que isso gera em seu trabalho, como na fala de A5: *“Eu não sou da minha micro, então quando eu comecei eu não conhecia ninguém, no começo isso foi uma dificuldade, porque o pessoal tem resistência, né, é uma pessoa estranha que tá entrando na tua casa, né? Se aproximando, querendo saber da tua vida particular.”* Presente também, na fala de A4: *“Eu também não morava na minha microárea e não moro até hoje, e pra mim sinto um pouco de dificuldade, é um trabalho novo, ficar tão... tão próximo com os outros.”* O aluno A6 dá mais detalhes de como são essas dificuldades: *“[...] aí tu não sabe quem é, quem toma medicamento, não sei o quê, o quê que aconteceu, porque tá daquele jeito, né? Meu Deus, é um susto! Vai na casa com medo, né? Não sabe nem quem é a pessoa [...], fica ruim pra mim, meu Deus! Foi... eu ia trabalhar... ruim [...] ir pra um lugar que você não conhece, não é legal!(rsrsr),”* para o MS o foco da atenção à saúde é a pessoa e não, a doença, então a importância do vínculo que o ACS possui com as famílias e indivíduos, criando relações duradouras, de confiança, independente da presença ou ausência de problemas de saúde. (BRASIL, 2009a)

Para os ACS que moram em suas microáreas ou próximos dela, existe a vantagem da proximidade com as pessoas e familiaridade com os assuntos daquela comunidade, favorecendo o contato, como diz a fala de A7: *“[...] porque daí a gente já conhece um pouco da necessidade, da dificuldade das pessoas. Se torna mais fácil, daí a gente... Que nem eu, já faz dois anos que tô lá, a gente já convive, já sabe né, que...”* Também, na fala de A3: *“Porque as pessoas chamam a gente”* e a fala de A1, confirma que morar perto é positivo em seu trabalho: *“Bastante e muito, nossa!”*

PERGUNTA 11:

O fato de conhecer previamente as famílias de sua microárea está diretamente ligado ao fato de morarem ou não, na mesma localidade onde atuam, pois é a proximidade de moradia que facilita o trabalho do agente da comunidade, quando partilham os mesmos problemas, os mesmos hábitos e rotina de vida, criando uma intimidade ímpar, um vínculo que vai muito além do profissional e acaba sendo bem aceito pelos agentes, que têm esta permanência na comunidade, ao serem perguntados: *“O que você pensa sobre morar na mesma microárea onde você atua?”* Tivemos uma resposta entusiasmada, pela fala de A1: *“Nossa! Assim eu acho bom, acho maravilhoso porque o pessoal já tem uma certa confiança em te receber e conversar com você [...], além do contato que você tem, profissional, você cria um vínculo de amizade sabe, não é só você chegar lá, ‘oi, como é que tá? Tá bem de saúde?’ Não é isso, é você criar aquele vínculo de amizade e, saber que as pessoas gostam de você sabe, pra que você se sinta bem então.”*

No entanto, esta concepção de proximidade não é aceita pela maioria dos ACS, pelo medo do exagero de dependência da comunidade, pelo que podemos ver nesses depoimentos a começar pelo A5: *“[...] Porque acho que o pessoal te conhecendo mais, eles vão... ficam muito manhoso, né? Eles querem tudo na mão e se você não mora na mesma micro, eles sabem que tem limites, né, você pode ajudar, mas... é diferente, né... eu acho...”* opinião esta partilhada por A3: *“Eu não sei, eu acho que seria o melhor gente de fora por que... morar na mesma área assim, daí eu acho que pra gente assim, qualquer problema que eles têm de ir lá... acho que melhor fora.”* Dentro desta mesma concepção, surgem outras falas que dizem alguns motivos da contrariedade do ACS em morar na mesma microárea onde atua, como fala A2: *“Eu prefiro não trabalhar na minha microárea assim, que eu gosto, porque eu gosto de fazer amizades com as outras pessoas sabe, e daí lá onde que eu moro já conheço todo mundo e todo mundo me conhece, daí eu prefiro trabalhar fora pra mim conhecer outras pessoas [...]”*, e A8, fala também seus motivos: *“[...] muitas vezes, a gente fica exposto por morar ali na área, sabe que aquilo ali acontece fica sabendo de uma forma ou outra, mesmo que a pessoa talvez não conte pra você, a gente vê [...]”*.

Na verdade, o que tivemos até então, foi a exposição dos motivos, que de certa forma explicam os dados encontrados anteriormente na análise do perfil do ACS, que demonstraram que 75% dos ACS não moram na mesma microárea onde trabalham.

Neste item, encontramos contradições onde os próprios ACS não conseguiram chegar a um consenso, discutindo entre eles os prós e os contras de se morar na microárea, como fala A8: *“Tem o lado bom e o lado ruim, né? O lado bom é que você conhece as pessoas, sabe o estilo de vida, a convivência [...] E o lado ruim, é que eles querem tudo, daí, né? É o que acontece, daí eles vão na tua casa final de semana, né [...] então, daí é o que acontece, vão na casa, daí eles sabem onde a gente mora [...]”* Outro aluno, também tem suas dúvidas sobre o que acha a respeito desse assunto, não sabendo definir se gostaria de morar na micro. Também, é o que diz A4: *“Às vezes sim, às vezes não, é relativo... Não vai haver limitações, né, em contrapartida também vai saber o que tá acontecendo no bairro, então é relativo...”*, será o medo de perder a privacidade, o maior fator de resistência? Esta questão ainda não está clara para este grupo. E não entramos aqui, no mérito da Secretaria Municipal, quando fez as contratações, que deveriam respeitar a orientação do MS sobre a moradia dos ACS, detemo-nos em buscar o que o ACS pensa sobre isso, exclusivamente, por ser o alvo da questão.

Estes dados associados aos depoimentos dos ACS, dão um sinal de alerta sobre mudanças no perfil do ACS e sobre as concepções que ele tem referentes ao seu trabalho, pois o que podemos analisar são os reflexos que isto pode ter em sua ação na comunidade, que interferências e consequências no sujeito então, um estranho e que irá adentrar os lares e visitar as famílias e indivíduos para levar orientações. A reflexão que fazemos é que até se criar um vínculo, adquirir confiança, levará mais tempo, um tempo precioso que pode influenciar no trabalho das unidades de saúde, pois *“A rotina de trabalho das equipes inclui o conhecimento do território e da população, da dinâmica familiar e social, que são ferramentas valiosas para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações desenvolvidas”*. (BRASIL, 2009a, p. 20)

PERGUNTA 12:

Para o MS, o ACS é um personagem fundamental, por estar mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, destacando-se por sua capacidade de se comunicar com as pessoas: *“O agente comunitário de saúde (ACS) é um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e à comunidade.”* (BRASIL, 2009, p.5)

Em vários documentos ministeriais que se referem ao ACS, existem descrições como “mediador social”, “elo entre a equipe de saúde e a comunidade”. Então, nesse processo de formação profissional que reconhece e valoriza este sujeito, tivemos a intenção de saber destes sujeitos como eles se veem, perguntando: *“Na sua opinião, qual a importância do seu trabalho como ACS?”*

Ser reconhecido pela comunidade, sentir-se útil, são coisas simples, mas que para o ACS são muito importantes, gerando sentimentos de felicidade e gratidão, que fortalecem sua atividade, visto na fala de A2: *“A importância pra mim é que a gente vê com aquele olhar sabe, de gratificação pela gente. Eles ficam muito feliz quando a gente ajuda eles que geralmente, a gente ajuda muito eles, né [...] é muito gratificante, eu acho que é um dos trabalhos que mais gratifica.”* Outro ACS, o A1 também compartilha desta opinião: *“O importante é você se sentir útil pra alguém sabe, não é você tá ali pra... pra ter o seu salário, [...] vê que está sendo útil né, é saber que aquilo que você tá fazendo, tá rendendo fruto entendeu?”*. Semelhante ao A3: *“Eu fico muito, muito feliz quando faço qualquer coisinha pra eles [...]. Então a gente fica assim, sabe... agradecem, nossa! Eles ficam grato, quando a gente vai lá [...].”* O envolvimento pessoal que acontece entre as famílias e o ACS, é previsto pela peculiaridade da atividade e está presente nesta fala do A: *“[...] às vezes te trata tão bem sabe? Eles acham que te tratando bem, daí tu volta outro dia, entendeu? Eles gostam de conversar, principalmente os idosos que moram sozinhos, nossa! Tem gente que fala: ‘legal! Que bom que você chegou,’ né?”*

O ACS sabe de sua importância e responsabilidades de sua atividade, mas ainda não conseguem conceituar claramente estas impressões, pelo que vemos na resposta do A5: *“Acho que a gente tem assim... a gente tem muita responsabilidade, né [...] o pessoal, eles ficam assim... eles não procuram [...] e a [...] eles procuram a gente, então a gente é... é os primeiros que sabem o que tá acontecendo, eles ficam... é... depositam confiança na gente. Então, eu acho que a gente tem grande importância na comunidade.”* Na brevidade da resposta de A4: *“Acho que a importância tá aí, ó, o primeiro contato, né.”* E no depoimento de A9: *“Acho que a importância da gente é muito grande, né? É bem importante. Porque você leva ali bastante conhecimento pra população, leva bastante esclarecimento pra eles, pras pessoas mais humildes, muitas vezes você acaba ajudando.”* São respostas um pouco evasivas, inconsistentes, mas que deram origem a muitas respostas, com participação efetiva do grupo.

O trabalho do ACS vai muito além das orientações específicas da área da saúde na comunidade, eles se tornam um ponto de apoio para dificuldades diversas dos moradores atendidos e procuram corresponder a essas solicitações, tendo um importante papel de “vigilante” (BRASIL, 2009), estando sempre alerta procurando estratégias que possibilitem superar problemas de acesso, como conta A7: “[...] então pra essas mulheres que trabalham o dia todo é uma né... é uma grande ajuda a gente levar o anticoncepcional.” Promovendo a inclusão para pessoas que tenham dificuldades de acesso à informação, como faz A8: “É, às vezes, não querem ajuda da gente na questão só da saúde, né? Eu, assim, na minha área tem muitos que não sabem ler, às vezes chega com um papel diferente ou moram sozinhos, os filhos não podem todo dia ir ver, eles se apegam com a gente né?” Referindo-se às dificuldades de convívio familiar, para A4: “A gente, além das dificuldades da saúde tem um contato bem maior, bem mais amplo, sobre o que acontece na vida deles, pessoal, as dificuldades daquela família.”

PERGUNTA 13:

As diretrizes do MS delineiam uma concepção de formação do ACS que possibilitem a elevação de sua escolaridade e de seu perfil de desempenho profissional (BRASIL, 2004b). Diante dos desafios diários, das dificuldades vividas pelas famílias atendidas, perguntamos aos ACS: “Você sente necessidade de aprender algo que pudesse melhorar sua prática profissional?” As respostas foram breves, pelo que entendemos, ser uma questão muito importante para uma atividade tão complexa.

As respostas trataram a questão da necessidade de preparo profissional para o ACS, levando em consideração o seu trabalho e suas necessidades de aperfeiçoamento, para A1: “Com certeza, todo conhecimento é bem-vindo. [...] a gente sempre procura saber algo mais, fazer o melhor, aprender, pra passar pra eles também o melhor que a gente pode oferecer.” Aparece na fala de A9, as solicitações antigas por mais conhecimentos “nós sempre tava cobrando pra ter curso capacitação porque você sabe pouquíssimas coisas, sempre tem que tá aprendendo. É bem importante!” Para A5, “quando comecei como agente, eu me envolvi, eu gosto do que eu faço, aí eu resolvi fazer o técnico de enfermagem, que é modo de você estar prevendo e poder ajudar mais as pessoas.” Este depoimento, além de levar em

consideração o preparo profissional, fala do amor à profissão, já que para realizar um bom trabalho, um dos fatores necessários é gostar de aprender coisas novas.

PERGUNTA 14:

“*Você se sente preparado para realizar o seu trabalho?*” Para esta questão, vejamos o que o MS formulou sobre as ações que o ACS deve realizar, pautando-se em quatro ações principais:

- Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo;
- Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário;
- Orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde;
- Acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados. [...] Todas as ações realizadas são importantes e a soma delas qualifica seu trabalho. (BRASIL, 2009a, p. 26-27)

Então, para que realize seu trabalho, o ACS deve estar consciente do que se espera dele, só então poderá desempenhar satisfatoriamente suas funções. Nesta primeira fase, ainda sem qualquer aula ter acontecido, tivemos poucas respostas e novamente, aparecem dificuldades, como em questões anteriores.

Os serviços de apoio que deveriam ser mais organizados, para que os ACS possam repassar adequadamente informações para as famílias foi citado por A8: “*A minha dificuldade principalmente também é... o atendimento ali, né... que sempre muda, às vezes muda o dia de atendimento ou do horário tal, daí a gente não tá sabendo pra passar, pra encaminhar pra lá, então se eles passassem pra gente um cronograma [...] Às vezes exigem demais da gente, mais a gente não tá sabendo daquela informação.*” Podemos entender que neste caso a ação *encaminhar* descrita acima fica prejudicada e em consequência, quem parece são as pessoas, reclama A9: “*Hoje te falam uma coisa, também às vezes comunica lá, é assim, o pessoal vai lá, não! Mas não é mais assim, já é de outro jeito.*”

Poderão existir situações em que será necessária a ajuda de outros profissionais da equipe, pela fala de A6, os ACS não deixam de procurar informações que sejam

indispensáveis ao seu trabalho: *“É que sempre tem uma dúvida. Tem coisa que não sabe, né... tô dois anos e mesmo assim, às vezes ainda tem coisa que me perguntam e eu fico né [...] eu tenho que pergunta pra enfermeira, [...] pro técnico de enfermagem... entendeu? Vou me informar antes de responder porque tem coisa que...”* e também, diz A9: *“Acho que tem muita coisa que a gente vai atrás [...], quando a gente não conhece sempre tem que correr atrás da enfermeira pedi ajuda [...].”* Deve sempre existir a comunicação entre o ACS e a equipe de saúde para resolver situações e problemas que possam interferir na saúde da comunidade.

PERGUNTA 15:

Referentes às expectativas em relação ao Curso de Formação Inicial do ACS, elaboramos a pergunta de número 15: *“Quais são as suas expectativas com este curso de formação?”* a qual trouxe respostas que estão voltadas para que possam instrumentalizá-lo em sua ação na comunidade, melhorando as visitas domiciliares, favorecendo a troca de experiência e aquisição de conhecimentos, dando maior segurança ao ACS. Percebe-se que são respostas amadurecidas, com aderência ao tema, demonstrando o alto nível dos ACS, a preocupação em oferecer o saber e que este seja útil para as famílias, e também, do sentido de poder lidar melhor com as situações difíceis do seu dia-a-dia.

Tivemos várias respostas que dão a demonstração disso, como inicia A1: *“É trocar conhecimento, experiência, aprender mais pra gente tá passando pra eles aquilo que a gente aprendeu também.”* Compartilhado por A7: *“Acho que para mim vai ser muito importante, pois além do conhecimento... pouco que a gente tem, vai adquirir mais, né? E melhorar o atendimento da população.”* Também para A2: *“Com certeza nós vamos sair daqui fazendo bem mais coisas, sabendo que nós vamos poder ajudar bem mais do que nós já ajudamos, né.”* Chamou-nos a atenção esta resposta mais elaborada do A4: *“[...] agora mais do que nunca, a gente tá realizando um trabalho mais embasado dentro da saúde, dentro da garantia do SUS, acho que até então, quando a gente não tinha nenhum curso não sabia direito qual que era a função da gente, trabalhava com o senso comum mesmo, [...] e hoje, a gente tem uma visão bem melhor pra estar trabalhando.”*

Apareceu nesta etapa, a relação das expectativas com a visita domiciliar vista na fala de A8: *“Saber como melhorar as visitas, né?”* Preocupação referida também, por A6, quando explica os motivos de sua expectativa: *“Quando as pessoas dizem: ‘Tô bem’ é... né... você não tem informação às vezes, pra dar... aquelas visitas de rotina, você fica sem saber... o que eu vou falar? (Risos). Tomara que com esse curso, dessa vez eu saia com... uma visão para mim ver como eu faço nessa situação. (Risos).”* Na fala de A9: *“Pra mim poder organizar a minha visita, pra mim saber como chegar naquela pessoa, naquela família. Pra você saber extrair dele, o que você precisa saber dele.”* A visita domiciliar é vista tanto pelo agente como pelo MS como uma das atividades mais importantes em seu processo de trabalho. A preocupação que o ACS tem em fazer uma visita bem feita, começa com a permissão em entrar em uma casa, sendo isso algo muito significativo, envolvendo confiança e respeito mútuo. (BRASIL, 2009)

PERGUNTA 16:

Pelo que constatamos na análise de perfil, temos ACS com até quatro anos de trabalho, ou seja, com uma boa experiência em suas funções, então perguntamos: *“Você recebeu algum outro curso ou capacitação para realizar o seu trabalho?”* os ACS afirmam terem recebido alguma capacitação, mas não específica para a sua função, insuficiente para a sua prática, mas que mesmo assim, ajudou em seu trabalho, constatado na fala de A2: *“A gente teve o introdutório. Foi bom até pelo fato de socialização né, a gente fez com pessoas que a gente nem conhecia, a gente trocou experiência.”* E na fala de A6: *“Mas não ajudou muito assim, no meu serviço não, ajuda pelo conhecimento, assim, mas nada que eu pudesse colocar em prática.”* E reafirmado, por A7: *“Muita coisa a gente não coloca em prática porque não pode fazer sozinho... os que a gente fez no ano passado foi mais ESF, SUS... nós mais conhecemos o ESF e o SUS do que uma coisa assim... uma capacitação melhor, acho que não foi uma capacitação que nós esperava, porque esse curso era nós, era enfermeira, era o médico... dentista, tudo... e na hora do curso é uma coisa e daí a prática é outra, e a prática não existe daí [...].”* Justamente por reconhecer esta necessidade de formação e preparo profissional, o MS desenvolveu o Curso de Formação, que ora estamos analisando, mas que tivesse as especificidades necessárias para o profissional ACS, que justamente o “auxilie em sua

inserção e organização de trabalho, ao atendimento das demandas individuais e coletivas e ainda, às diferenças regionais, sociais, políticas e econômicas” (BRASIL, 2004b, p. 20).

PERGUNTA 17:

Através da proposição: *“Coloque aqui as suas observações que você acha que não foram contempladas nas questões acima e que são importantes para você,”* surgiram observações ou comentários finais, que preocupam o ACS, pois este sente a sobrecarga de suas atribuições, muitas vezes não tendo onde se apoiar, já que é prioridade para a população. Estas questões, a nosso ver, confirmam um bom nível de conhecimento do ACS, que está se tornando um sujeito mais exigente, consciente de si e que muitas vezes se depara com situações para as quais não está preparado. Então pede ajuda, pelo que nos conta A9: *“Acho que seria uma coisa de nós conversar com a psicóloga, [...] tá conversando com ela, como é que diz? Quando a psicóloga acompanha ali um funcionário? Ah, eu não sei a palavra... não sei... acho que isso daí era importante pra nós. (pausa) Um apoio psicológico, por que a gente às vezes chega numa casa, sai traumatizado [...]. Então, assim tem coisa que acaba afetando nós. No nosso trabalho, sabe? Então eu acho que seria muito interessante, de repente, ter acompanhamento...”* Outro ACS também desabafa dificuldades, como A6: *“Pra gente desabafar, porque a gente só escuta, só escuta. Escuta doença, doença, doença! Gente! Às vezes eu fico louca, meu Deus do céu! Chega metade do ano, eu não vejo a hora de pegar minhas férias, não vejo a hora de sumir, de ir embora, de largar o serviço, é que eu preciso, se puder mudar, nem que seja pra ganhar o mesmo salário. Mas se der eu saio, só não saio porque não tem!”* A falta de apoio que preocupa o ACS advém da “situação singular de seu trabalho, que acaba por tornar-se um desafio: conciliar o fato de fazer parte de uma comunidade o que faz com que viva o cotidiano desta comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde e o seu trabalho, enquanto agente de saúde.” (EFOS, 2010a, p. 45)

Acontecem situações que desmotivam o ACS, o caso de recusa por parte das famílias é um fator estressante para o ACS, situações de dificuldades que surgiram na questão 8, quando fala sobre a comunidade e aparecem novamente, relatado na fala de A8: *“Daí tem uns que acolhem bem, outros não... experiência própria, que nem eu cheguei na casa de um senhor que tava carpindo do ladinho do muro: ‘Ó, eu preciso fazer a ficha A’, porque eu nem*

conseguia fazer a ficha que não encontrava a esposa dele em casa, trabalham e tal, por causa dos horários, né? Daí ‘eu tenho que fazer a ficha A, sou agente de saúde...’ daí ele disse pra mim: ‘eu nem preciso de agente de saúde aqui em casa, nem se preocupe aqui com a minha casa.’[...] A gente não consegue mais voltar, como a gente vai voltar lá? Como vai ser a recepção lá? E também tem uma casa assim que, a mulher não... ela passa por mim na rua, eu tento cumprimentar, ela não me cumprimenta? Acho que ela não vai com a minha cara mesmo, né?” Situações que denotam resistência das famílias com relação às visitas do ACS surgem em outras falas, como de A9: “*Sabe, a mulher chegou a dizer pra mim assim que, o cachorro dela tá ali, é porque quer dizer que daqui você não passa...*” e na fala de A6: “*Fora os maus-tratos, né... que às vezes eles meio... eles te (ênfase) maltratam... Um dia cheguei lá, conversando com a mulher, o cara levanta, tavam trabalhando mas ela parou para me atender, ele levantou do nada, foi na sala e ergueu o volume do rádio!!! Entendeu? Ai gente, eu me senti tão mal, tão mal que até... isso foi mês passado, esse mês eu nem fui lá... entendeu? Eles... tipo... com algum gesto acabam deixando a gente mal [...].”*

Nos materiais consultados como o referencial curricular, apostilas do curso de formação e documentos legais, não encontramos nenhum texto de apoio para situações adversas que o ACS encontre em suas atividades, o que encontramos são referências do que se espera que o ACS faça como no caso da Apostila para o Curso de Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde – Módulo I: “Espera-se que o ACS possua um bom relacionamento com a comunidade local (aceitação), saiba trabalhar as questões relacionadas a preconceitos, ao sigilo e à ética profissional, tenha capacidade de comunicação [...]” (EFOS, 2010, p. 45), também encontramos registros do trabalho com a comunidade no Referencial Curricular (BRASIL, 2010) que aponta dentro do perfil de competências que o ACS, dentro do *saber-ser* deva: “interagir com os indivíduos e seu grupo social, com coletividade e a população.” (p. 23)

Outro manual consultado foi “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, (BRASIL, 2009), idealizado para auxiliar o ACS em suas atividades, diz que: “O ACS tem papel importante no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato com a comunidade”, sugere-se aqui, que se criem condições para auxiliar o ACS, no sentido que possam lidar com situações que estejam fora de seu controle.

A supervisão das visitas deixa o ACS constrangido, deparando-se com algumas situações em que é questionado pelas famílias quanto à obrigatoriedade das assinaturas no caderno para comprovar a realização da visita domiciliar, relatando algumas situações na fala de A8: *“Fica que o agente de saúde é só para coletar assinatura. [...] Porque é um constrangimento, né? Chegam a falar assim: ‘Tem que assinar por quê? Não confiam no teu trabalho, lá no posto? Tem que comprovar que você trabalha?’ Então fica aquela coisa sabe?”* O ACS se sente fiscalizado desnecessariamente na realização de seu trabalho, pela fala de A9: *“Nós temos que provar se trabalhamos ou se não! Eles poderiam pegar ali a ficha e ler ali, né? Tem que colocar o nome do paciente ali, da casa que nós visitamos, vai ler o que nós escrevemos ali, então sempre querem comprovar que nós fomos mesmo e que nós sabemos [...]”* E na fala de A6: *“Daí fica como se a gente não fez o trabalho, entendeu? Que parece que eles olham mais, que quanto mais tiver assinatura é que a gente tá trabalhando, mas às vezes a gente vai duas ou três vezes na mesma casa [...] Então... sei lá... a gente fica até com vergonha de pedir lá a assinatura”* e a comunidade também questiona essa necessidade, pela fala do mesmo A9: *“[...] é o relatório da visita que eu tô fazendo pra vocês e tem que fazer o relatório pra passar o que é que tem e o que não tem, eles falam: ‘mas pra que isso, não precisa isso! Por que ficar assinando?’ Não gostam, primeiro eu vou ler o que está escrito!”* E por A7: *“A gente ganhou até aquela almofadinha pra carimbar os dedos... eu não uso... eu vi que eles ficavam constrangidos, daí eu parei, né?”*

O respeito pelo conhecimento das pessoas da comunidade, a troca, o vínculo, o diálogo, a escuta, são afirmativas que apareceram nas observações sobre o trabalho ditas pelo ACS, deixando ver a dedicação e afeto que têm pelas famílias que atende diariamente, presente na fala de A1: *“Assim ó, é que a gente tá convivendo, assim, tá aprendendo com eles também, a gente não tá só passando aquilo lá, a gente não tá indo lá pra explicar isso, explicar aquilo, a gente quer conhecer, tenta solucionar, ajudar a resolver e também, a gente tá aprendendo as referências deles que também podem ajudar a gente [...]”* A chegada do ACS e sua permissão para entrar dentro das casas, é o que se poderia chamar de ‘procedimento de alta complexidade’ ou pelo menos de ‘alta delicadeza’, para o MS a visita domiciliar permite que se entre “não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa.” (BRASIL, 2009, p. 46). É este convívio constante que propicia a criação de laços como os de A2: *“Geralmente assim, o agente já faz parte da família deles, porque eles esperam a gente com um cafezinho, um bolo, eles não vêm só trazer problema pra gente, eles são experientes, coisas que eles já viveram no passado assim, contam umas histórias pra*

gente.” E A3: *“Também é difícil as pessoas assim, depois que a gente já tá mais tempo [...] deixam a gente bem alegre, a gente vê, né, então eles já tratam a gente como uma família. Eles contam coisas assim que não tem nada vê, mas eles contam.”*

A sensibilidade de reconhecer as necessidades das pessoas, a atenção que vai além dos cuidados com a saúde citada por A2: *“[...] às vezes as pessoas precisam mais de atenção do que de remédio, mais de carinho mais de uma amizade, assim de uma conversa do que o próprio remédio [...] a gente tem que escutar, eu acho que nós temos que escutar, né... não vou virar as costas e sair, tem que escutar o que eles têm pra falar.”* E por A4: *“[...] por que as pessoas geralmente, dentro das casas estão carentes, elas precisam ser ouvidas, nem sempre o medicamento é necessário, elas querem ser ouvidas.”* O estabelecimento de uma relação de respeito na fala de A5: *“A gente precisa também respeitar elas, nem sempre a gente chega, elas vão contar o que está acontecendo, mas... com o decorrer, elas se tornam... amigas.”* Dentro das orientações do MS, chama a atenção uma recomendação que se aplica aos depoimentos acima, que diz que:

Nem sempre é fácil separar o lado pessoal do profissional e os limites da relação ACS/família. Isso pode determinar ou reorganizar seu processo de trabalho e a forma como se vincula à família. Recomenda-se que o ACS estabeleça um bom vínculo com a família, mas saiba dissociar a sua relação pessoal do seu papel como agente comunitário de saúde. (BRASIL, 2009a, p. 47)

Percebe-se a ambiguidade nesta relação que tanto pode ser afirmativa do ACS com a comunidade, como no caso anterior, de dificuldade de relacionamento, de fatores estressores que dificultam sua atividade. E a recomendação acima, pode ser útil para os dois casos.

No entanto, para nós que lemos e releemos as orientações ministeriais para o ACS, quase nada, para não dizermos nada encontramos que apontasse dificuldades no seu trabalho, no sentido de já prepará-lo para superar obstáculos. O que se desenha, ao que parece, é um trabalho de altíssimo altruísmo, dedicação, com aceitação ampla da comunidade, realizado por um profissional preparado, adaptado e adequado às situações mais adversas que possam surgir. Quando confrontamos o que nos foi desenhado com a realidade das entrevistas, surgem dois sujeitos: o idealizado, o ‘super-herói’ de alguns trabalhos já citados e este segundo, mais

real, humano, ora motivado, desmotivado, consciente de suas limitações, pronto para desafios, contraditório, ambíguo, merecedor de mais atenção e também, de cuidados.

5.2.2. Segunda Entrevista com Grupo Focal

Esta é a segunda fase da entrevista com o grupo em estudo, realizada em 29 de junho de 2010, na cidade de Santa Cecília – SC, no período da manhã, no dia em que estavam participando das aulas de concentração (teóricas). A escolha desta data deu-se a partir da análise do cronograma de aulas, fazendo-se a conta do dia em que estariam completos cinquenta por cento das aulas, ou seja, metade do período das aulas já havia acontecido.

Nesta segunda entrevista, foram refeitas as perguntas que foram realizadas na primeira fase, adicionando mais algumas que surgiram, com o propósito de encontrar modificações, alteração da maneira como o ACS percebe determinadas questões relacionadas a conceitos sobre saúde, sobre a maneira de fazer o seu trabalho e como enfrenta os desafios de sua atividade.

O objetivo é poder verificar se houve mudanças, o que se alterou do primeiro momento para este, que possa ser resultado deste curso de formação, atingindo assim, os propósitos esperados de preparar profissionais que possam atuar junto às equipes multiprofissionais desenvolvendo ações de saúde, no âmbito do SUS.

Na primeira entrevista, utilizamos de introdução conceitual mais detalhada sobre diversos assuntos que foram abordados com os entrevistados e que agora, na segunda fase, não será necessário repetir, ficando mais curtas as questões, já que estarão mais centradas nas respostas dos alunos.

Na pergunta de número um, sobre o que seriam as ações de promoção à saúde, os conceitos aparecem mais estruturados que na primeira entrevista, contando com maior participação dos entrevistados, pelo que se pode constatar pelas respostas recebidas, como fala A2: *“Promoção à saúde não é só a promoção, primeiro a gente faz a prevenção à saúde, que a gente leva conhecimento pras famílias, pras pessoas, né.”* E, pela fala breve de A4:

“trata a doença antes que ela siga..., é promover a saúde de forma que não deixe essa pessoa ficar doente.” Na fala de A8, de forma simples, traduzida para um conceito popular, percebe-se a incorporação do sentido do que seja a promoção à saúde, *“[...] porque muitas vezes eles não sabem como evitar doenças, qual o contágios das doenças, assim de uma forma geral, né? Diabéticos e hipertensos como se cuidar na alimentação, é... planejamento familiar, higiene, tudo... um pouco de tudo assim...”*

Vê-se que a questão da orientação como sendo uma das mais importantes atribuições do ACS, está bem incorporada ao seu cotidiano, aparecendo muitas vezes e em várias questões, visto na fala de A5: *“É a gente tá levando informações para as pessoas da micro, é... ajudando elas a se prevenir a ter menos... ficar menos doente [...],”* também na fala de A9: *“Eu acho que é você tá sempre... assim, levando orientações às famílias, né?”* na fala de A7: *“Sempre tá orientando eles, né, sobre o que é passado pra gente ali, sobre vacinação, o que que tá acontecendo, né. Tá passando pra eles orientação [...]. Tá passando pra eles orientação... Dá nossa parte o que é cabível pra nós, também, né. A gente tem que tá em busca pra saber dar essas informações, né?”* E, na fala de A1: *“Sempre tem que estar orientando, você se mostrar prestativo pra aquilo que eles precisar [...].”*

O uso da orientação, como base das ações de promoção à saúde, da forma como os ACS responderam, vem de encontro com o manual O trabalho do Agente Comunitário de Saúde, que diz:

Ações de promoção à saúde são aquelas que vão contribuir para proporcionar autonomia ao indivíduo e à família, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos que vão favorecer a sua saúde, relacionadas ao modo de viver, condições de trabalho, educação, lazer e cultura. Reabilitação – ações que contribuem para a redução de incapacidades e deficiências com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. (BRASIL, 2009a, p. 16).

A necessidade da aquisição do conhecimento, da busca do saber para executar suas atividades aparece em vários momentos, principalmente nestas falas de A1: *“[...] você tem que estar capacitado ou procurar capacitação pra você poder esclarecer as dúvidas deles, né?”*, na fala de A8: *“Acho que a gente passar o conhecimento que passam pra nós, a gente poder também tá passando pra eles, né, o máximo possível daquilo que a gente sabe.”* E na

fala de A3: *“Muitas dúvidas, que muitas vezes, a gente também fica meio em dúvida né, as perguntas que eles fazem, né, então pra isso você tem que ter mais conhecimento. A gente passa pra eles, mas aprende com eles também muitas coisas...”* O ACS deve entender que quando não souber responder alguma pergunta, durante suas visitas domiciliares, não precisa se preocupar, já que ninguém sabe tudo, o importante é ser sincero e pode dizer que vai se informar e levará a resposta na próxima visita.

Para a segunda pergunta, sobre ações de prevenção de doenças e agravos, como aconteceu na questão da promoção, os conceitos estão começando a ficar mais claros, mais estruturados para um número maior de sujeitos, diferente da primeira entrevista, onde poucos sujeitos conseguiram formular respostas, aqui A1 responde: *“Prevenção é você levar até eles o conhecimento e as causas das doenças antes que elas aconteçam.”* Podemos ver que a resposta de A5 está mais clara, mais objetiva, se comparada à primeira entrevista: *“A prevenção da doença, eu acho que é boa, você se prevenir, manter informado, você aconselhar a ir ao médico, não tomar remédio por conta própria, é falar sobre o que ela tá melhorando no dia a dia dela, na vida dela todos os dias, é fazer exercícios, caminhada, a ter uma vida mais saudável, alimentação, eu acho que é você tá ajudando elas... acho que isso ajuda elas a ficar menos doente.”* O sujeito A9 responde de forma semelhante à primeira, *“Acho que a prevenção seriam então as campanhas... campanhas de vacina, de preventivo... prevenção também de... as reuniões de hiperdia, já é um modo de prevenção, né, as orientações, as... vamos ver assim, a diarreia: tem paciente com diarreia lá... você leva uma orientação boa pra eles, já é uma prevenção que isso se agrave que o bebê ou criança venham parar na emergência, né? No meu entender seria isso.”* E agora, aparece a fala de A8, que não havia aparecido na primeira entrevista: *“Acho que as nossas informações seria uma forma de prevenção pra eles, né... porque o que a gente passa, a gente tá prevenindo eles, né, pra que não aconteça apesar de ter alguns que até escutam o que a gente fala e aderem aquilo, mas muitos também não, né, vai muito da pessoa ali, se vão atender o que a gente tá passando ou não.”* Nesta questão, da liberdade de escolha das pessoas, é importante sentir o compromisso do ACS e como está passando as informações, com firmeza, segurança. Essa credibilidade o ACS somente conseguirá a partir do momento em que passar a contribuir com a melhoria da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

Novamente, a categoria orientação aparece, tanto na primeira entrevista, como nesta segunda entrevista em sua primeira questão. As ações de orientação dos ACS pautadas agora,

no conceito de prevenção, citadas anteriormente, não dissociando prevenção e promoção, assim para A2, a prevenção de doenças acontece como: *“Orientação, né... sobre higiene... eles... principalmente, você, né?”* E também, para A7: *“Precisa chamar a atenção, né, palestras... orientações... antes que aconteça...”*

A falta de estrutura, saneamento, condições adequadas de vida para a população, que fazem parte das ações primárias de prevenção como já mencionado na entrevista 1, novamente são apontadas, mas agora somente por um aluno, o A3, o mesmo que já havia entrado nesse assunto na entrevista anterior: *“Criança não brincar no esgoto, como lá no nosso bairro tem, toma banho na água de coco.”*

A terceira questão, diferentemente da entrevista anterior, que se dividiu em dois grupos, agora ficou somente com os que veem as ações de planejamento como atos individuais, que devem ser realizadas em sua tarefa diária, inclusive a fala está com conotação individual, mesmo em se tratando de outros sujeitos que não se manifestaram na entrevista anterior, como é o caso do A1: *“[...] **você** ter planejado aquilo, **você** vai fazer, vai falar o que eles perguntar também, né, **você** planejar o teu trabalho, fazer o planejamento daquilo que **você** vai levar até as pessoas que estão precisando da tua atenção.”* E também, de A3: *“Ir com uma ideia certa né, o que **você** foi fazer naquela casa, inclusive o que **você** vai falar, planejar já antes de chegar na casa, depois fica com a sensação que não fez o que tinha que fazer lá, né.* O mesmo se observa na fala de A4: *“É **você** planejar o seu trabalho antes de você atuar. Eu acredito que seja isso, **eu vou** fazer uma visita então antes **eu** preciso fazer uma anotação visando o que eu vou debater com a paciente quais os métodos que vou tá entrevistando ele...”* semelhanças na fala de A5 *“A gente faz também antes de sair, não é todas às vezes, anota tudo onde vai quando vai... e por exemplo, hoje a gente vai fazer gestante, amanhã a gente vai na casa do hipertenso, diabético, ter planejado tudo o que vai fazer no dia.”* Pode-se ver também, uma maior participação nas respostas, mais detalhadas sobre o que seriam as ações de planejamento.

Na pergunta de número 4, os papéis de articulador e mobilizador social ainda não são reconhecidos pelo ACS, havendo ainda algumas dúvidas sobre o que sejam estas participações, como fala A8: *“Que nem eu participo, mas não sei se encaixa nessa pergunta, porque eu participo assim direcionado só pra uma área, só saúde mental, né.”* Também na fala de A1: *“Assim... a gente tem reuniões com a secretária de saúde, às vezes. Outras coisas*

não tem.” O aluno A7 já havia se manifestado na entrevista anterior e agora, conta o progresso que houve nessa questão, *“A gente tá começando agora, no caso, acabou uma que tinha, agora tão começando outra, agora. E acontecem as reuniões agora, e através das reuniões o pessoal começou agora a discutir sobre os problemas do bairro.”* O ACS, tem sua participação limitada, pelo que pudemos identificar na primeira e nesta segunda entrevista, somente como convidado e não como membro ativo, assim como os demais integrantes da equipe de saúde da família, de acordo com Brasil (2006) deverão promover a mobilização e a participação na comunidade, buscando efetivar o controle social.

O fator que pode ser considerado para a alteração das respostas das questões 1 a 4, pode estar no fato de que, nesta segunda fase, os alunos já tenham tido algumas aulas, mesmo não constando exatamente este conteúdo na relação ensino aprendizagem percebemos que estes tiveram orientações das mediadoras que os capacitasse a responder sobre conceitos de promoção à saúde, prevenção de doenças, ações de planejamento, incentivo à participação e mobilização social.

No início da quinta pergunta com os entrevistados, sobre os princípios do SUS, houve um grande silêncio, uma hesitação em responder a esta questão, que já deveria ter sido trabalhada em sala de aula. Contudo, tivemos várias respostas satisfatórias, trazendo uma crítica implícita sobre como acontece a oferta de serviços de saúde para as pessoas, podemos observar um pouco disso na fala de A4: *“É igualdade? Não lembro os outros [...] os princípios do SUS mantém as pessoas com tratamento da mesma forma e tem os mesmos benefícios, entendeu? Só que a gente tem que ver se isso acontece, aliás, isso não acontece (rsrs)”*, mais acentuado na fala de A9: *“Vamos falar na integralidade, equidade, né... (rsrsr) vamos falar sobre a equidade que é direitos iguais pra todo mundo e... aqueles que podem pagar acho que deveria saber dividir para o que não pode, não tem condições de fazer, realizar o seu exame, né, acho que daí é a equidade.”* E de A7: *“Tem que ter igualdade pra todos né, só que tem aqueles que são mais espertos e pedem tudo e às vezes aquele menos instruído vai lá, se der certo deu, se não deu, ele fica no canto dele. Às vezes, até dá um jeito de comprar, às vezes tem as condições dele mais... né... mais precárias...”* No entanto, o aluno A5, também fala: *“Acho que para todos terem um atendimento... Só sei falar com as minhas palavras... Eu só sei que todos têm os direitos iguais, são tratados igualmente.”*

Os problemas causados pela desigualdade são levantados novamente, como já aconteceu na primeira entrevista. O ACS faz um juízo de valor, por considerar segundo o senso comum, que isto não esteja correto, mas que já é algo aceitável pela frequência que acontece, e por não terem meios de lutar contra isso, vemos essa situação na fala de A1: *“E eu acho assim, que tem que tá sempre lutando pela igualdade porque a diferença vai haver sempre. De uma autoridade que tem mais, uma preferência maior, vamos pôr entre aspas! “Padrinhos” sabe? [...] E as pessoas assim, pela humildade, pela falta de conhecimento alguns aceitam tudo, às vezes chega lá e nem vão perguntar o que a senhora precisa, e ficam lá esperando, esperando uma atenção de alguém sabe?”* Situações semelhantes aparecem na fala de A7: *“Eu acho que essa parte aí dos direitos entra muita política! Porque tem pessoa que vai achando do lado do partido tal lá e... me prometeram agora vão ter que me dar!”* E de A4: *“As pessoas não sabem os direitos que elas têm... tão mal orientadas, mal informadas muitas vezes.”* Aparece novamente na fala de A5 a questão das pessoas que têm mais oportunidades de acesso, oriundas de sua melhor condição financeira: *“Quem tem mais oportunidade de fazer o controle ou de ir num bom médico, são pessoas que têm, porque quem não têm, raramente corre atrás, vai uma vez, não dá certo, não vai mais e quem não têm condições de pagar, aí vai todo dia pra ver se consegue.”* Fica para nós a reflexão que já fizemos na primeira entrevista, da necessidade do ACS conhecer melhor o SUS, construindo conceitos que o ajudem a compreender melhor os processos de trabalho. Sabe-se que este aluno já teve metade das aulas do curso de formação, mas sua crítica mantém-se, então podemos pensar que ele não teve aulas suficientes sobre o SUS que o auxiliasse na compreensão desse sistema, ou que realmente os problemas encontrados na sua práxis vão além das suas possibilidades.

Os ACS comentam sobre o trabalho dos outros profissionais da equipe de saúde, que para eles, nem sempre é positivo e acaba interferindo em seu trabalho, para o MS *“trabalhar na área da saúde é atuar em um mundo onde um conjunto de trabalhadores diversos se encontra para produzir cuidado à saúde da população,”* (BRASIL, 2009b), se nesse conjunto alguma parte falhar, pode interferir no resultado do trabalho de todos, e é isso que preocupa os ACS, pelo que se lê na fala de A4: *“[...] porque nós nos esforçamos tanto assim pra ficar criando vínculo com os nossos pacientes, orientando o paciente pra procurar uma unidade de saúde e quando chega na unidade de saúde, às vezes não adianta nada. Nem sempre corresponde a expectativa da gente [...] Vamos supor uma vacina: a gente vai lá, convence aquela mãe: ‘vai, mãe, leva que é importante as crianças tomar a vacina’ e essa mãe vai na*

boa vontade é mal tratada, de repente ela não vai mais, e o culpado somos nós, entende? Então o descomprometimento dos outros profissionais justificam no nosso trabalho entende? Porque tudo que é bomba 'ah! É culpa dos agentes, os agentes que não informaram!' Mas os agente tão lá, né?" Este discurso é confirmado pela fala, por A5: *"E eles mesmo depois vem e reclamam pra gente: 'Ó eu fui lá, mas a recepcionista foi grossa ou a...o fulano, o ciclano...' sabe? Então, assim... é verdade!"*

O ACS diz não receber o devido valor, como nesta fala de A4: *"Os agentes são os tapa buraco, tapa buraco e é culpa dos agentes (risos) sabe? Tudo culpa dos agentes! Até pouco tempo ali com esse negócio da vacina, que não foi alcançado as metas que o município precisa, pra quem que eles vieram? Pros agentes!"* Pelas leituras dos guias e manuais do MS, a leitura que se faz sobre o ACS é a de um profissional essencial para as ações básicas de saúde: *"No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o agente comunitário de saúde (ACS) tem sido um personagem muito importante realizando a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde com a comunidade."* (BRASIL, 2009a, p. 9).

Conforme descrito na primeira entrevista, esperava-se que o ACS recebesse os conceitos sobre os princípios do SUS, diante dessa grande quantidade de respostas, mas com pouca solidez, recorreremos novamente ao material que serviu de apoio para as aulas de concentração. Pudemos ver que o capítulo que trata sobre o SUS na apostila é o primeiro tópico e não fala sobre quais sejam as doutrinas, diretrizes, o que se lê é um apanhado histórico cronológico sobre a criação do SUS, portanto, o que podemos considerar com isso, é que se as mediadoras não utilizaram de material extra, trazendo informações não contidas na apostila, com isso os ACS não tiveram base conceitual necessária para responder esta pergunta, deixando transparecer uma falha de informações nesta aula? Ou os ACS não entenderam a necessidade de captar e assimilar as informações recebidas sobre o que é o SUS? É o que as respostas demonstraram, uma deficiência de conteúdo nas respostas dos ACS, acabando por entrar em outros assuntos pertinentes a sua rotina e dificuldades encontradas em seu trabalho.

Para a sexta pergunta, sobre quem o ACS recorre mais frequentemente, a enfermeira, citada na primeira entrevista, é o profissional de referência para o ACS, que lhe auxilia em suas atividades diárias, confirmada na fala de A1: *"Enfermeira, porque ela que está mais*

presente, pra nós, assim é autoridade maior que tem ali dentro, imediata no caso.” Também na fala de A2: *“Enfermeira, porque geralmente é ela que leva pra secretária e que resolve os problemas, daí a gente recorre a ela.”* E na fala de A5: *“A nossa enfermeira, porque ela sempre faz de tudo pra pode ajudar a gente, a orientar, porque ela é dez com nós, muito, muito legal.”* O processo de trabalho da equipe de saúde, que assuma a tarefa de atender a população em sua integralidade, tem que ter o entendimento de que o trabalho em saúde é realizado com diferentes olhares, saberes e fazeres. (BRASIL, 2009a).

Na pergunta de número 7, ao serem perguntados sobre as dificuldades para realizar o seu trabalho, a questão da infraestrutura, que já apareceu anteriormente na primeira entrevista, novamente aparece nesta questão, se deparar com essas situações de risco incomoda o ACS pelo que vemos na fala de A1: *“[...] tem algumas de difícil acesso que tem barrancos e tal... áreas de risco, na minha microárea tem alagamento, sabe? E aí não tem, o sistema de esgoto é bem precário, aí o esgoto se mistura com a água da chuva e vai pros lotes, tal... sabe? Esse caso é bem complicado, que nem pra mim, eu acho que é uma dificuldade bem grande. Que nem na minha microárea tem uma... uma valeta de esgoto que passa junto com as casas, sabe? Enorme! Incomoda, é mau cheiro, é mosquito, sabe... é... Os morador não... como eles convive com aquilo ali...”* identificando as famílias em risco, dando prioridade para aquelas que precisam ser acompanhadas com maior frequência, é o ponto de partida para a organização das visitas domiciliares e demais atividades. (BRASIL, 2009a, p.63).

A questão da falta de colaboração da equipe aparece agora, mas relaciona à organização interna, já tivemos outros depoimentos em outras questões, mas podemos ver que o trabalho em equipe é algo importante para o ACS, pois está sempre sendo evidenciado em diversas questões e reafirmado agora na fala de A7: *“No meu ver falta muito de equipe, falta equipe. [...] Daí nós que somos agente acabamos ficando sempre pra depois né. Se deu tempo eu vou lá com vocês, se deu tempo deu, se não deu... é a realidade.”* Esta fala é mais contundente, para A9: *“No meu ver é isso acho que a mesma coisa, falta de ajuda, de colaboração, tipo... o problema é teu, claro, se vire... Resumindo: é cada um por si e Deus por todos. Isso aí é entre enfermeiro um com o outro, entre agente de saúde um com o outro, é entre a administração um com o outro... é um por si e Deus por todos!”* O que se deve pensar, é que o trabalho da equipe de saúde deve ser sincronizado, pois cada trabalhador atua em determinado lugar, tem determinadas responsabilidades e o conjunto dessas ações implicará que os objetivos sejam alcançados.

Diferentemente das respostas da primeira entrevista, na pergunta de número 8, sobre as dificuldades no trabalho de ACS, tivemos ampla participação do grupo nesta questão apontando várias situações que lhe são adversas, o que mais apareceu foi a falta de apoio de outros setores que têm relação com o trabalho do ACS o qual é muito citado, o ACS tem consciência da necessidade de um trabalho conjunto, como se vê na fala de A1: *“Mais assistência assim, das autoridades, tem mais assim... tipo no nosso caso lá na secretaria de obras, promoção social, é o trabalhar em conjunto sabe, é isso, daí ajudaria muito.”* Também afirmado por A3: *“Eu sempre digo assim, que é mais ajuda de cima. A gente pede uma coisa, prometem... muitas vezes, a gente fala com uma pessoa assim: ‘Não, nós vamos tentar te ajudar’, mas a gente chega lá não consegue, pede... fica enrolando... enrolando, passa o tempo [...]. Que nem lá no bairro, o que é o último lá em cima, que é o mais carente que tem, não tem nada, esgoto nada, então lá é assim, até fomos uma vez lá... no setor de obras lá, conversar com eles, ficou pra dali três meses... três meses nós marquemos no calendário nosso! Três meses! Voltemos lá: Ah porque não deu! Sabe... fica então.”* O aluno A2 também apontou problemas: *“[...] esgoto essas coisas a gente não pode, a gente leva o problema, mas a gente não pode fazer por eles e daí, a gente não recebe ajuda de outras pessoas. [...] A gente vai vivendo os problemas, mas a gente sempre precisa de ajuda de outras pessoas, porque nós podemos ajudar as famílias na orientação, tudo, né.”* Pelas referências consultadas que pudessem nos auxiliar na análise destes diálogos, encontramos a importância da atuação intersetorial,

Muitas vezes a resolução de problemas de saúde requer não só empenho por parte de profissionais e gestores de saúde, mas também o empenho e contribuição de outros setores. Quando se trabalha articuladamente com outros setores da sociedade, aumenta-se a capacidade de oferecer uma resposta mais adequada às necessidades de saúde da comunidade. (BRASIL, 2009a, p. 55).

Esta falta de atuação de outros setores interfere negativamente e o que fica é a sensação de impotência frente às dificuldades, presente na fala do sujeito A1: *“O que dói na gente não é... é saber que o maior vilão da história é a falta de vontade, falta de atenção, sabe, não é o não ter condições de... fazer, de resolver o problema, é a falta de vontade de resolver problemas que dá de resolver sim, é só querer, é só meter a cara, ter coragem, sabe?”*

De certa forma, a gente se sente de mãos atadas porque tudo envolve política, principalmente, em cidade pequena.”

As dificuldades vão além do trabalho, mas na questão de trabalhador, enquanto categoria profissional, está muito aquém do esperado, observado na fala de A5: *“Acho que a gente não tem estímulo pra trabalhar porque a gente ganha um salário mínimo, as crianças estudam é... chega no final do mês sem um centavo nem pro lanche. A gente vai pro colégio né? Passa fome! Porque não tem dinheiro, é curso e alimentação todos os dias, então acho que o salário é muito baixo, sabe... então, eu acho que tinha que ter aumento de salário.”* A crítica é mais forte na fala de A4: *“A gente se sente muito é cobrado, cobrado... ao mesmo tempo se sente excluídos, ao mesmo tempo, ninguém escuta... é bem difícil trabalhar se for ver bem, sabe? Sente um trabalho muito desvalorizado, menosprezado pela hierarquia dentro da saúde sabe, aqui dentro do nosso município. [...] É que a gente não tem incentivo nenhum, a gente desenvolve um trabalho de agente de saúde, mas sem incentivo nenhum... (desânimo, baixa o tom de voz) Não temos uniforme, no verão a gente pediu pelo menos, como não ganhamos insalubridade, alguns de nós não ganhamos insalubridade, que outros ganham, né... a gente pediu protetor solar ela deu um vidro de protetor solar acho que do mais mixuruca que ela achou... [...] Então a gente se sente bem menosprezado e... bem, essa falta de incentivo, que não te escutam, não sabem das nossas necessidades, sabe parece que não querem saber, só querem cobrar (risos) e toda e qualquer bomba enfim, que explode a culpa é dos agentes.”*

A pergunta de número nove feita na primeira entrevista, não foi repetida na segunda entrevista, por entendermos não ser uma questão relevante, fato que já comentamos na metodologia. Outras questões surgiram e aparecem mais adiante com mais aderência ao tema proposto em estudo.

Na décima pergunta referente ao conhecimento prévio das famílias e sua relação com seu trabalho, os ACS demonstram pelas suas respostas, que o seu trabalho vai muito além das ações de saúde, esta relação é efetivada pela constante presença do ACS nas casas, como refere A3: *“Desabafam né, os problemas deles pra gente, às vezes não tem nada a ver com saúde mas...”* Também, na resposta de A1: *“E tem a confiança também né, quando a gente conhece assim... que eles conhece a gente também, cria aquele vínculo de confiança e às vezes, tem gente que conversa assim... assuntos, conversa com a gente e deixa de conversa*

com os familiares!” Na resposta de A5: “Porque quando você chega na casa, já tem aquele vínculo né [...] Tratam com carinho, eles sabem, eles têm mais confiança, eles contam mais coisa, se abrem mais com a gente.” E na de A4: “Mas se você vai no bairro, conhece as famílias, todo mundo te recebe bem, conversam cria um vínculo a gente respira e pensa: “*nossa meu trabalho realmente é importante!*” O vínculo que aparece explícito em algumas falas e implícito em outras, é uma categoria que constantemente aparece, como apareceu nesta mesma questão na primeira entrevista.

A importância de conhecer previamente a comunidade, valorizando e respeitando seus saberes e sua cultura, está dentro do *saber-ser* proposto no perfil de competências do itinerário formativo do ACS (Brasil, 2004b) e já realizado pelos ACS, visto pelas falas de A8: “[...] se fosse em outra área a gente não saberia tanto, né, daí a gente não sabe só da saúde perguntando, chega perguntar da saúde como é que tá a saúde, a gente sabe como que é a vivência, né, porque influencia.” E de A6: “E também tem muitas leis que às vezes vêm de geração, do pai, a mãe, o avô fizeram, então, é isso aí a convivência, daí a gente sabe a história, né? O modo de vida, os costumes.”

O conhecimento prévio torna o trabalho mais efetivo, pois o ACS faz uma leitura de sua comunidade de acordo com a vivência e experiência de sua atividade, diversos aspectos dessa convivência são relatados, como A1: “Por que você conhecendo eles, você sabe das necessidades deles, né... você... se prepara pra levar pra eles aquilo que eles vão precisar conforme cada família, né?” A7 também fala de forma positiva: “Por que às vezes por mais que não queira passar alguma coisa, a gente já deduz né, o que tá acontecendo por que às vezes eles não contam, né? Pelo jeito da pessoa, como conversa com você...” mesmo na fala de A8, que conta um fato triste, há uma conotação positiva sobre a questão, “[...] pelo menos na minha área tem uma assim, que nossa! Sofre bastante assim, apanha do marido e tudo! O marido bate nela, tipo... até as crianças mesmo, né, ficam assim. [...] Com certeza, então a gente sabe a realidade, né. Muitas vezes, a gente chega na casa a pessoa tá... tá triste, tá abatida, tá oprimida, nem sempre é por causa de uma doença, já digo, física, né? Muitas vezes, é o psicológico também que tá bem afetado, né, pelo modo da vivência.” A ação dos ACS, em situações-problema, como este relatado, que de uma forma ou outra, afetam a vida das famílias, deverá ser no sentido de favorecer a transformação desta realidade, buscando estratégias que possibilitem superar estas dificuldades, através de encaminhamento e orientação, de acordo com as instruções da equipe de saúde.

Todos estes aspectos relacionados nas respostas dos alunos podem ser identificados no que se espera do Perfil Profissional do ACS:

Suas atividades transcendem o campo da saúde na medida em que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Estas características constituem atributos de generalidade deste profissional e o situa como categoria muito particular, não compatível ou agrupável com outras que existem historicamente no campo da saúde. (BRASIL, 2004b, p. 18)

As respostas desta questão, se comparadas à primeira entrevista, trouxe aspectos mais positivos sobre a relação do ACS com as famílias assistidas, onde falaram sobre o vínculo, relações de amizade, vantagens do conhecimento sobre a comunidade, ou seja, um amadurecimento sobre como estão percebendo seu relacionamento com a comunidade.

Na décima primeira pergunta, sobre a obrigatoriedade do ACS morar na mesma microárea onde atua, tivemos respostas que de certa forma, reproduzem as falas da primeira entrevista, apenas alguns ACS lembraram de colocar observações afirmativas e acreditam que isto não interfira em seu trabalho, como no caso de A9: *“Porque você conhece, você tá por dentro... a fofoca rola (risos) você sempre sabe o quê que acontece, né, então aconteceu alguma coisa lá, o paciente já te contou, então você acaba, né... você fica... fica mais fácil pra você tá por dentro dos acontecimentos, né, da tua microárea,”* a moradia coloca o ACS mais próximo, resultando em mais procura por parte das pessoas, isso pode ser encarado de forma positiva, como refere A7: *“Porque a gente também se sente né, nossa! A gente se sente também importante, eles poderiam procurar outra pessoa, mas não, vêm atrás da gente!”* E também, A6: *“[...] então, de certo ponto eles utilizam muito os agente, né, às vezes até no final de semana tem uma coisa [...],”* mas essa mesma disposição não é compartilhada por A3: *“Daí qualquer problema que... eles têm... eles vão quere tá lá... você vai perder a sua privacidade... porque qualquer hora...”*

Nas relações que mantém na sua comunidade, procuram manter um certo distanciamento para proteger a sua privacidade, sendo que eles demonstram não concordar com a obrigatoriedade de morar na mesma área, apontando problemas reais vivenciados pela proximidade, A3 relata a falta de limites de algumas pessoas: *“[...] como uma paciente lá*

descobriu o número do meu celular, até nem era da minha MA, de outra e... só porque ela já me conhecia já de fora dali, de antes de eu trabalhar ali, então ela me ligava a cobrar, de noite, tudo [...].” O mesmo problema enfrentado por A2: “[...] *mas era final de semana que o pessoal... né... de noite, madrugada que eles tão te chamando, não teve assim, dizer que eles incomodam, mas eles pegaram uma confiança em você, claro que eles vão correr atrás de você quando precisarem. Só que às vezes a pessoa, que nem a gente, trabalha a semana inteira, é cansativo, aí chega o final de semana você pode descansar, né... o pessoal vem em casa ainda... e fica pedindo pra você as coisas.”* E por A8: “[...] *o lado ruim é que daí, tipo, final de semana, se eles precisam de alguma coisa vão lá bater na porta da casa da gente, eles vão! Ou à noite, né, [...].”*

Os ACS que dizem não morar na mesma microárea, assim como responderam na primeira entrevista, continuam com a mesma opinião, é o caso de A5: *“Eu não moro na mesma micro, mais eu não gostaria de morar... porque eu acho assim que... muitas vezes, o paciente, os moradores daquela região iam na minha casa a qualquer hora (...) pode marcar um... é... um... preciso ir no dentista, no médico! Eu, na minha opinião, eu não gostaria de morar!”* E também, de A4: *“Eu também não moro na microárea e acho que seria um pouco invasivo, entende?”*

Os guias e manuais para o ACS dão alusões ao fato do ACS ser um “membro da comunidade e possuir com ela um envolvimento pessoal,” (BRASIL, 2009a, p. 24), sendo ele considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade. O que se quer passar neste discurso, é o papel social do ACS e sua penetração onde outros profissionais não conseguiriam entrar. Mas não será ambíguo este discurso? Podemos traduzir a citação acima da seguinte forma: o ACS é um sujeito disponível vinte e quatro horas por dia, os sete dias da semana, que ganha um salário mínimo, realizando as mais variadas ações de saúde, de assistência social, um vigilante como já foi chamado (ironia do MS?), mas que recebe somente um salário mínimo. É o discurso neoliberal em sua forma mais contundente e cruel, pois se aproveita da fragilidade e da carência das pessoas. Ficamos pensando justamente naquilo no que foi abordado no segundo capítulo, na crítica levantada sobre o sistema de saúde pobre para os pobres.

A pergunta de número 12, questionou qual a importância do trabalho do ACS, como o ACS se compreende em sua atividade e tivemos respostas, como a de A1, em que demonstra

reconhecer o seu importante papel de mediador do conhecimento: *“Por que sem o agente de saúde como que ia haver o conhecimento assim da comunidade... os problemas, é o agente que é o principal... a principal pessoa que leva pros maiores lá, a comunidade, né, os conhecimentos da comunidade.”* Como já referenciado na primeira entrevista, destaca-se aqui o ACS como *elo* entre os serviços de saúde e a comunidade, tanto na fala anterior como na fala de A2: *“Por que o médico não ia sair de casa em casa perguntando os problemas, investigando as causas, as coisas...”* ressalta-se também, o atendimento diferenciado que as pessoas recebem, lembradas por A4: *“A diferença que a gente trata, eles como eles querem ser acolhidos... acho que isso é isso que dá a importância do nosso trabalho, porque a gente representa o que é humanização pro SUS. Nós somos aquelas pessoas que, ‘Ó, olhe! Tô na frente da tua casa! Por isso eu vim fala um pouco com você, eu vim te ouvir! Eu vim... falar um pouco sobre saúde com você! Falar como você pode se prevenir de doenças e eu sou um cara legal, não vou te tratar mal!’ (risos) Eles ficam sorrindo pra você, aí tá a diferença!”*

A comunidade também dá dicas de reconhecer a importância do trabalho do ACS, pelo que fala A2: *“Na minha microárea acho que reconhecem a importância, onde eu costumo ir,”* afirma A7: *“E muitas vezes, eles vêm na unidade e procuram a gente, querem saber o que eles vão fazer.”* Reconhecido também por outros profissionais, por A2: *“A enfermeira que trabalha com nós falou, né, que sem os agentes de saúde não ia existir o ESF, né... não ia existir... se não fosse os agente. Por que o médico não ia sai de casa em casa perguntando os problemas, investigando as causas, as coisas...”*

Surgiram comentários de A2, que falam da falta de reconhecimento de algumas pessoas pelo trabalho do ACS: *“Aí tem gente que já diz assim: ‘Ah! Já tá colhendo as assinaturas!’ Mas na verdade, as assinatura pra nós não tem importância nenhuma, eu pra mim não tem. Tanto é que, às vezes eu penso, chego assim numa casa tipo, fico dez quinze minutos numa casa só, não fico assim, se precisar ficar uma manhã inteira numa casa, eu fico! Eu não tenho pressa! E as assinatura pra mim, não me importa, sabe?”* Outro aluno, A7, concorda em pensar que possa não ser importante aos olhos da unidade, *“Acho que as pessoas da unidade, muitos acham que nós não somos importante... e não dão o valor no que a gente fala.”* Nestes dois comentários, temos duas situações, a primeira que fala da falta de reconhecimento por parte da comunidade e a outra, fala que diz ser por parte das pessoas da unidade, ou seja, da sua equipe.

Mesmo com problemas, apesar de se sentir a base da pirâmide na equipe, sente que tem papel fundamental para a realização das atividades, como fala A8: *“Por mais que muitos pensem assim, que o agente de saúde é o mais... né, já digo, aquele... o menorzinho, né, até... pela mentalidade de que é o que ganha menos na unidade, eu acho que não, eu acho que é o mais importante, porque é o agente de saúde que tá todos os dias lá na microárea.”* Já havíamos levantado este questionamento na introdução, levantando a hipótese de o ACS se sentir excluído e discriminado tanto na equipe como na comunidade, reproduzindo o sistema capitalista de classes.

O senso crítico do ACS, apontado anteriormente em outras fases e questões, agora aparece quando fala do atendimento prestado pelos serviços de saúde no qual ele está inserido, comenta A4: *“Porque pelo que a gente vê como os pacientes são mal tratados mesmo! Na nossa área mesmo, quando procuram unidades de saúde, quando são atendidos pelos médicos [...]”* e, reforça A5: *“[...] porque assim como o médico, o médico não trata assim, muitas vezes o médico escreve e prescreve um remédio e nem olha pro rosto do paciente, então, a gente não, né?”*

Encontramos nesta questão, diferenças com a primeira entrevista, apareceram descontentamentos e críticas que na mesma pergunta na fase anterior, não foram mencionados, será em função de que os sujeitos estão mais descontraídos, sentem-se à vontade para falarem mais?

A pergunta de número 13, que buscou saber se o ACS sente necessidade de conhecimentos que o ajudem em seu trabalho, traz respostas que dão mostras de que ele tem noção de sua deficiência, como fala A1: *“[...] a gente acha que sabe, mas a gente pode aprender muito mais [...] a gente pensava que sabia e tá enriquecendo mais aquele conhecimento.”* Até então, o que sabiam foi adquirido pela sua prática e pelo senso comum, conta A3: *“Nós começamos lá sem... que nem eu quando comecei sem saber nada, depois de muito tempo que teve o introdutório... eu sabia o que as outras me passavam, né.”* E A5 reconhecem a importância do curso de formação para sua prática, *“eu tô fazendo curso porque acho que vou poder ajudar mais as pessoas... é... eu gosto do que eu faço,”* compartilha da mesma opinião A4: *“E agora estamos tendo esse curso, acho que pra nós como agente tá sendo bem interessante, tá suprimindo todas as nossas necessidades que a gente possa ter.”*

Referem ter necessidade de acompanhamento e apoio da equipe para que a formação e cursos que recebem possam ser colocados em prática, pois muitas ações desenvolvidas pelo ACS precisam da continuidade de outras pessoas e serviços, como já foi descrito na primeira entrevista, na pergunta de número 14, esta necessidade aparece na fala de vários sujeitos, a começar por A4: *“O meu olhar é que não adianta trabalhar tão bem, seguir tão à risca o que eu aprendo, tratar tão bem, é claro que eu vou tratar sempre, mais o que adianta eu tá fazendo isso, sendo que quando eles chegam em outros pontos que poderiam ajudar eles bem mais, naquilo não são bem atendidos, não... não se ter a necessidade resolvida!”* Seguido por A7: *“A gente aprende muita coisa boa, né, falar lá pra quem é superior a nós, ó fomos orientado a fazer isso, isso e isso... Ah, mas isso não dá por isso, isso não dá por isso e... isso tem que ver, vamos ver mais pra frente e assim fica, vai ficando...”* também, por A6 *“Aprender a gente aprende muita coisa, até a gente vai em busca, mas na hora de colocar, a gente não coloca (em prática).”* E por A9, *“Daí não dão oportunidade pra por em prática.”* Na mesma discussão, o relato de A6 nos passa a sensação de impotência que sentem frente a esta questão: *“Olha, eu assim... meditei muito, eu acho que é colocar prática, poder colocar na prática, eu acho falta nesse sentido! Porque tem no discurso, mas chegando na prática, né, a gente não pode pôr, daí a gente vem aqui: Ah! Tem que fazer isso, isso e isso... daí chegamos lá... totalmente ao contrário, a gente acaba fazendo coisa... não é coisa pra gente fazê... entendeu? Então eu acho falta, no sentido de pôr em prática o que a gente aprende!* Esse pensamento é devastador! Este aluno está sendo bem firme no que está falando, inclusive quando fala “meditei”, quer dizer, isso o tem incomodado, o assunto tem cercado seus pensamentos – tomando consciência de si? Inicia-se o processo de libertador das situações de dominação que impedem o homem de ser homem. Pelo pensamento de Freire (1980), a “educação, como prática de liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade.” (p.25) Poderemos estar vendo aqui o desvelar da realidade, baseada na práxis deste sujeito, que através de sua reflexão constrói seu saber.

Abrimos aqui um parêntese para uma explicação, a partir desta questão, identificamos mudanças nos discursos dos alunos ACS, a característica de ser crítico sempre esteve presente, identificada desde a primeira entrevista, mas as falas estão mais firmes agora, menos reticentes. Estes sujeitos que se apresentam nos depoimentos mostram-se crítico-reflexivos, e esta alteração pode estar associada ao fato dos sujeitos se sentirem mais à vontade para expressarem sua opinião ou então, o olhar do entrevistador foi que mudou, pois como afirma Minayo (1999, p. 237), “a investigação social enquanto processo de produção e produto é ao

mesmo tempo uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador, que se torna também produto de sua própria produção.” A partir do momento, que como pesquisador, abrimo-nos para o nosso objeto de estudo e para o mundo que nos cerca é que conseguiremos fazer a leitura que precisamos.

Na décima quarta questão, ao ser perguntado ao ACS se ele se sente preparado para realizar o seu trabalho, as respostas apontam para uma busca constante, não está acomodado como fala A1: *“Sempre tem coisa assim que a gente não sabe resolver e tem que buscar, conforme a gente vai vivendo as experiências, né? Pode acontecer coisas que a gente não sabe e tem que buscar. Se eu não sei resolver eu digo: ‘olha, eu não sei te dar resposta agora, vou buscar mas eu venho, não vou te deixar na mão,’ sabe?”* está em desenvolvimento da tomada de consciência pela fala de A8: *“No meu caso não, né? [...] eu sinto assim, uma necessidade, que eu fizesse uma capacitação então, né, até já pedi porque senão a gente, em muitos casos não vai saber como reagir, né?”* E na fala de A2: *“A gente já tá mais preparado, mais quanto mais a gente aprende, melhor.”* Pois, segundo Freire: *“Na medida em que vão se integrando com o seu tempo e o seu espaço e em que, criticamente, se descobrem inacabados. Realmente, não há por que se desesperar quando se tem a consciência exata, crítica, dos problemas, das dificuldades e até, dos perigos que se tem à frente.”* (2005, p.62) A busca de conhecimento, o querer aprender, por começarem a conhecer a si mesmos, motiva a transformação desses sujeitos.

A pergunta de número 15, sobre as expectativas do ACS em relação ao curso de formação mostra a responsabilidade do ACS, pois os diálogos a seguir denotam o seu comprometimento em fazer cada vez melhor suas atividades transferindo para o curso as expectativas deste, em ser um instrumento para realizar um trabalho de qualidade, como fala A1: *“Aprimorar o trabalho do agente, né? É você ter aquele objetivo de querer sempre mais, buscar mais, não é... a gente tem que querer ser humilde de... de não querer saber tudo, tem que ir buscar...”* Também, procura conhecer quais são as suas ações, mostrando que é um sujeito questionador, assim diz A4: *“Quero que logo melhoremos o nosso trabalho... que nós conheçamos quais são as nossas competências, quais são os nossos deveres e as pessoas também têm que exigir de seus profissionais pra que a gente consiga apoio de outras partes.”* E que acima de tudo, tem muita vontade, refere A6: *“Daí a gente aprende, sempre tem uma coisinha ou outra, que a gente aprende, tem coisa que a gente sabe, já ouviu falar, já teve conhecimento, mas tem coisa que a gente... tem coisa nova, então é bom... só falta por em*

prática!” Complementado por A2: “Colocar em prática, melhorar a visita, ajudar, né... a levar mais informação, pra mudar isso de dizer que o agente de saúde vai só colher a assinatura, porque não é isso que o agente faz, a gente vai mostrar pra ele que não é só isso, que a gente pode muito mais.” Entendemos que os sujeitos, pelas suas falas, são participantes de uma educação libertadora e emancipatória, “No espaço que denominamos de libertador, entendemos a formação de cidadãos, profissionais críticos, independentes, questionadores, capazes de refletirem e intervirem sobre suas realidades, educacional, social, política, econômica, cultural e profissional.” (BAGNATO, 1999, p. 13)

Como última questão, colocamos novamente espaço para comentários, sugestões e abordagem de algum assunto que os alunos desejassem falar, surgiram poucos comentários, na verdade, complementando o que já havia sido abordado em outras questões.

Há novamente, o questionamento sobre como os ACS recebem o apoio dos profissionais da equipe de saúde e da unidade de saúde, quando este apoio não é efetivo, então a ponte que o ACS faz entre a comunidade e a equipe de saúde, como o próprio MS enaltece, fica prejudicada ou ameaçada, já que nestes diálogos alguns ACS levantam a perspectiva de uma descontinuidade de suas ações de saúde, as orientações por ele feitas, não conseguem assim, receber os encaminhamentos necessários, situação levantada na primeira entrevista e na questão de número 13 desta etapa, visto na fala de A7: “*Que nem nós, na prática a gente coloca, no caso o que agente acha que pode fazer, né? O que fica mais em falta é a parte lá na unidade, né.*” E mais detalhado, por A6: “*Tem as coisas que a gente faz, né, o acolhimento que a gente faz às vezes na rua, nas casas e encaminhamos pra dentro da unidade e, muitas vezes é barrado, acontece alguma coisa que não tem aquela continuidade boa, então... é nesse sentido... continuidade do trabalho do agente de saúde (...) convence às vezes um paciente que nunca foi numa consulta, daí chega lá, às vezes o médico nem olha na cara... ou às vezes, um recepcionista não atende direito... sempre acontece uma coisa que às vezes, a pessoa acaba virando as costas e nunca mais! E o trabalho vai por água abaixo.*”

Aqui, encerramos a análise e comentários da segunda entrevista, que trouxe momentos de alteração das respostas dos sujeitos, aconteceram momentos de crítica, ambiguidades, mas em outros casos, nota-se que não houve modificação nas respostas. Em seguida, iniciamos a análise da terceira e última fase das entrevistas.

5.2.3. Terceira Entrevista com Grupo Focal

Esta é terceira e última entrevista que foi realizada com o grupo focal, composto pelos nove sujeitos que participaram das duas primeiras etapas, aconteceu no dia 17 de agosto de 2010, na ocasião da última aula de concentração do Curso de Formação Inicial em Agente Comunitário de Saúde.

Para esta terceira entrevista, foram utilizadas as perguntas do primeiro roteiro proposto, pois não se teve intenção de se refazer o questionário. No decorrer da entrevista, quando encontramos perguntas que teriam respostas repetidas em outras questões, as mesmas foram suprimidas e abrimos para outras. Convém esclarecer, que nem toda a numeração desta etapa corresponde à numeração do questionário, mas sempre relatamos o que estava sendo perguntado a cada questão, não se baseando somente em números. Não foram muitas substituições, até por que não era nossa pretensão fazer muitas mudanças para não corrermos o risco de descaracterizar a pesquisa.

Podemos dizer que esta última entrevista foi a mais longa das três, perfazendo um total de 2 horas e 12 minutos de gravação, se comparado à primeira, com 1 hora e 34 minutos de gravação e a segunda, com 1 hora e 24 minutos de gravação. Entendemos que um, se não o principal motivo desta entrevista ter se alongado foi o amadurecimento da relação da entrevistadora com os ACS, já que além da visita nos dias marcados para as entrevistas, havia um acompanhamento frequente da turma pelo cargo desempenhado pela entrevistadora como Coordenadora Regional do curso. Nestas ocasiões, aproveitou-se para se manter um bom grau de relacionamento com a turma e com as mediadoras, indispensáveis para o bom andamento das aulas e também, desta pesquisa. Outro motivo relacionado, está na necessidade do ACS em ter alguém que escute suas angústias, dúvidas, necessidades, conflitos, questionamentos, críticas que aparecem constantemente nos diálogos transcritos.

Os entrevistados estavam mais comunicativos sem necessidade de muita interferência do entrevistador, que por nossa vez, deixamos que fluíssem os diálogos. Essa maior abertura proporcionou que questões importantes fossem abordadas, com boa qualidade e aproveitamento de respostas.

O objetivo desta terceira entrevista é fazer uma análise das respostas obtidas nesta última fase para dar continuidade ao trabalho de pesquisa, ao qual nos propusemos buscando identificar as alterações quando se apresentaram, dos momentos anteriores para este.

Iniciamos então a entrevista com a primeira pergunta, repetindo as fases anteriores, sobre o que os ACS entendem por ações de promoção à saúde e as respostas que obtivemos mudaram um pouco o foco em relação à entrevista anterior. Naquela ocasião, as categorias que mais apareceram foram orientação e busca de conhecimentos, além dos conceitos mais estruturados sobre promoção à saúde. Nesta terceira fase, para esta questão, o conceito de promoção foi vinculado à prevenção, que vem ao encontro com o que diz Vieira: “A promoção é entendida de maneira mais ampla que prevenção; pois se refere às medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral.” (2009, p. 8) E as categorias destacadas foram as campanhas de saúde e trabalho em equipe.

Sobre o conceito de promoção à saúde, houve uma evolução no discurso, com destaque para este de A4: *“É a prevenção das doenças, né? Tem que obedecer ao novo sistema que o SUS prega, que agora é promover a saúde. Prevenir doenças e não mais, a saúde curativa. E orientar a não ter doenças, não procurar o médico só quando você tá doente, né... hoje dizer que o médico dever ser procurado, também como uma forma de tá prevenindo as doenças, de tá orientando, não só curando.”* Este sujeito consegue passar claramente, o que seja promoção à saúde, assim como na fala deste outro aluno, A5: *“A gente tem que fazer isso, passar pra população através das campanhas, através da gente chegar e falar as mesmas coisas, que muitas vezes eles são bem... não têm condições... mas o que a gente aprende a gente ensina [...] passar as informações, orientações pra eles, então acho eu, é um modo de prevenir, né, de alguma forma você ajuda eles.”* As ações estão vinculadas a campanhas de saúde, ditos por vários alunos, inclusive na fala de A9: *“Eu concordo [...] que a promoção é levar pra comunidade, né... em promover a saúde, levando orientação, fazendo campanha”* e, na fala de A7: *“Você fazer campanha, você levar orientação pro povo em geral, acompanhar eles, né, você sabe a realidade da vida deles, né, da situação deles pra você... poder tá ajudando eles...”*

A resistência da comunidade na participação dos grupos surge nesta questão, relatado por A2: *“Só que assim, a gente vê uma dificuldade, que... igual que a gente vê, as gestantes*

quase não vão nos grupo... de gestante! Bem difícil, né, porque elas dizem: 'Ah! Eu já tenho 3 filhos, eu já sei tudo que vai acontecer,' daí fica difícil, sabe, pra você tá promovendo a saúde pra gestante, porque elas acham que sabem tudo! Nas consultas de pré-natal elas vão, só que é difícil, né, eu acho que quem vai mais é os hipertensos e diabéticos, mesmo!" Esta função de orientação em ações de prevenção de doenças, promoção à saúde, estabelecidas pelo seu trabalho, determina que todas as pessoas de sua comunidade sejam acompanhadas, principalmente, aquelas em situação de risco, então essas dificuldades de entendimento e aceitação das pessoas é mais um desafio a ser superado pelos ACS.

Necessidade do trabalho em equipe aparece como outra categoria muito citada nas entrevistas, a referência da equipe surgiu em diversas questões e nesta fase, já aparece na primeira questão, diferentemente das outras duas fases, que tiveram em comum a questão da orientação, que agora não apareceu tão destacada como antes. Sobre o trabalho em equipe, fala A9: *"Nós somos os agentes, lá é uma equipe, na unidade a equipe tem que interagir mais, trabalhar mais unido, né. Da minha parte acho que nós estamos meio... é nós e nós e pronto! [...] É os agente e o povo ali de cima do posto, é muito separado, dificilmente fazem uma campanha, né e quando fazem eles te avisam assim, em cima da hora, até mesmo o trabalho de dispersão pra nós promover a saúde ia ajudar muito né."*

Corroborado por A7: *"Eu também acho que teria que ter uma união, né, da equipe inteira e não só dos agentes, porque pra eles a gente vê, a gente percebe, né, que às vezes falam que o ponto principal é vocês, vocês que tão lá, vocês que verem as coisas, vocês que levam as informações e esquecem um pouco deles participar junto com a gente, que também pode tá participando, né, e assim pra nós é bem importante a participação deles, né, ajuda bastante, a gente não se sente sozinho, né, até cria mais gosto, mais coragem, mais ânimo pra tá... fazendo, né, campanha, em conjunto funciona bem melhor, né?"* O ACS que pode estar integrado tanto em uma equipe de Saúde da Família quanto em uma equipe do PACS, de acordo com a realidade do município, tem essa característica de não trabalhar sozinho, a autonomia de suas ações está associada à continuidade da assistência das pessoas, em sua integralidade, e quando o ACS faz o acompanhamento, quarta fase de suas ações, já referenciadas na segunda entrevista, se frustra ao se deparar com a falta dessa continuidade de seus encaminhamentos, quando esperava pela atuação de outros profissionais.

Para a pergunta de número 2, sobre o que o ACS entende por ações de prevenção de doenças, a princípio repete-se a necessidade das campanhas, referidas na primeira pergunta, pela fala de A7 que já havia se pronunciado antes na mesma linha, *“Acho que é essa parte de fazer campanha, né, que lá que nem aconteceu sábado, tem a campanha de vacina e quando tem... já digo assim, alguma doença que tem mais casos, mas é feita só na unidade, acho que tinha que sair pra áreas, que nem foi feito o mutirão.”*

O assunto que vem novamente à tona, oriundo da necessidade do empenho de outros profissionais – trabalho em equipe – que foi tratado na questão anterior, e por ser continuidade, ainda não havia se esgotado, o ACS quer movimento, efetividade das ações, expresso por A7: *“É muito parado, e daí eles cobram de nós, ó... vocês têm que ir atrás, a gente até vai... só que às vezes só através de nós eles não... as pessoas não se interessa muito, né... e aqui nós aprendemos tanta coisa boa.”* A morosidade com que as coisas acontecem nos serviços públicos, é apontada por A6: *“Eles ficam muita na espera... que nem lá, que quando tava faltando um enfermeiro, ficaram esperando o concurso, ficavam dependendo dos outros eu acho que... tem que mudar essas coisas, vamos fazer por nós, vamos reunir, né, a pessoa que chegar, né, daí explica... vai que ela tem idéias novas... vem e fala, mas fica muito na espera, muito na espera dos outros, aí tem que espera o secretário, tem que às vezes responde não sei o quê, aí depende do prefeito, aí depende não sei de quê, sei lá... aí é muito... coisinhas assim que vai atrapalhando, quando vê passo o ano e nada!”* Apontam também, pequenos obstáculos, ainda por A6: *“E daí eles dependem muito dos agentes... e daí também vai depender do carro! Lá é uma dificuldade de carro, ou tem carro ou não tem motorista, quando tem motorista não tem carro, então daí eles ficam muito assim: ou é de motorista, ou de carro, ou é... da secretária, é... prefeito, sei lá o quê de dinheiro... só que quem tem boca vai a Roma, não precisa mais de papel e coisurada!”* A falta de comprometimento de alguns profissionais é vista pelos ACS como fator negativo para as ações de prevenção, este aluno A9 critica, incita para o trabalho, aponta necessidades, faz sugestões com a visão acurada de quem tem experiência e grande força de vontade, atitude marcante nos ACS: *“Então é uma questão de organização... colocar tudo certinho ali e ter a força de vontade de fazer e não adiar: ‘Ah! Nós queremos fazer, mas estamos esperando tal pessoa,’ porque ESF não é trabalho curativo, é trabalho preventivo! Acho que pra nós promover como é a pergunta ali, pra ter uma ação de prevenção à saúde precisa de ter a força de vontade dos profissionais e ter organização e dizer: Nós vamos fazer, nós vamos! Vamos organizar isso, vamos fazer panfleto, não tem verba? Vamos... Vamos escrever, né?”*

Faz palestra que não precisa escrever! Vamos organizar uma palestra, chamar todos os hipertensos! Vamos... chamar todos os diabéticos! Os adolescentes! Bêbados, acho que grávida também... Mas isso não depende só da gente porque a gente não tem a autonomia de chegar e dizer pra enfermeira: Hoje nós vamos fazer isso! Nem sabemos! Não deixam, não dão a liberdade. Precisa ser feito, mas precisa de ter...” Os ACS demonstram que aprenderam, e muito, mas precisam de apoio para a prática.

É notável a evolução sobre os conceitos norteadores dos ACS, há um pleno entendimento do que sejam as ações de saúde, trazendo a essência do que seja o trabalho do ACS e de como a comunidade participa como disseminadora de informações, a preciosa informação repassada boca a boca, de vizinho a vizinho, aproveitar os espaços disponíveis para repassar informações, é uma das sugestões de A9: *“Por exemplo, assim, se pegasse uma semana, né, pra fazer uma divulgação, uma campanha da tuberculose por exemplo, né... colocasse cartazes lá dentro do posto distribuisse panfletos, alguma coisa lá dentro, por que só os agente abranger uma área inteira às vezes é... é pouco, né, uma pessoa pra tá levando informação pra microárea inteira, que fosse um dia, né, pegasse um dia à tarde pra palestra, né...pra, é... a causa da doença, a prevenção... assim até mesmo, uma pessoa vai levando pra outra, né, eles já vão ficando mais consciente de como se prevenir, né? Quais os primeiros sintomas que aparecem, eu acho que seria uma boa tática, né...Por que eu acho que nas escola era excelente, eu sei, ta faltando, por que eu sei que no meu tempo sempre tinha sobre drogas e hoje não tem mais nada, tá tudo virado... até uma doença que eles aprendem de vez em quando lá, nas próprias aulas deles, porque acho que se a unidade de saúde tiver uma ação assim: hoje nós vamos lá no Argeu [escola], vamos conversar com o diretor pra ele ceder assim uns... 40 minutos... né, uma aula e reunir todo o pessoal ali no ginásio em frente ali, pro pessoal da saúde tá falando sobre a... né... sobre as drogas... sobre a gravidez.”*

Salientamos aqui uma observação bem importante, do ponto de vista curricular, o que este ACS está propondo como complementar às suas atividades, está proposto na Etapa II, da estrutura curricular proposta para a formação dos ACS, pelo MS: “[...] estudos e práticas relacionadas à educação em saúde, informação e orientação a diferentes pessoas e grupos, considerando as características e necessidades e os espaços/contextos onde as ações são desenvolvidas – domicílios, escolas, creches, asilos, unidades de saúde, associações e outros [...]”. (BRASIL, 2004b, p. 22) Convém, no entanto, lembrar que esta segunda etapa de formação não está prevista para acontecer por enquanto, o que temos de concreto é a Etapa I,

de 400 horas de formação. Consideramos este diálogo um dos pontos chave em defesa da necessidade da complementaridade das horas do curso de formação, de levar em frente as etapas, para que não se estagne e se pense ser suficiente somente o que está sendo oferecido até agora.

Surgem ideias que apontam para o resultado do conhecimento aprendido e com a cobrança por melhores ações, como na fala de A7: *“Que nem a professora ali tava falando sobre a tuberculose e hanseníase, fazer... que nem ela falou ali... que cada um tem seu dia de... fazer alguma coisa, né? [...] e aqui nós aprendemos tanta coisa boa, dá pra fazer grupo de adolescente que lá pra nós precisava bastante e de tudo que é coisa, agora vai começá, né, que nem ontem nós tivemos reunião vai começa, só que eu acho que não pode para, já devia de ter... né”* e novamente, A9 traz ideias para movimentar o seu trabalho: *“Precisa fazer divulgação, fazer campanha, precisa ser feito visita! Só as dos agentes, a dos agentes é feita, né, acho que precisava ser feito mais capacitação, não com relação a essa daqui, uma capacitação no lugar, né, na unidade, né, com a enfermeira da ESF, tá sentando com os agentes, tirando as dúvidas, perguntando, né com os agentes também que é pra poder tá... assim... promovendo a saúde: ‘ah, qual o problema maior na tua área?’ Vamos fazer alguma coisa, organizar um panfleto, organiza uma campanha, vamos sair, fazer visita, né... com relação a isso... não concentrar o trabalho só no trabalho curativo. Uma campanha, uma movimentação da nossa unidade lá, bem assim, que saia da nossa enfermeira, dos nossos médico lá, que digam... vamos organizar sei lá... um mutirão! Vamos pra área, vamos falar a respeito dessa... desse problema, vamos falar a respeito da diabete hoje, amanhã vamos falar disso e disso e daquilo, vamos organizar uma reunião, que venham assim...dez! Naquela reunião, naquela semana, mas daí nós tratamos bastante assunto e como diz, daí um já vai passando pro outro... Então já vai promovendo a saúde... pro pessoal, porque precisa assim que...”* Impressiona-nos a quantidade de sugestões referidas pelos ACS, que estão mais pró-ativos, essas atitudes de querer se organizar é uma novidade na nossa entrevista, até então as respostas não haviam mostrado tão abertamente este aspecto inquieto dos ACS, para Cortella (2002), justamente a Educação e a Escola reinventam, em conjunto uma *ética de rebeldia*, que possibilitem dizer não, não à injustiça, não ao poder opressor, valorizando a inconformidade e construindo “a nossa principal característica: a liberdade, a capacidade de ultrapassar as determinações da natureza e das situações presumidamente limitantes.” (CORTELLA, 2002, p. 156)

A terceira pergunta que busca o entendimento sobre ações de planejamento e gestão, começa com o enfoque individual, identificado também, nas duas primeiras entrevistas que dão o entendimento de planejamento como ações individuais, como fala A4: *“E o número de visitas que **você** vai fazer também, o bairro que **você** vai, com quem você vai falar, o que você vai falar...”* seguido, de A1: *“É... **você** se organizar, antes de você por em ação o que você vai fazer. Eu penso na minha parte, né, é claro que se houver necessidade a gente vai informar o... a enfermeira, médico se necessário.”* E de A3, que tem opinião parecida: *“A gente planeja o dia da gente, né, no caso... Que nem eu que chego lá em cima, na minha micro, se tem algum problema, eu já ligo pra enfermeira...”* mas nesses casos, já abrem a perspectiva de um trabalho conjunto quando que podem vir a precisar de ajuda da enfermeira.

Outros alunos entenderam como ações coletivas, este entendimento de planejamento como ação coletiva ou de equipe, que apareceu timidamente na primeira entrevista e não apareceram na segunda, ocasião em que esta questão foi respondida de forma bem breve, com reforço só do individual, pois o aluno A2 já traz em seu discurso a necessidade de trabalhar em conjunto: *“Eu acho que a gente tem que trabalhar em conjunto, sempre. Que a gente sempre precisa da orientação das enfermeira, né.”* Mas, é A9 quem dá aula sobre planejamento: *“Acho que planejamento assim, é você planejar o teu ano, né? Vamos chegar no começo do ano, vamos pegar o calendário, vamos planejar o ano, vamos organizar as nossas palestras, as nossas reuniões, as nossas visitas domiciliares, vamos organizar tal mês, nós vamos fazer um preventivo, né? Vamos, no tempo da gripe ali, vamos fazer uma campanha pra gripes, vamos pegar os idosos vamos vacinar, vamos pegar as criança, né? Eu acho que planejar é você chegar no começo do ano e você fazer o teu calendário! Eu fazer isso e daí, por isso em prática!”* Completado por A6: *“E de todas as áreas, desde uma limpeza até lá em cima... que depois cada um tem sua opção e tem sua obrigação e planejar em cima do que vai fazer durante o ano na sua obrigação.”* Espantam-nos a riqueza destas falas, que mais uma vez só vem confirmar o que está sendo apontado desde o início desta pesquisa, estes sujeitos têm um nível de entendimento elevado, resultado de uma base educacional acima da esperada para a sua função e que têm como reflexos, sujeitos críticos e que por questão de sobrevivência são obrigados “a enfrentar, a lutar com o mundo, alterando este e sendo alterado por ele.” (CORTELLA, 2002, p. 126)

Tem também, o caso das ações que não estão especificadas como individuais ou coletivas, então podemos notar que o ACS tem ação individual, mas necessita do trabalho em

equipe pela abrangência do trabalho, como fala A5: *“É você planejar, saber o que vai fazer durante o dia, durante a semana, ou durante o mês, que nem a gente trabalha com campanha, a gente fez a campanha do aleitamento materno semana passada, a gente faz uma semana com as gestantes, uma semana com os hipertensos, acho que é o modo como você trabalha, né.”*

A falta de planejamento e comunicação é apontada como causa de diversas falhas que acontecem na unidade de saúde e que tem seus reflexos no desempenho do ACS, que pela fala de A7, percebe-se como planejar é importante: *“Acho que as parte de planejar assim, é planejar e... fazer também. Que às vezes eles te passam, tal dia vai ter tal coisa, daí quando chega aquele dia: Ah! Não vai ter mais porque não foi falado não sei com quem... lá não sei aonde não deu certo, não tem carro, não tem motorista, daí às vezes você nem sabe das coisas, no outro dia tá acontecendo coisas que você nem sabia e é só falta de planejamento, que esse ano aconteceu e bastante... Que nem tem campanha de preventivo, campanha não sei de que lá, nós ficamos sabendo na semana! Daí tá, daí avisa lá quem precisa, por que se você sabe da campanha a gente faz bilhetinho, a gente leva para cada família, mas daí nós vamos avisando conforme dá...”*

As consequências da falta de planejamento geram problemas de relacionamento com os profissionais da unidade e com a própria comunidade que procuram um responsável quando alguma coisa sai errada, é o que demonstra a fala de A6; *“Daí às vezes é... é enfermeira me olhando torto, as mulherada que pergunta: Ah! Eu não sabia... meio jogando um verde, assim, ninguém me aviso, entendeu? (risos) E daí... até a secretária assim, entendeu? Me olhando torto. Meu Deus! Tem que ter uma bola de cristal pra adivinha... porque também assim, eu observo muito assim, a secretária e a enfermeira nossa, elas planejam, criam a ideia, só que as duas, às vezes, elas diz: eu aviso, eu aviso e vão tá avisando todo mundo, uma esquece... uma espera pela outra!”* E confirmada pela fala de A8: *“Eu já aconteceu muito isso! De... eu nem sabia, do paciente lá da microárea me informar das coisas, porque eu nem tava sabendo.”* Ou seja, é um problema que tem ocorrido mais de uma vez, e a responsabilidade, ao invés de ser compartilhada, está sendo transferida para uma única camada, a dos ACS, pelo que diz A6: *“Eu até vejo assim, que é muito cobrado dos agentes, mas o pessoal lá dentro não é... pelo menos eu não vejo fala isso... só vejo reclamação dos agentes, os agentes, mas na verdade o problema nosso é eles lá dentro, é eles que complicam muitas vezes o nosso trabalho fora, na área, fora da unidade.”*

Problemas de relacionamento com a equipe e a unidade de saúde, foi uma categoria que já apareceu em outra fase das entrevistas. Na primeira entrevista apareceu mais sutilmente na questão 3, na questão 7 e na questão 17; na segunda, na questão 5 fala em desvalorização do ACS, na mesma fase; na questão 8 e na questão 12 e também, na 16 apareceram a necessidade de apoio e reconhecimento. Algumas vezes, este relacionamento pode ser entendido como dificuldades normais de uma equipe que possui suas diferenças tanto culturais, como de escolaridade como sociais, em outros casos o que parece refletir é somente a diferença social, como já relatado anteriormente na segunda entrevista, que faz o ACS se sentir a base da pirâmide social, quando se sente maltratado e humilhado pela equipe, é o que transparece na fala de A6: *“Se tiver uma reclamação lá dentro eles pegam, Nossa Senhora! Se for pra xingar, se for pra humilhar, eles humilham, daí eles vêm e cobram, daí... daí vem em cima da gente, mas tem muita coisa que a gente batalha, que a gente faz lá... muitas vezes que não vai pra frente, nem pra trás, a gente pega e resolve, entendeu? Não tem esse reconhecimento! Às vezes acho que o agente de saúde lá, eles falam: Ah! **Vocês são o elo, vocês são os que faz...** mas é só papo mesmo.”* Este depoente faz uma ironia sobre o que se fala do ACS, seguido por A8: *“Só quando eles precisam. Quando é pra dar uma informação de uma campanha uma semana antes, daí não acontece. Só é **o elo de ligação** para favorecer a eles, né.”* Problemas que chegam a interferir no processo de trabalho, como fala A7: *“Temos que manter atualizada as ficha, só que nosso programa foi tirado de lá! Tá em outra sala... usado pra outra função e tudo e sempre tem um lá no computador, já era pra todos os agentes estar em dia e até agora nada!”*

Pela complexidade do assunto e suas interferências consideradas negativas para os ACS, demonstrados em suas falas e comprovado pela quantidade de eventos citados nas entrevistas anteriores, que também nesta terceira etapa, podemos entender que articular o trabalho do ACS com a equipe multiprofissional ainda é um desafio. Segundo documentos do MS,

Entende-se que o trabalho de uma equipe que busca integração precisa contemplar pelo menos três aspectos: a articulação das ações executadas pelos diferentes trabalhadores de saúde que a compõe, a interação desses profissionais e a participação da população e dos usuários a quem se destina o trabalho em equipe. (EFOS, 2010a, p. 51)

Mas como se faz essa integração, quando temos um sistema capitalista de classes, que ao mesmo tempo em que eleva uma categoria, achata outra em detrimento daquela,

Apesar de todas as mudanças, nas fábricas e no campo continuamos a ser trabalhadores manuais, tanto nas fábricas como no campo continua a haver uma clara distinção hierárquica entre aqueles que controlam/mandam o processo produtivo e aqueles que executam a produção; nos serviços, o mesmo. (LESSA, 2008, p. 272)

Sempre que nos deparamos com esses conflitos, somos forçados a pensar numa educação transformadora e libertadora, mas quando lemos a obra de Milton Santos (2009), “Pobreza Urbana” corroboramos a ideia de que, pensar na educação como uma iniciativa que pode ajudar o pobre a melhorar sua situação, não será ilusão? Seria quase o mesmo erro que ignorar que a sociedade é dividida em classes. Confiar que somente com a educação e com esforço pessoal possa haver mobilidade social não seria encobrir a realidade? (A realidade da dominação que não deseja que a camada pobre submirja para não perder o controle)

Na pergunta de número 4, sobre o papel do ACS em articular ou participar de articulações com entidades, associações, sociedades, para organizar discussões e propor soluções para os problemas de saúde das famílias e comunidade que atende, tivemos um depoimento de A7, que dá a mostra do quanto esse papel ainda precisa ser estimulado: *“Eu participo, lá no bairro tá meio parado assim, tão esperando outra chapa, mas daí não apareceu, daí agora mês que vem tem outra reunião pra ver. Tem uma pessoa que pra essa parte ela é bem... ela vai mesmo... ela vê os problema lá junto com o pessoal, ela vai lá, né... se for preciso ir no prefeito ela vai... nessa parte da saúde ela é bem... a gente participa com ela , mas quem coloca lá os assuntos é ela...”* Não conseguimos saber, se a limitada participação nesta questão é o pouco entendimento sobre o assunto, ou se é mesmo a falta de interesse dos ACS.

A pergunta de número 5 pede para os alunos falarem o que conhecem sobre os princípios do SUS, mas não houve alteração das respostas, nas outras etapas, como agora se referiram à igualdade, equidade, mas com superficialidade, identificado na fala de A5: *“Acho que a igualdade, de tratar todos iguais que isso ainda não acontece, ainda tem... tem muitas*

peessoas que reclamam, né, que era pra ser né, direitos iguais pra todos, mas não é.” Sem muita certeza, na fala de A4: “É igualdade, universalidade... equidade... alguma coisa assim... eu acho que a universalidade é mais importante, que é tratar todas as pessoas de uma mesma forma, né, então já envolve a igualdade de certa forma, assim... mas é todos terem o direito ao acesso à saúde, acho que isso nem sempre acontece...” e também, na fala de A2: “Tratar todo mundo de igual pra igual, não ter diferença. Só que o SUS acaba atendendo sempre todas as pessoas.” Fala sobre o SUS, mas não fala sobre os princípios ou dá uma definição conceitual: “Eu acho assim, que com relação à prevenção, eu acho o SUS assim, muito... muito eficiente sabe? Porque tem cartaz, panfletos, na televisão também, né, eu acho muito importante, nessa parte o SUS não deixa muito a desejar. Porque por mais humilde que a pessoa seja, quem que nunca viu uma propaganda orientando sobre... saúde da mulher, sobre o alcoolismo, tabagismo, qualquer um sabe? É do SUS, né?”

O atendimento das UBS é relacionado com os princípios do SUS, nas fases anteriores das entrevistas vimos esse mesmo evento acontecer, ou seja, nesta questão sobre os princípios do SUS trazem as dificuldades do acesso das pessoas aos serviços, falam com indignação do descaso no atendimento às pessoas. Há um incômodo quando o padrão de atendimento não acontece nos demais setores da unidade, pois isso desmonta o seu trabalho de campo, que precisa ser mantido pelo trabalho e atendimento na unidade de saúde. Outra coisa que pode ser identificada, é o zelo pela pessoa, requer que seu cliente seja bem atendido, mantendo a atenção dispensada em campo, é o que se vê nessa fala de A6: “Eu acho também sobre o respeito, não se envolve um deles, porque eu acho que na nossa unidade tá faltando muito o respeito principalmente, lá na entrada da unidade, lá na parte da recepção, do atendimento, tem muita gente que reclama disso, vai lá às vezes, a pessoa nem olha na cara... eu acho assim, que às vezes, uma pessoa atender bem lá na frente ajuda bastante as pessoas, que tem gente que tá lá às vezes só pra ouvir uma opinião, pra desabafar, pra conversar.” A falta de um atendimento humanizado que entenda as dificuldades e diferenças das pessoas e que respeite seus direitos são situações encontradas por A8: “No caso os usuários têm direitos e deveres, mas muitos não sabem” e, por A6: “E também tem gente que é muito humilde, precisa daquele exame e não tem condição, vai lá e a pessoa que é responsável fecha a porta, destrata e fala mil vezes: ‘Será que você não tem condição? Será que você não tem de onde tirar esse dinheiro?’ Chega lá e fala, fala, fala e às vezes a pessoa sai chorando.”

A crítica sobre como acontece a oferta de serviços nas unidades de saúde, feitas na primeira e segunda entrevista são repetidas, sem alteração do discurso desses sujeitos sobre esta questão, como se confirma na fala de A8: *“É a realidade mesmo, esse tipo de coisa. Muitas vezes é priorizado aquele que tem amizade, né como eu já vi muitas vezes... ganham consulta, nutricionista, ganham exames, não pagam um centavo... não paga nada de nada, ganha remédio, medicamento [...] ontem aconteceu que ela deixou na fila quem tava lá para agendar exames, ela deixou esperando e entrou outra, que trabalha lá no posto e já marcou a consulta pro filho dela.”* Crítica forte também na fala de A7: *“Porque não adianta você ir lá e... fazer teu trabalho e colocar a pessoa [...] às vezes reclama com razão! Se vai lá, e não é bem atendido! Porque ali na recepção ficam três, quatro ali conversando, daí ficam ali de conversa e a pessoa fica ali esperando e passa, e o médico fica até uma e meia e mandaram pra casa sem atender! Que se a gente quer cobrar também, a gente tem que fazer bem feito, pra funcionar, porque senão nunca vai funcionar... daí eles só vão cobrar, claro, tem mais que cobrar!”*

Para nós, fica a impressão de que a crítica não é para o SUS, mas para os envolvidos na distribuição e oferta dos serviços do SUS. Não é que falem que não tem isso e não tem aquilo, o que se fala é de como as pessoas que têm algum papel na equipe ou na unidade, com fundamental importância para a efetivação de um atendimento de qualidade e de como os ACS sentem as consequências, se este papel não for desempenhado de forma humanizada e coerente para a população.

A sexta pergunta desta etapa, que não corresponde à mesma pergunta das etapas anteriores, buscou saber se o ACS acredita que os seus conhecimentos sobre sua comunidade ajudam no seu trabalho, as respostas foram positivas, tanto no que diz respeito às ações, como na facilidade de comunicação, aprofundando o envolvimento, como refere A3: *“Por que a gente conhece, já sabe mais os problemas, eles já têm mais liberdade de falar, né, com a gente os problemas deles, os problemas do vizinho, que... às vezes comentam... muitas vezes a gente sabe o problema do vizinho, pelo outro, né?”* E também, fala A4: *“Eu sempre coloco assim que nós, além da gente saber quais são os problemas dos pacientes, a gente sabe qual o convívio familiar daquela família, como que eles vivem, então isso ajuda muito pro tratamento deles, entende?”*

Esse conhecimento e envolvimento reforçam o vínculo com as famílias, que já apareceu em fases anteriores da entrevista e na fala de A5: *“Eles são muito acolhedor assim, com nós, precisa ver como eles tratam a gente nos bairro. Eles tratam a gente muito bem, sabe, assim com carinho, é uma coisa muito boa!”* Os ACS têm uma boa aceitação pelas famílias quando realizam as visitas, sendo bem recebidos, como conta A4: *“Eles abrem a porta com um sorriso, sabe, aquilo é o teu pagamento (risos).”*

Na sétima questão, que perguntou se o ACS se sente preparado para realizar o seu trabalho, tiveram comentários que fazem uma análise de um momento anterior e de como se sentem agora, dito pelos próprios sujeitos, percebem que algo se modificou e esta mudança pode ser resultado do curso que receberam. Respostas semelhantes apareceram na primeira entrevista, quando foram perguntados sobre as expectativas sobre o curso, agora respondeu A2: *“Antes não, porque eu nem tinha noção do que era, eu só era uma agente de saúde e me jogaram lá num bairro pra mim atender a população, mas agora com os curso a gente vai aprendendo e a gente, claro que a necessidade da gente é aprender cada vez mais, né, só que eu acho que todo mundo aqui no começo ninguém sabe o que vai fazer num bairro: ‘O que eu vou fazer lá naquele bairro?’ Mas acho que agora sim, agora a gente já tá mais preparado, tá tudo mais prático, quanto mais você aprende melhor.”*

Percebem também que as suas ações trazem resultados positivos para as pessoas, como fala A5: *“Acho que é muito bom você saber que tá contribuindo pra aquela pessoa melhorar, às vezes a pessoa tá... acha que tá doente, você chega na casa dela vai conversar, só o fato de você conversar e ouvir ela... já se sente melhor.”* E melhora a escuta, diz A3: *“Eles começam a soltar e vem tanta coisa que às vezes você nem imaginava que tava ali.”*

Para a construção diária de seu trabalho, o ACS necessita de instrumentos que facilitem a coleta de informações sobre a comunidade, para que possa conhecê-la melhor e assim, realize o seu trabalho com mais eficiência, entre estes instrumentos encontram-se a entrevista e a visita domiciliar. (EFOS, 2010a) Esta segunda, por vezes já referenciada nas entrevistas e uma das atividades mais importantes do ACS, então quando o ACS percebe que consegue realizar uma visita bem feita e bem planejada, sente-se mais preparado profissionalmente, é o que se vê na fala de A2: *“A visita domiciliar que é entrar na casa, sentar e conversar com a família! Eu... eu geralmente eu faço isso nas casas, eu não vou lá no portão: ‘Ô, assine aqui pra mim, como é que vocês tão, assine aqui’, eu não faço isso, eu*

chego, sento e converso [...] Mas este curso ajudou bastante, né, porque a gente leva mais informação e a gente sabe o que realmente a gente vai fazer na casa das pessoas.” É através da visita que o ACS consegue identificar as pessoas que estão bem de saúde e as que necessitam mais de atenção, é o que se percebe pela fala de A1: “Até tem pessoas que são carente assim de... conversa, assim de... uma visita mesmo, principalmente os idosos, que a gente chega assim e nossa, a gente conversa, sabe... a gente tem que sentar e ter um tempo pra eles, né?” E também, na fala de A4: “Acho que é importante pelo trabalho humano, entende, que nós fizemos com as famílias, por você entrar dentro das casas, estar disposto a ouvir as histórias que eles tem pra contar, estar disposto a conhecer a percepção de mundo deles, o território deles, a história deles.”

Para a oitava questão desta fase, perguntou-se: *“Qual a importância do seu trabalho como agente de saúde?”* e pelas respostas, verifica-se um reconhecimento de seu importante papel de agente mediador, baseado em ações simples, como executor do que já se repetiu várias vezes de “elo entre comunidade e os serviços de saúde,” como o aluno A2, explica: *“Eu acho que é bem importante, porque nós somos os primeiros, né, que diagnosticamos lá, nós que vamos pra comunidade. O médico, a enfermeira, eles não saem de casa em casa, não vão saber o problema de todo mundo e a gente sabe e leva pra eles.”* Aparece também na fala de A1: *“É o primeiro contato quem é, é a gente, né? Até porque tem gente que não tem condições nem de caminhar até a unidade, pra pegar um remédio, uma medicação então, são ações simples, mas que pra eles é de grande importância.”* E, na fala de A3: *“É nós que corremos atrás pra saber o que tá acontecendo ali. Também vai da confiança que eles têm na gente, que vão adquirindo, no começo também foi difícil, agora já melhorou porque já acostumaram com a gente, já tem mais confiança na gente.”* E na participação de A7: *“Nós somos muito importantes por que eles mesmo falaram que nós somos a base de tudo, né? [...] no caso do SLAB, hipertenso, diabético, quem é que sabe? Somos nós, por que eles não vão atrás, né! O médico consulta ali, mas ele não tem lá, que nem nós, a relação de quem é isso, de quem é aquilo.”* Não há dúvidas que o ACS reconhece sua importância e a importância de suas ações, pelo que demonstraram nas respostas trazem aspectos de um trabalho técnico e ao mesmo tempo, social, com relações de confiança.

Como nona pergunta: *“Quais são as principais dificuldades que você encontra para realizar o seu trabalho de ACS?”* as respostas confirmaram mais uma vez o que já foi citado nas outras fases das entrevistas, ou seja, a necessidade de uma atuação intersetorial e também,

da equipe de saúde e da unidade mais efetiva, que dê seguimento ao trabalho de identificação, orientação e encaminhamento iniciado pelo ACS, pelo que se confirma na fala de A4: *“Porque eu penso da seguinte forma: **O agente de saúde sozinho não trabalha!** E eu acho que a maior dificuldade de nós fazermos o nosso trabalho é **não ter** colaboração dos outros... que deveriam fazer o seu trabalho também para aquilo funcionar, entende? Então a maior dificuldade que eu enfrento assim... é o [...] tá comprometido assim, e deixar os outros profissionais também comprometidos totalmente...”* esta questão é debatida também por A1: *“É um trabalho em equipe que tem que ter, você tá lidando com o povo, tem que ser unido entendeu? Não é só o agente, não é só a enfermeira, não é só o médico, é o secretário e ali envolve até outros setores, secretaria de obras, o funcionalismo público em geral, sabe? [...] se tá trabalhando pelo povo, pela comunidade, tem que olhar as outras partes também, não é só a educação, não é só a saúde e não é só as obras, acho que tem que ter um conjunto.”* Porque são procurados pela comunidade pelos diversos problemas enfrentados, mas que terão reflexos na saúde da comunidade, caso não sejam solucionados, como nos conta A2: *“Porque se tem um esgoto a céu aberto, lá no teu bairro, quem você vai procurar? Nós agente de saúde, não vamos poder ir lá e fazer um esgoto lá, né, a gente vai procurar a secretaria de obras para ver se eles ajudam porque tem que ter...”* E eles se sentem de mãos atadas diante dessas dificuldades, que fazem parte da prevenção primária à saúde, relata A4: *“[...] mas o que cabe a outras setores, é como se a gente fosse um cachorro latindo assim! Não fazem nada! Problema de lixo, lixo nas ruas, problema de esgoto a céu aberto, problema de crianças fora da escola e que os pais não podem levar, e a gente chama o Conselho e o Conselho não tá nem aí.”*

Na questão de número 10, pedimos aos ACS: *“Indique medidas que, na sua opinião, contribuiriam para melhorar o trabalho do ACS,”* tivemos pouca participação, mas as respostas que surgiram foram bem interessantes, como a fala de A4 que propõe estratégias de envolvimento multiprofissional para entender quem é o ACS: *“Eu já propus várias e várias vezes e não sei por que não foi aceita a minha ideia ainda de convocar mesmo o conselho de saúde com todos os integrantes assim dos programas de saúde e tal, ali da secretaria de saúde pra gente tá colocando um pouco do nosso trabalho, tá colocando um pouco, porque eles tinham que tá sabendo, entende? Mas a ideia não foi aceita. Pela resistência deles de tá nos ouvindo, entende, mas eu.. eu já dei a ideia.”* E o mesmo aluno, aponta algumas coisas que deveriam ser solucionadas: *“É miudeza o que eles tão colocando, eles colocam trabalho pra gente... coisas que eles deveriam tá fazendo... eu acho! Não é assim! Favorzinho eles*

sempre vão pedir, mas quando pega pra capá, quando é pra valorizar o nosso trabalho, eles não tão nem aí.”

Como questão 11 foi perguntado se o ACS *“sente necessidade de aprender algo que pudesse melhorar sua prática profissional?”* As respostas foram positivas, algumas relacionadas a conhecimentos biomédicos, como para A4: *“Acho que precisa ter um pouco mais o contato com o paciente, porque é errado a gente vê pressão, mas sei lá, fazer alguma coisa para aproximar mais a gente... é a minha ideia. Ou o conhecimento sobre situações emergenciais, alguma coisa assim, que a gente tá... no contato maior com eles... ter algumas noções...”* e mais, gerais, como para A9: *“Eu tava sentindo essa necessidade, né, desses curso, como teve o ano passado e agora esse, então é muito importante pra nós, é muito esclarecedor, é muito bom, isso... é essencial você ter sempre esses cursos, você tá aprendendo.”* Relatam sobre o curso e sua importância, pela fala de A6: *“E é bom que a gente começa a ver questões que tá sendo repetido, chega uma hora que... grava na gente! Tem coisa que, né... a gente aprende uma vez, daqui a cinco minutos a gente num... Ah! Eu ouvi isso em algum lugar, sabe às vezes nem fica... e quando é debatido na mesma tecla, chega uma hora que pronto! Falou no assunto já tá... já tá atenta já naquele assunto, então eu acho muito importante.”* E na fala de A9: *“Que nem você falou, né, você fala de um jeito, outra pessoa já explica de outro jeito, já pega mais alguma coisa diferente, sempre é bom.”*

Encerramos aqui, as análises das entrevistas que tiveram como roteiro, o questionário estruturado, o que se verificou, foi que esta terceira fase utilizou um número menor de perguntas do roteiro, motivado pela inserção de novas perguntas.

Em seguida, inserimos as questões que foram perguntadas na segunda e na terceira entrevista e que não constam no questionário estruturado, mas que surgiram durante a pesquisa. Pela sua importância e aderência ao tema, trouxemos para o nosso trabalho mais estas questões que servirão para complementar o nosso trabalho. Temos questões da segunda entrevista e em seguida, as realizadas na terceira entrevista.

Com o desenvolvimento das questões, onde os ACS apontaram dificuldades, mas também demonstram pelas suas respostas um grande profissionalismo e dedicação para as pessoas que visitam, achamos oportuno fazer uma pergunta a mais: *“Por que você resolveu ser ACS?”* as respostas foram muito interessantes, com participação de todos, que nos rendeu

mais material para análise, por sua vinculação estratégica com a realidade e aderência ao tema.

Para início de conversa, falamos sobre o que eles conheciam sobre a atividade, sobre quem era o ACS, qual a sua função, que atividades devem realizar. Posteriormente, diversos alunos contaram o que eles sabiam sobre o seu trabalho antes de serem agentes de saúde a começar por A4: *“Eu na verdade não sabia bem o que era um ACS também foi uma oportunidade que a gente tem, oferecida pelo município na época, eu agarrei, tava desempregado também...”* seguido por A1: *“[...] porque até então na verdade, pra ser sincera, eu nem sabia qual realmente era a função do ACS, porque onde eu moro não passa né... então esse foi o motivo, o principal motivo.”* A2 conta como via o ACS, antes dele mesmo ser um deles: *“Eu também não sabia o que era ACS por que... já passava lá em casa, mas eu tinha uma visão assim como muitos têm ainda, passam só pra dar uma assinatura aí, agora sei que não é só isso, é muito mais coisa que a gente pode tá fazendo pelas pessoas.”* E A3, também fala sobre si: *“Também foi assim que me levou a esse emprego, trabalhava em casa né, por conta e também não sabia, não tinha noção do que era né, fiz o concurso e tal comecei, porque na cidade acho que só tinha Vila Guilherme, né? Tinha um grupo de seis ACS, mas que faziam só aquele bairro e a gente mora nos outros, mais pra lá né, eles nem passavam, então a gente nem tinha noção do que era mesmo o ACS [...]”*

Os diálogos se caracterizam, em sua maioria, por pessoas comuns que não tinham nenhuma ligação ou conhecimento na área da saúde e que buscaram o trabalho de ACS como uma alternativa de colocação no mercado de trabalho deficiente de ofertas de emprego, reproduzindo de certa forma, um dos motivos da contratação dos primeiros agentes de saúde, como se vê na fala de A1: *“Bom, eu primeiramente por tá desempregada e porque fiz o concurso, aí decidi me inscrever,”* do mesmo modo, conta A2: *“Eu também tava desempregada né, daí fiz o concurso, tenho filho, né, daí precisava trabalhar.”* É o mesmo caso de A7: *“Não tem outro lugar, e pra pegar uma coisa melhor... porque o agente de saúde é bem mais livre, trabalha ao ar livre, antes eu trabalhava na fábrica, fechada, né? Ficava o dia inteiro, né, trancada...”*

A procura pelo trabalho como ACS, além dos motivos já levantados, tem outra explicação para estes sujeitos, que é a estabilidade de emprego, por se tratar de contratação por concurso público pelo que eles demonstram nas respostas, começando por A5: *“Eu*

quando entrei foi uma opção, tava desempregada, aqui a possibilidade de emprego é mínimo, não tem muita opção aí teve o concurso... e eu fiz o concurso, passei e comecei a trabalhar.” Falado por A8: *“Eu na verdade tava desempregada, né? Eu sempre trabalhei, não aguentava mais ficar em casa e também precisava, né? Eu gosto de ter o meu dinheiro, de ser independente, né ... e eu tava desempregada e também fiz o concurso por que... assim, foi uma coisa que achei que tinha mais chance de passar no concurso e... uma estabilidade, né? Estabilidade profissional e financeira também, né.”* Além da necessidade de ter um trabalho, o ACS dá mostras de se identificar com sua profissão, conta-nos A3 *“mais gostei, eu sempre gostei de lidar com as pessoas, né, principalmente com os mais velhos e gostei .”*

A necessidade de emprego e de melhores condições de vida ainda é são os principais motivadores pela procura do trabalho do ACS. Na literatura, sobre o assunto, também encontramos interpretações diferentes sobre o assunto, somente para recordar, nas primeiras experiências do ACS, no Ceará, as pessoas recrutadas foram as mais castigadas pela seca. Então aquelas famílias podiam contar com algum tipo de renda. Acontece que, tão logo o ACS passou a ser um profissional reconhecido pelo MS, a literatura nos aponta pela procura de pessoas que tivessem algum tipo de liderança em sua comunidade, o que facilitaria o seu contato com as famílias atendidas, isso é comprovado pelas leis que se seguiram e que deram como requisito para ser ACS que este residisse na comunidade, conforme já descrito no capítulo 1.

A primeira pergunta fora do roteiro, na terceira entrevista, queria saber *“Quais os conhecimentos que vocês acham mais importante para o trabalho do ACS? O conhecimento científico ou o conhecimento popular?”* foi feita somente nesta terceira fase e partiu da necessidade de se verificar o que o ACS entende sobre este assunto, já que o MS ressalta a importância da *“valorização das questões culturais da comunidade, integrando saber popular e o conhecimento técnico,”* (BRASIL, 2009a, p.25) dentro da atuação dos ACS. Mas pelas respostas que obtivemos, esta questão não é muito difundida entre os ACS, pelo que fala A1: *“Até porque eu não sou muito desses... remédio, crença e remédio popular eu não sei muito, mas eu acho que é bom a gente tá preparada assim pra saber, orientar também, não é você chegar lá e dizer: ‘Não, isso aí faz mal! Vá procurar um médico!’ Não, a gente tem que ter uma... Tem que saber o lado científico, mas também saber como convencer ele que precisa procurar recursos mais eficazes.”* Os ACS não reconhecem o saber popular, não acreditam e fazem uma crítica, que pode ser causada por um entendimento deficiente do que seja e da

importância desse conhecimento para a cultura da comunidade, como expressa A2, em sua fala: *“Às vezes, chá não vai resolver o problema da pessoa, tem gente que confia em benzedeira e coisa, né, só que eu acho que não, eu acho que ele tem que saber a origem da doença dele, ele tem que ir no médico, tem gente que não vai no médico, eles creditam muito em chá, então eu acho que não.”* E também, A5: *“Eu não trabalho muito com o conhecimento popular, com chás e benzimentos, essas coisas eu não... não trabalho com isso. A gente nunca... dificilmente debate sobre isso ou conversa em alguma casa sobre isso. [...] Já aconteceu de chegar numa casa e a criança choro e choro, de eu ver até achei engraçado, na hora nem falei nada, o umbigo da criança cheio de arruda e alho e não sei quê mais, daí liguei pra enfermeira, daí ela foi lá.”* Sobre o conhecimento centrado no modelo biomédico, tem mais confiança, pelo que se vê na fala de A2: *“Só que daí, a gente sabendo, já sabendo sobre a doença, já vai, sabe mais ou menos, ela vai contar o sintoma, daí você já vai ter uma ideia do quê que a pessoa tem, daí a gente orienta, né?”* E de A5: *“Se eu tiver algum problema, primeira coisa eu ligo pra enfermeira: [...] você pode dar uma passada aqui, dar uma olhadinha? Ver se quer ir no médico ou coisa assim, pode até marcar [...], mas eu indico o médico.”* Ou seja, o médico ainda é o centro do atendimento nas questões de saúde e doença para esses sujeitos.

O que de certa forma, não esperávamos como resposta a esta pergunta, foi uma outra alternativa como conhecimento de importância: o conhecimento da microárea, relatado por A9, que não deixa de ter certa razão: *“Acho que o conhecimento mais importante pra nós é o conhecimento da microárea, pra nós realizar o nosso trabalho, porque você saber sobre as doenças, é fundamental pra nós, né, pra parte da prevenção. Mas, assim, pra nós realizar o nosso trabalho, conhecer a microárea que estamos trabalhando na comunidade é... é essencial, né?”* No entanto, percebe-se uma conotação voltada para o conhecimento técnico, biomédico, como se vê também na fala de A8: *“O conhecimento diário da comunidade, não é que a gente vá saber tudo da parte médica, mas acho que alguma coisa a gente tem que saber, pra gente tá levando pra eles, né?”*

“Como vocês avaliam que foi este curso? Ele atendeu aos objetivos propostos no início?” Foi a próxima pergunta realizada que trouxe respostas que demonstraram o alto grau de instrução do ACS, que o torna um sujeito mais exigente, podendo assim, apontar deficiências, dificuldades, como pode ser visto na fala de A4: *“Eu, pra mim, ó, pra dizer que eu fiquei mais ou menos, sabe, eu fiquei no mais, quando elas colocaram mais sobre as*

doenças, que eu realmente não tinha tanto conhecimento sobre hepatite, hã... leprose e essas outras doenças que eu não tinha conhecimento, sobre vacinas e tal, agora sobre o ponto fraco foi que eu já sabia muita coisa, sabe? Então em algumas aulas, eu fiquei pensando: Nossa! O que eu tô fazendo aqui?” E observado também, na fala de A2: “Tem muita informação pra levar, fora os diabéticos e hipertensos, porque a maioria das coisas a gente já sabia. Por isso que é importante o curso, por que daí a gente sabe que não é só o hipertenso e diabético que existe na comunidade, tem mais coisa.”

Pelas falas seguintes, encontramos ambiguidades, num primeiro momento pode se entender que os ACS não conseguiram aliar a teoria com a prática de forma adequada, pelo que se vê, nesta fala de A9: “No meu ver o curso é bom, o que precisa é de mais horas pra poder debater, porque elas trazem né, assuntos, então precisa de mais horas, pra ter mais dinâmicas, pra facilitar mais a compreensão, muitas vezes a dinâmica é que faz você entender, o trabalho de campo, porque teoria é uma coisa e a prática é outra coisa...” E na fala de A7: “Acho que seria bem interessante a gente sair assim, na verdade... isso deveria ter sido feito na dispersão (risos), mas com elas ali, elas dizendo cada coisa: quando vocês chegarem lá na área de vocês, vocês vão fazer isso, vão fazer aquilo, ela mesmo ter dado... Que nem nós que não funciona na unidade, mas elas darem exemplo de como funciona certo e daí cada um vai agir lá na sua área, cada um na sua, depois, né.” No entanto, esta opinião não é compartilhada por todos, pois temos o depoimento de outro aluno, A8, que fala sobre as saídas em campo e de como foi importante para seu aprendizado: “Interagir mais, ali na sala, no grupo é bem melhor, se torna mais... até mais rápido a aula, né, o dia que fizeram aquela... que nem aqui, né, às vezes a gente saía ver a realidade de alguma coisa que elas passavam ali, a gente ir lá a campo ver e elas mostrarem como é, assim que tem que fazer.”

Dão o depoimento da importância das aulas e do crescimento que tiveram, fazendo eles mesmo, uma avaliação do rendimento que obtiveram com as aulas, fala A3: “Teve muita coisa que a gente não sabia também, aprendeu... a gente vai dando atenção para os que têm mais problemas e deixando os outros de lado. A gente começou do ali, com uma informação faz isso e faz aquilo, teve que aprender e ali a gente foi fazendo do nosso jeito, do jeito da gente. Tem muita coisa que não sabia que podia fazer e a gente agora sabe, isso eu não posso fazer, isso pode, então... assim a gente já sabe o que pode e o que não pode e até onde pode ir.” Esta importância pode ser reconhecida pela aquisição de novos conteúdos, como pelo conhecimento relacionado a sua atividade profissional, falou A2: “Eu acho que ele foi bem

proveitoso, a gente descobriu bastante coisa, um monte de coisa que a gente não sabia, a grande maioria, que nem eu falei, quando a gente entra ali a gente não sabe nada, a gente não tem noção do que o agente de saúde vai fazer. Então, com o curso, melhora muito.”

Para que os objetivos fossem atingidos de forma mais ampla, os ACS falam da necessidade de mais horas de curso, defendido por A8: *“De repente, aumentar as horas do curso, né?”* com o aumento das horas de curso, poderiam ser integrados mais conteúdos, conforme sugere A7: *“Eu acho que curso que envolvesse nós e a enfermagem, né... Qualquer tema que envolvesse as duas partes, equipe... Já digo equipe, né, já não digo os médicos, mas pelo menos, enfermeira, porque teve questões aqui que nós aprendemos aqui ó, que fui questionar com elas, mas elas: nós seguimos conforme o... Não sei quê do estado lá, né?”* E tem também, a sugestão de A1: *“Eu acho que um trabalho sobre humanização seria bem interessante de fazer, aprender como se dirigir a cada pessoa conforme seu problema, você aprender, tipo a tratar a pessoa, conforme a necessidade deles, sabe. Por que assim, a gente se esforça, tudo assim, pra conquistar a pessoa, pra ganhar a confiança e tal, só que ninguém é igual a ninguém, tem gente assim, que não se sente bem, então esse tipo de trabalho seria interessante fazer com os ACS, quer dizer, não só com os ACS, né, assim, na área da saúde, em qualquer área assim, tinha que ter mais humanização, eu acho que seria bem interessante.”* Estas sugestões dão o parecer do ACS sobre a carência de uma educação profissional, uma formação mais completa em sua área de atuação que os instrumentalize para que sejam sujeitos mais ativos e mais compreendidos em sua *práxis*.

A partir das respostas que começaram a aparecer na questão anterior, naturalmente veio a pergunta: *“Vocês tem alguma sugestão de algum curso ou tema que seria necessário ter sido feito/aprendido?”* A resposta repete o que já havia sido identificado acima sobre a necessidade de envolvimento entre o ACS e a enfermagem para que as atividades da unidade de saúde possam ser desenvolvidas sem prejuízo para a comunidade, completa A7: *“Eles tão sempre atrasado, tão sempre esperando. Eu acho assim que devia envolver nós e elas, tem que ser feito, tem que ser feito! Senão chega lá no final do ano, na última hora, numa semana daí tem que ser feito tudo, daí faz correndo... mal feito, né?”* Para A8, é importante que ACS e enfermagem caminhem juntos, *“Porque eles começam as coisas assim, param, abandonam e daí não tem assim, uma vontade de pegar, fazer e dá um fim, sabe? Eles fazem e se encontrar ali, um obstáculo, uma dificuldade, uma falta de tempo, né, eles já param, meio que esquecem daquilo ali, né. Um curso assim, que fosse, assim que eles soubessem, que as*

enfermeiras soubessem no quê que elas precisam tá... orientando nós, né. Porque muita coisa elas acham que não é... obrigação delas! Que é obrigação da gente, de nós correr atrás, no meu ver é assim...” Ou seja, na verdade, mais que uma solicitação de conteúdos específicos, o que é necessário é uma integração na equipe para o aproveitamento do que se aprendeu, como fala A6: *“Aqui a gente aprende uma coisa, daí chega lá, falta outra.”*

Crítica forte ao desempenho da enfermeira na dispersão, a falta de apoio e participação no curso, as reuniões e encontros que deveriam ser sobre o curso e que fugiam muito dos temas, chama a responsabilidade da enfermeira para o seu papel de mediadora, pelo que fala, o aluno A9: *Mas é que nem a parte da dispersão, é impossível que a [enfermeira] não tenha visto que era pra mandar nós fazer as coisas, né? E se ela tem mandado nós fazer, nós tinha feito! Só que pra nós mentir que nós fizemos, também fica feio pra nós, né. Nas reuniões semanais, não tinha dispersão, não tinha assim, não era... Na verdade nem era muito assunto relacionado com o conteúdo, sempre fugia, era pra tratar de assunto que deveria ter uma reunião pra isso toda semana, pra tratar assuntos da unidade, e não assunto do curso. Por isso, nós levantamos o fato de que elas têm que tá junto. Por que daí, quando nós falamos como que tem que ser as coisas, como tem que funcionar, como que tem que se feito pra dar certo. Elas têm que tá... aprendendo, sabe? Elas têm que aprender na verdade, elas fizeram uma faculdade ali, não sei, só pra... ou então, elas têm que trabalhar em hospital, só trabalho curativo, né?”*

Nesta questão que deveria ter como respostas as sugestões de novos conteúdos, o que aparece novamente, como tantas outras vezes, foi o trabalho em equipe, categoria já bem citada, preocupação constante do ACS, o foco agora aparece solicitando respeito pelo seu trabalho e um maior envolvimento do ACS, descrito por A7: *“Eles precisam dos agentes, mas na hora de uma reunião com toda a equipe ou só com nós, somos rebaixados, a gente é humilhado, com grosseria às vezes, em assuntos que a gente... nossa, mas eu tentei fazer! Tanta coisa, né, que lá na hora a gente pensa até em desistir...”* Na avaliação de A9, também existe a necessidade do ACS participar das ações de planejamento da equipe de saúde, *“Aquela reunião multidisciplinar lá, eu sempre achei que deveria de ter um representante dos agentes de saúde... uma vez eu falei pra nós poder participar das reunião multidisciplinar, porque daí eles só levantam a parte deles ali, né. Por que se os dentistas participam, porque que a gente não pode participar?”* Esta opinião é compartilhada por A6, que conta como é a sua rotina: *“Por que às vezes, tem problemas, tem pessoas que... por exemplo, nem vem*

perguntar como tá a pessoa, eu vou visitar ela e tudo, converso, oriento, que daí o estresse sei lá... [...] sente aqui vamos ver o que tão planejando pra ela? Eu não sei! [...] Porque daí era só uma coisa, ela vai em mais de um médico que não só o nosso, tem um que fala que é rim, que é da coluna, daí ela vai lidando, nossos médicos fala que não é nada, sei lá... e eles debatem isso na reunião, mas daí, entendeu? Só que daí o que eles tão planejando pra ela, eu já não sei, entendeu? Então eu acho, muita... eu acho que a gente tem que participar dessas coisas, pra saber o que eles tão pensando em relação às vezes ao nosso paciente e a gente às vezes fica... boiando, na realidade.” Pelo que o MS diz no Referencial Curricular para a formação do ACS, na Etapa I deverá ter em seu plano de curso desenvolvimento de práticas que o ajudem a “conhecer e aplicar instrumentos do planejamento com enfoque estratégico e de se situar como membro de equipe de saúde,” (BRASIL, 2004b, p.22), mas pelo que se demonstram nesses diálogos podemos entender que o ACS reconhece esta prática, mas isso não acontece de forma efetiva em seu trabalho.

Ao serem perguntados sobre a qualidade do material utilizado no curso, obtivemos respostas que deram o entendimento das deficiências de conteúdo, sua superficialidade, e essa compreensão só pode ser fruto da grande capacidade e alto nível dos ACS participantes, como diz A3: *“A apostila é bem clara, mas tem poucos detalhes. Faltam detalhes mais aprofundados. Deveria ter bastante aula assim sabe. Os temas foram bons, porque a maioria dos problemas ali, a gente convive, né.”* E acrescenta, A2: *“Tipo a aula dos fumantes, que elas trouxeram mais coisa que não estava ali na apostila, que é bem importante pra nós.”* O que foi determinante para o sucesso das aulas foi o empenho das mediadoras que buscaram complementar conteúdos, pelo que fala A5: *“Elas sempre trouxeram coisas novas, sempre relacionadas à matéria, mas coisas mais aprofundadas sobre o assunto. Porque da apostila tinham umas coisas que estavam meio fracas, ali, mas os temas eram bem bons.”* E confirmado por A6: *“O que falta, elas [as enfermeiras] vão atrás na realidade, alguns assuntos é só uma folhinha, mas elas são esforçada, traz às vezes imagem, entendeu... sobre o assunto umas coisas novas, né, não só da apostila.”* Alguns profissionais fazem a diferença quando se esforçam no que estão fazendo e isto é reconhecido por quem recebe esta dedicação.

O acréscimo de conhecimentos que adquiriram com as aulas, tornou a visita domiciliar diferente pelo que tão bem, descreve A1: *“A gente se torna mais detalhista, assim, no próprio ambiente, ali. Que a gente viu a forma de transmissão de doença e tal, então ajudou bastante.*

A gente chega na casa pra fazer a visita, agente já vai lembrar de alguma coisa ali, irregular, fora... a gente já vai lembrar do curso, não, mas eu aprendi isso daqui e tá errado, tem que orientar eles que não pode né, então a gente se torna mais detalhista e a gente observa melhor as coisas.” E também, fala A3: *“Já enxerga de longe, já os defeitinhos, as coisas que têm... que mudar. Tem pessoas que não precisam só de remédio. Precisam de mais atenção... uma conversa, tendo uma instrução melhor você... pode ajuda eles de toda forma, né?”* Essa nova forma de ver a visita domiciliar e entender o motivo da realização desta atividade é o resultado da ação transformadora destes sujeitos, nas palavras de Freire que explica como se dá essa mudança,

Acontece, porém, que a toda compreensão de algo corresponde, cedo ou tarde, uma ação. Captado um desafio, compreendido, admitidos as hipóteses de resposta, o homem age. A natureza da ação corresponde à natureza da compreensão. Se a compreensão é crítica, a ação também o será. Se é mágica a compreensão, mágica será a ação. (FREIRE, 2005, p. 114)

Ao serem perguntados se sentem essa ação transformadora, pela pergunta *“Você acredita que de alguma forma mudou sua maneira de fazer a visita domiciliar, após o curso?”* a resposta que obtivemos dá a dimensão desse novo conteúdo, na superação de sua compreensão, pelas palavras de A4: *“Mudou, mudou porque agora a gente vai com um foco sabe? A gente tem como ter um foco assim... a gente vê a importância de tá conhecendo as principais doenças, a importância de você tá conhecendo o teu local de trabalho, pra você orientar melhor as pessoas. Ah! Eu tenho que marcar, por exemplo, um... ortopedista, hoje você sabe, você já conhece o teu Centro de Saúde, então você já sabe como essas pessoas devem fazer pra marcar um ortopedista, aonde ela tem que ir, com quem ela tem que falar, já sabe algumas doenças também pra tá tratando, a questão da higiene, coisas assim que a gente não sabia. Você tem visão mais abrangente no teu trabalho.”* E, nas palavras de A5: *“A gente aprende pra poder ensinar, pra poder orientar de uma forma melhor.”* Para este aluno, certamente *“conhecer é interferir na realidade conhecida.”* (FREIRE, 2005, p. 121)

Podemos então dizer que, a partir das entrevistas, os resultados demonstram que os ACS obtiveram um bom aproveitamento das aulas, aprenderam muitas coisas que mudaram o modo de *ser* ACS e de *fazer* o seu trabalho. Podemos até inferir que são pessoas que *têm* muita força de vontade, e que sabiam muita coisa na área da saúde antes de receberem este

curso, e que este, serviu de estímulo para buscarem mais conhecimento, revelando o sujeito crítico, inteligente, sensível, altruísta, carente de atenção e de oportunidades, que participaram desta pesquisa.

Temos alguns pontos que devem ser avaliados pelos gestores, no que dizem respeito à valorização do ACS, pois a maioria reclama pela falta de reconhecimento e algumas vezes, até pela falta de respeito na profissão e no trabalho que desenvolvem. Para que tudo isso não fique em frases decoradas e repetidas, sem efetividade de ações que estimulem e favoreçam a práxis pedagógica de cada um deles. Da parte das instituições responsáveis pela organização das aulas, a sugestão é fazer um estudo que possa orientar a nova formulação de conteúdos, adequados ao que diz o MS, que venham de encontro ao perfil e necessidades dos ACS da nossa região.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi realizada com um grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que fizeram a Formação Inicial em Agente Comunitário de Saúde, com alunos que já trabalham como agentes, inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), dos municípios de Santa Cecília e São Cristóvão do Sul, cidades de Santa Catarina. Este curso vem para atender à necessidade de formação dos trabalhadores do SUS, neste caso os ACS, considerando as novas perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil.

Procuramos com esta pesquisa, identificar e compreender as transformações que aconteceram com esta formação do ACS, do ponto de vista do sujeito, buscando analisar se a educação que está sendo oferecida pela Escola de Formação em saúde (EFOS) foi suficiente para atender suas expectativas.

Tivemos como referência, os documentos do Ministério da Saúde (MS) desenvolvidos para serem utilizados como instrumentos para subsidiar as instituições formadoras na elaboração dos programas de profissionalização dos ACS e também, as apostilas desenvolvidas por estas instituições durante a formação propriamente dita.

Esta formação é de responsabilidade das escolas técnicas do SUS – ETSUS, no caso de Santa Catarina, a EFOS que corresponde como centro formador de recursos humanos do SUS, em nível fundamental e médio.

Metodologicamente, constituiu-se como um estudo qualitativo, utilizando grupo focal nas três fases de entrevistas. Sendo uma, no primeiro dia de aula; a segunda, na metade do curso; a terceira, no final do curso, no último dia de aula.

A análise dos dados coletados foi realizada através da técnica de Análise de Conteúdo, da autora Bardin.

O referido curso de formação profissional, tem carga horária de 400 horas na Etapa I, que foi desenvolvida em quatro meses de curso, possibilitando o acesso a todos os ACS inseridos no SUS, independente de sua escolarização. No entanto, para que o ACS se profissionalize como Técnico em Agente Comunitário de Saúde deverá frequentar mais duas etapas formativas de 800 horas, para as quais deverá ter concluído o ensino médio.

As apostilas usadas no curso, para auxiliarem nas aulas, foram desenvolvidas pela EFOS, com base no Referencial Curricular do MS (ANEXO A) e entregues para a pesquisadora, na função de Coordenadora Regional do curso.

No início das aulas, recebemos o Módulo I, da Unidade Temática I com 10 tópicos voltados para o Perfil Social e Processo de Trabalho em Saúde do ACS. Em seguida, conforme foram acontecendo as aulas, a segunda apostila, com a Unidade Temática II sobre Promoção à Saúde. (EFOS, 2009a)

Lembramos que não houve atraso de material e que além das apostilas dos alunos, foram entregues apostilas para os mediadores sobre as duas unidades temáticas, com sugestões de atividades a serem desenvolvidas principalmente na dispersão, ou seja momentos de prática. Junto com as apostilas, foi entregue material didático (cadernos, lápis, caneta e pastas), uma sacola e uma camiseta, tanto para os alunos como para os mediadores. Estes últimos receberam ainda, materiais para uso em atividades, como canetão, fita adesiva, giz de cera, tesoura, cartolina, papel A4, etc. Sendo que, as apostilas são materiais de boa qualidade, bem encadernadas, de fácil manuseio e leitura.

Sobre a apostila, os ACS dão a sua opinião, referindo-se ao conteúdo apresentado, para A1: *“A apostila é bem clara, mas tem poucos detalhes. Faltam detalhes mais aprofundados. Deveria ter bastante aula assim, sabe. Os temas foram bons, porque a maioria dos problemas ali, a gente convive, né.”* Na ocorrência de pouco material, as professoras empregaram outras formas de complementar as aulas, para que os alunos tivessem o melhor aproveitamento possível, conforme explica este aluno A5: *“Elas sempre trouxeram coisas novas, sempre relacionadas à matéria, mais coisas aprofundadas sobre o assunto. Porque da apostila tinham umas coisas que estavam meio fracas, ali.”*

A nossa opinião sobre a apostila, está de acordo com os alunos quando disseram que os assuntos estavam fracos, com “poucos detalhes”, ou seja, muito superficiais. Encontramos

temas que são abordados em uma e duas laudas, isso contando com as imagens impressas. Temos consciência de que a apostila é um material de apoio e que não deve ser usada como único instrumento para as aulas. Então, essa questão pode até não ser muito relevante, mas, por outro modo, o que verificamos e acabamos comentando na primeira fase das entrevistas.

Por conseguinte, veremos outras situações semelhantes adiante, como a supressão de temas e conteúdos. Essa falta de tópicos sobre determinado assunto na apostila, passa-nos a ideia de que o determinado assunto não foi abordado, estudado, pois são os temas propostos que servem de guia para as professoras planejarem as suas aulas. É o caso dos tópicos sobre prevenção de agravos, não há um capítulo sobre o que seja prevenção, os tipos de prevenção e assim por diante. Este é somente um caso encontrado, temos vários outros que apareceram.

O Referencial Curricular (2004b), por diversas vezes, faz menção de que entende que o nível de escolaridade do ACS está se elevando, dados estes confirmados em nossa pesquisa quando fizemos a análise do perfil dos nossos sujeitos. Por isso, propõe o curso de ACS em nível técnico, mas como trabalhar com a realidade de quem ainda está preparando ACS de nível inicial?

Depois de toda a pesquisa que realizamos, levantando as atribuições, requisitos, capacitações e formação do ACS, encontramos nos documentos oficiais, informações que constam que até 2004, ano de publicação da Portaria Ministerial nº 2.474/2004, referente ao ACS, o qual era preparado através de “Treinamentos Introdutórios,” implementados pelos Pólos de Educação Permanente em Educação da Saúde da Família. Baseado nesta portaria é que foi regulamentada a formação em itinerário para Técnico Agente Comunitário de Saúde. (BARROS, 2006, p.111)

Retomando o questionamento do parágrafo anterior, o que nos causa estranhamento, é que desde que foi regulamentada a formação em nível técnico, ainda se está na fase de formação inicial, mas as atribuições elencadas, não diferenciam a formação. Não há um rol de atribuições para aquele que ainda é somente ACS, compatível com a sua formação de 400 horas, assim como o Técnico ACS, não tem atribuições diferenciadas para quem já completou 1.200 horas de curso. Será que 800 horas de aula não são importantes? O que justifica que se tenha um documento devidamente aprovado, desde 2004, e passados mais de 6 anos, somente uma terça parte ainda tenha sido completada? Sim, as 800 horas correspondem ao Referencial Curricular do ACS, traz todas as diretrizes para as ETSUS. Pois, se as escolas existem e com

boa atuação em seus estados, então onde está o impeditivo da realização completa do curso? Se faz urgente que se concretizem os pactos entre o MS e gestores estaduais e municipais para a efetivação das demais fases da formação do ACS. Podemos entender que atualmente, um sujeito que tenha sido formado por quatro meses, deve desempenhar as mesmas funções daquele sujeito que venha a realizar o curso completo. Mas se assim for, nas atuais circunstâncias, como está sendo a qualidade de trabalho desse ACS?

O entendimento que o ACS tem sobre esse assunto pode ser verificado nesta resposta que transcrevemos da terceira fase, na pergunta de número 7 quando o sujeito A2 respondeu: *“[...] porque eu nem tinha noção do que era, eu só era uma agente de saúde e me jogaram lá num bairro pra mim atender a população, mas agora com os curso a gente vai aprendendo e a gente, claro que a necessidade da gente é aprender cada vez mais, né, só que eu acho que todo mundo aqui no começo ninguém sabe o que vai fazer num bairro: O que eu vou fazer lá naquele bairro? Mas acho que agora sim, agora a gente já tá mais preparado, tá tudo mais prático, quanto mais, você aprende melhor.”*

É muito importante a análise que podemos fazer a partir deste diálogo, ao pensarmos que temos milhares de ACS trabalhando em unidades de saúde sem completar sua formação profissional, e que também estiveram na situação de total desconhecimento sobre suas funções. Se apenas com esta fase do curso completa, já se sentem mais preparados, quem dirá como se sentirão ao completarem o itinerário previsto? Diante das expectativas, os ACS desta turma possuem plenas condições de terminarem a formação como técnicos, pois atendem aos requisitos essenciais que são os que se referem à escolaridade de nível médio e por estarem inseridos no SUS.

Podemos entender que o MS tenha a consciência de que existem muitas diferenças regionais e justamente por isso, deixa o planejamento e preparo de material de formação do ACS para as ETSUS. E por possuir essa atuação regional, podendo reconhecer as diferenças locais, desenvolvendo material, curso de acordo com as necessidades e características de cada realidade. Diante desta avaliação, será correto afirmar que é a EFOS que não está preparada para corresponder às exigências de seus alunos ACS? Ou será que o perfil mudou muito e a EFOS não conseguiu acompanhar esta evolução regional, por estar baseada numa realidade nacional? Não podemos responder a estas questões por não termos um estudo em âmbito estadual que nos forneça dados sobre o nível de escolaridade dos ACS que confirme ou

contrarie, os dados encontrados em nossa pesquisa relacionados a este resultado. De qualquer forma, o que se propõe é que se estabeleça:

Uma proposta curricular a favor da educação emancipatória deve conter conteúdos e práticas que evidenciem o trabalho em saúde como prática social privilegiada em que – com base no entendimento de que os seres humanos são as relações que estabelecem entre si – a solidariedade com o outro, a preocupação e o sentido de cuidar do outro podem e constroem o projeto civilizatório de humanidade. (PEREIRA, 2008, p. 413).

Na realização da pesquisa sobre o perfil dos ACS, trouxemos os resultados que demonstram que os sujeitos estudados possuem características que os diferenciam em vários aspectos, daquelas que são citadas em outros estudos sobre o ACS e também, pelo que são referidas em documentos do MS. Este perfil, em franca mudança, talvez por um processo de adaptação, fruto do próprio meio e das dificuldades sociais que enfrentamos. Lima (2008, p. 495-496)

Também acredita que o perfil do ACS modifique-se, “tanto no que diz respeito ao grau de educação formal destes profissionais quanto à abrangência do capital social por ele acumulado”. Pois a literatura já sinaliza a mudança de perfil, seja pela mudança no mercado de trabalho, baixa oferta de empregos e ínfimos salários de algumas regiões.

Estas importantes considerações irão permear nosso trabalho, pela interferência que estes dados causam nas respostas obtidas durante as entrevistas, pois se temos sujeitos com identidades diferenciadas, as respostas deverão estar de acordo com este novo perfil.

Portanto, as aulas foram desenvolvidas através de momentos de discussão teórica, especificamente, nas de concentração com carga horária de 120 horas. E os momentos de prática, com 280 horas, foram desenvolvidos na dispersão, como sendo um estágio do ACS em seu campo de atuação e em horário de trabalho. Estas atividades de dispersão favorecem que o ACS continue realizando suas atividades profissionais, ao passo que pratica atividades orientadas pelo mediador que visem melhorar a sua prática. Podemos dizer que objetivam apurar o olhar do ACS em suas atividades para que possam ver com clareza o que antes não viam, por não saberem.

Uma preocupação, que já cercava nossas discussões, diz respeito a essas atividades de campo, caso seriam elas executadas de forma que somassem conhecimentos para o ACS. Portanto, dizer que eles estariam desenvolvendo atividades do curso, contar como horas de aula dadas, mas que na verdade, estariam executando suas atividades rotineiras, sem mudança nenhuma.

Na verdade, encontramos as duas situações confirmadas pelas entrevistas, a primeira que demonstrou um uso adequado do tempo de estágio para atividades diferentes para os ACS, demonstrado pela fala de A1: *“A dispersão foi bem prática, podemos dizer assim. A gente teve bastante entrevistas assim, a gente lá do... ESF I visitou a III e outros visitaram a nossa. A gente conheceu algumas famílias deles e eles conheceram as nossas, de realidade assim, diferentes, né? A gente entrevistou idosos, jovens, fez o levantamento de hipertensos, diabéticos, as áreas de risco da nossa micro, das principais doenças.”* E, pela fala de A2: *“As aulas de dispersão foram bem, bem explicativas, bem boas. Acho que todas as aulas de dispersão foram mais no bairro da gente mesmo, a gente tinha que ir na comunidade ou tinha que fazer um levantamento das áreas de risco, foram bem práticos!”*.

A segunda situação, aponta falhas para essa atividade, como conta A9: *“Nas reuniões semanais, não tinha dispersão, não tinha assim, não era... na verdade nem era muito assunto relacionado com o conteúdo, sempre fugia.”* Essa diferença de situações tem sua explicação no fato de se tratar de dois municípios diferentes, como relatamos acima, sendo duas formas distintas de se executar uma mesma atividade, mas isso não justifica a falta de empenho do profissional responsável em repassar as atividades aos ACS e disponibilizar tempo hábil para a realização das tarefas.

Há que se reconhecer que políticas governamentais, ao darem peso à formação de trabalhadores para o sucesso do SUS, possibilitam que projetos contra-hegemônicos ganhem também visibilidade. Porém, não podemos esquecer que grande parte dos educadores da saúde – mesmo que comprometidos com um sistema de saúde público e com a visão da importância da qualidade do trabalho em saúde ali desenvolvido – embora aliado no que diz respeito aos modelos mais progressistas de promoção e atenção à saúde, não possuem a mesma acuidade sobre a Educação. Desse modo, são relegadas a poucas interrogações como: Quais concepções fundamentam essa formação? Que conteúdos técnicos são esses que são reduzidos à “correspondência” de alcance de “determinadas” habilidades e atitudes? A quem serve a lógica e o sentido do “saber ser” ali construído? (Pereira, 2008, p. 410).

Esta citação de Pereira, parece-nos adequada depois de contrapormos resultados adversos para o que deveriam ser situações comuns aos grupos, pois nossa pesquisa não objetivou contemplar a formação do ACS sob a perspectiva do educador, mas pelo que se encontram nos depoimentos, existe a necessidade dos profissionais responsáveis pela formação fazerem os questionamentos sugeridos e se empenharem para o sucesso do SUS, posição esta defendida por nós. A mesma ambiguidade de respostas se vê quando falamos sobre as aulas teóricas, pois tivemos ACS que ficaram muito satisfeitos e outros, que disseram buscar mais, além do que foi oferecido. Entretanto, estas questões estão analisadas nas perguntas extras.

À medida que fomos analisando o material, várias categorias emergiram, estando presente em muitas etapas das entrevistas e em diversas questões, porque de uma forma ou outra, os assuntos se relacionam e têm ligação. Como por exemplo, a questão da precariedade da moradia, a preocupação dos ACS com as condições de vida na comunidade é relatada muitas vezes, sem que tenha sido feita alguma pergunta direcionada a este assunto.

Uma categoria muito importante, e esta apareceu com muita ênfase em diversas situações, aborda o trabalho em equipe. Observando-se que até então, não tivemos nenhuma pergunta específica sobre esta questão e que a abordagem do assunto foi espontânea nascida da vivência dos ACS. Tivemos muitas variantes nesta questão, em algumas situações a categoria de trabalho em equipe foi relacionada de forma positiva, quando se tratava do profissional da enfermagem, relatando o apoio recebido nas atividades diárias.

Mas, a outra variação que foi a que mais demonstrou insatisfação de como o ACS se vê dentro da equipe de saúde. Em alguns momentos, a referência deixa claro que se trata da equipe da unidade de saúde e outras vezes, fica subentendido que pode se referir também dos serviços de saúde e intersetoriais.

O entendimento que o ACS tem sobre a importância de fazer parte de uma equipe tem sua manifestação inicial na primeira fase, na terceira pergunta, quando ele diz: *“A gente não vai resolver nada sozinho [...] a gente não vai conseguir fazer nada sozinho”* (A1). Em seguida, afirma fazer parte da equipe, na fala de A7: *“Trabalho em equipe é muito importante, nós trabalhamos como uma equipe,”* naquele momento ficamos com a dúvida sobre a existência de um trabalho e sobre qual equipe o ACS reconhece fazer parte, como já mencionado anteriormente.

Podemos indicar a existência de uma crítica nas falas, causado pelos problemas que enfrentam, como podemos observar na quinta pergunta da segunda entrevista, na fala de A4: *“Então o descomprometimento dos outros profissionais implicam no nosso trabalho,”* e na sétima pergunta, pela fala de A7: *“No meu ver falta muito de equipe, falta equipe”* e a consequência, é a falta de apoio para pôr em prática as ações de saúde que aprenderam com o curso, no que diz A6: *“Eu acho que é colocar prática, poder colocar na prática, eu acho falta nesse sentido! Porque tem no discurso, mas chegando na prática, né, a gente não pode pôr.”* Ainda relacionado a este assunto, na pergunta 16, temos a fala de A7: *“Que nem nós, na prática a gente coloca, no caso o que agente acha que pode fazer, né? O que fica mais em falta é a parte lá na unidade, né.”*

E a respeito do trabalho em equipe, começamos analisando este caso. Vejamos, na terceira entrevista, segunda pergunta sobre ações de prevenção, comentamos que o ACS quer efetividade de ações, como falou A6: *“Tem que mudar essas coisas, vamos fazer por nós, vamos reunir, né.”* Em nosso entendimento, uma outra fala se relaciona muito com esta citada. Vejamos esta fala de um aluno sobre o que ele entende a respeito das ações de planejamento e gestão do trabalho, que foi a terceira pergunta do questionário, na terceira fase de entrevistas, selecionamos esta resposta de A9 pela particularidade da resposta: *“Acho que planejamento assim, é você planejar o teu ano, né? **Vamos** chegar no começo do ano, **vamos** pegar o calendário, **vamos** planejar o ano, **vamos** organizar as nossas palestras, as nossas reuniões, as nossas visitas domiciliares, **vamos** organizar tal mês, nós **vamos** fazer um preventivo, né? **Vamos**, no tempo da gripe ali, **vamos** fazer uma campanha pra gripes, **vamos** pegar os idosos **vamos** vacinar, **vamos** pegar as criança, né?”* Note-se aqui que muito além de uma resposta, passa-nos a mensagem de um desabafo, solicitando que alguma ação seja realizada, o grifo na palavra *vamos* que apareceu muitas vezes, remetendo-nos a mensagem que pede apoio, já que está no plural. Este entendimento de que precisa agir e de que a ação é uma ação conjunta o coloca como conhecedor de que tem direito a espaços dentro da equipe, compreendendo sua própria realidade, onde o ACS busca neste curso um fortalecimento, como nas palavras de Cortella:

Portanto não é uma escola pública na qual o trabalhador simplesmente aprenda o que iria utilizar no dia ou semana seguinte no seu cotidiano (em uma dimensão utilitária e redutora), mas aquela que selecione e apresente conteúdos que possibilitem aos alunos uma compreensão de sua própria realidade e seu

fortalecimento como cidadãos, de modo a serem capazes de transformá-la na direção dos interesses da maioria social. (CORTELLA, 2002, p. 16)

A educação deve proporcionar que este aluno possa se integrar e interagir, embora seus problemas com a equipe na qual está integrado não fiquem a esmo, pelo que pudemos constatar em outras falas e etapas.

Os problemas relacionados ao trabalho em equipe tem consequências que afetam diretamente o ACS e entram na questão da valorização profissional, que é relatada a partir da segunda entrevista. Quando apontamos que o ACS se sente inferiorizado, demonstrado pela fala de A4, na quinta pergunta da segunda fase, quando ironiza: *“Os agente são os tapa buraco, tapa buraco e é culpa dos agente,”* adiante, na pergunta 12, temos outra resposta que tem esse mesmo tom, por A7: *“Acho que as pessoas da unidade, muitos acham que nós não somos importantes... e não dão o valor no que a gente fala.”* Na terceira fase quem fala é A6, na quarta pergunta, mas com as mesmas características anteriores, dizendo assim: *“Se for pra xingar, se for pra humilhar, eles humilham, daí eles vem e cobram, daí... daí vem em cima da gente.”* Complementado por A8: *“Só é o elo de ligação para favorecer a eles, né.”* Estes depoimentos soam como um desabafo e também uma cobrança para que seu trabalho seja reconhecido. Então nos remete ao trecho referido no capítulo 2, por Tomaz (2002), quando o autor fala que o ACS não é um “super-herói,” portanto, essa imagem que o MS traz sobre o ACS de personagem que faz a integração entre a comunidade e os serviços de saúde é fantasia ou realidade?

O MS coloca o ACS em alta relevância e estima, com várias atividades sob sua responsabilidade, traçando um perfil com aspectos técnicos, pessoais e de relacionamento social,

O ACS tem uma missão básica de execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito da comunidade em que reside, e na qual tenha liderança e possa manifestar solidariedade. Esse aspecto, muitas vezes subjetivo, é de assombrosa relevância para o Programa, pois de nada adiantará um ACS muito preparado tecnicamente, mas que não possa desenvolver a contento suas atividades por não ter credibilidade na esfera da comunidade em que atua. Ele também deverá ser uma pessoa confiável, bem conceituada na comunidade, amena no trato, com acesso às residências, como se fosse alguém da própria família, servindo de elo entre a comunidade e as equipes técnicas de saúde da família. (BRASIL, 2002a, p. 9)

Ao fazer tantos elogios para o ACS, falando de sua “assombrosa relevância” não estará o MS fazendo uma demonstração do discurso hegemônico que procura reproduzir sujeitos acomodados, desesperançados e imersos no processo?

Se na imersão era puramente espectador do processo, na emersão descruza os braços e renuncia à expectativa e exige a ingerência. Já não se satisfaz em assistir. Quer participar. A sua participação, que implica numa tomada de consciência apenas e ainda numa conscientização – desenvolvimento da tomada de consciência – ameaça as elites detentoras de privilégios. (FREIRE, 2005, p. 63)

Desde a implantação do PACS, os ACS têm procurado se organizar na defesa de seus direitos e reconhecimento profissional e o que percebemos nessas falas, é consequência do que afirmamos outras vezes, estes sujeitos estão mais críticos, com consciência de si, com boa escolaridade e com a expansão da Saúde da Família “houve ampliação das aspirações do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas e sociais.” (BRASIL, 2004b, p. 15).

Este inconformismo dos ACS possibilitou que se organizassem e conseguissem o reconhecimento profissional através da publicação da Lei Federal 10.507/2002, revogada pela Lei 11.350/2006, citadas anteriormente.

Pelo que consultamos no Referencial Curricular (ANEXO A), desde a Etapa I o ACS deverá “aplicar instrumentos de planejamento com enfoque estratégico e de se situar como membro da equipe de saúde” (p. 22). Ainda, no mesmo referencial, o perfil de competências diz que o ACS deve “realizar, em conjunto com a equipe atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde.” (p. 24)

Nesse confronto de depoimento e referencial curricular, buscamos a apostila do curso para encontrar alguma coisa que nos desse um indicativo de como aconteceram e se houve orientações sobre o que seriam ações de planejamento e como devem ser executadas pelos agentes, qual a sua participação? Quais são as suas competências dentro da equipe?

As habilidades a serem desenvolvidas não têm o respaldo de conhecimentos que orientem especificamente para esta questão, o que entendemos como uma falha de conteúdo,

já que não encontramos nada substancial na apostila com orientações de como se faz a elaboração do planejamento e em que ações do ACS estejam presentes as atividades a ele relacionadas.

Dando sequência à análise geral das entrevistas, observamos que os ACS oferecem seu saber, desempenhando o papel de educador, ainda não desenvolvido nas aulas, mas que fazem de forma muito assertiva, como destacado nessa fala ainda na primeira entrevista, quando o aluno A8 diz que: *“A gente tem que ir ajudando a... no caso a mãe a se conscientizar do que ela deve fazer pro bem da criança, pra melhoria da família a ao todo ali, né.”* Vale dizer também, que não houve nenhum tema relacionado à educação em saúde, que estimulasse o ACS a se desenvolver como educador popular, conforme referimos no capítulo 3, no entanto, ressaltamos que mesmo assim, essa atividade é desempenhada, demonstrado nesta fala da terceira entrevista na primeira questão, quando o ACS A5 fala sobre promoção à saúde, fica claro o papel de educador: *“Mas o que a gente aprende a gente ensina [...] passar as informações, orientações pra eles, então acho eu, é um modo de prevenir, né, de alguma forma você ajudar eles”*. O que encontramos na literatura sobre o assunto, não vem dos documentos oficiais, mas é referido por pessoas que participaram do processo de regulamentação do ACS:

No momento da definição do perfil do ACS como um educador em saúde, pensava-se que a atuação desse contingente de pessoas, selecionado na própria comunidade tivesse sua ação restrita à informação das ações básicas de saúde. Passados dez anos, o resultado do trabalho dos ACS é retrato do envolvimento e relacionamento mais amplo, com as famílias por ele cuidadas, demonstrando que há na prática cotidiana do ACS, uma grande disposição, desprendimento e força de vontade de aprender tudo que lhe é ensinado, e de socializar todo o conhecimento aprendido com sua gente. (SOUSA, 2003, p. 54)

Esta descrição feita pela autora é confirmada na fala do mesmo A5, na última entrevista: *“A gente aprende pra poder ensinar, pra poder orientar de uma forma melhor.”* Podemos concluir, que o papel de educador é realizado no cotidiano dos ACS, mesmo sem o reconhecimento deste papel, a educação aparece em forma de orientações, categoria muito citada em todos os diálogos pela unanimidade dos ACS, que ajuda a fortalecer o vínculo que possuem com a comunidade, pois se sentem responsáveis pelas pessoas que atendem,

podendo trocar experiências, e falam da satisfação em poder ajudar, encaminhando ou eles mesmos, resolvendo problemas do dia a dia.

Muitas vezes, as atividades vão além do seu papel de agente de saúde, por terem muito em comum com a sua comunidade, acabam compartilhando problemas relacionados à moradia, falta de recursos, estrutura dos serviços de saúde, além de compartilharem questões pessoais das famílias servindo como psicólogo, assistente social, entre outros.

A violência é sentida na vida cotidiana e no mundo do trabalho, mesmo que os sujeitos envolvidos não percebam, de fato e a fundo, o sentido do mal que os aflige. Ou seja, a miséria, os salários de fome, o desemprego, a falta de empregos estáveis, a redução de direitos duramente conquistados, vai acompanhada de toda uma ideologia voltada para o *glamour*, o espetáculo de massa, o sucesso, a riqueza fácil e farta, cujo cimento é o sujeito fragmentado, isolado, desorganizado, posto numa roda-viva que não entende, que não domina e que considera impossível de mudar. (Pereira, 2008, p. 400).

Mesmo aqueles satisfeitos com seu trabalho, algumas dificuldades são citadas e se referem à limitação que sentem diante às dificuldades enfrentadas pelas famílias, as quais não conseguem resolver os problemas de relacionamento e de reconhecimento com a comunidade, aceitação das famílias, participação nas atividades propostas pelos ACS, perda da privacidade, dependência da comunidade, também não entendem como acontece a distribuição dos serviços oferecidos pelo SUS às famílias e falam que existem diferenças nos atendimentos prestados à população e que este deveria ser mais humanizado.

Ainda que fale sobre dificuldades, o ACS apresenta sugestões de como pode realizar seu trabalho com maior eficiência, tendo sempre a consciência de que precisa trabalhar em conjunto, e dar exemplos de ações que possam ser realizadas na comunidade, como a confecção de panfletos, campanhas de saúde, palestras, formação de grupos, reuniões em escolas, como se percebe na fala entusiasmada de A9, retirada da terceira entrevista: *“Vamos fazer alguma coisa, organizar um panfleto, organizar uma campanha, vamos sair, fazer visita, né... com relação a isso... não concentrar o trabalho só no trabalho curativo. Uma campanha, uma movimentação da nossa unidade lá, bem assim, que saia da nossa enfermeira, dos nossos médico lá, que digam... vamos organizar sei lá... um mutirão!”* Somente nesta fala, percebemos a demonstração do envolvimento e da vontade que o ACS

tem em organizar seu trabalho. Também deixa claro, que além de ter desenvolvido a competência do *saber-fazer* também internalizou o saber *saber*, incorporando os conceitos aprendidos e trazendo para a sua práxis.

A relação do ACS com a visita domiciliar, uma de suas principais práticas diárias, sendo considerada também como instrumento de trabalho, teve importante melhora, pela avaliação que observamos em todas as fases das entrevistas. Na primeira fase, os ACS se referiram que uma das metas que buscavam alcançar com o curso era melhorar a visita domiciliar. Meta essa que, segundo seus depoimentos foi alcançada, pelo que relataram em diversos momentos das demais fases, quando aparecem as afirmativas: “planejamento”, “organização” e “foco” para a visita domiciliar.

Depois de analisar o conjunto das questões, percebemos que o ACS parece não se sentir integrante de sua comunidade, o uso constante do pronome “*eles*” em quase todos os diálogos o desvinculam das pessoas com as quais trabalham. A impressão que fica quando se houve esse diálogo é de um distanciamento, nunca está perto, uma necessidade de não envolver-se, contrariando outras falas desses mesmos sujeitos, e até mesmo, o que seria desejável para sua função. Outra constatação, é a de que se sentem superiores às famílias da comunidade. Superioridade que pode advir do conhecimento sobre questões de saúde-doença, o que pode distingui-los dos demais, presente em várias falas, como por exemplo, nesta de A3: “[...] *as perguntas que eles fazem*”; na fala de A6: “*Eles ficam muita na espera*” e, na fala de A7: “*Sempre ta orientando eles, né.*”

É inegável a importância que este curso teve para os ACS sobre vários aspectos, pudemos identificar nos diálogos que houve alteração no estado desses sujeitos, tanto na apreensão de conceitos relacionados à saúde-doença, conhecimentos sobre o SUS e suas atividades profissionais, como para seu desenvolvimento pessoal. E à medida que as entrevistas aconteceram, percebemos os ACS sem medo de falar, os diálogos mais críticos, apontando dificuldades, propondo soluções, indicando caminhos e cobrando respostas às suas solicitações. Contudo, não podemos deixar de comentar as críticas importantes relacionadas a conteúdo, material e professores, mais especificamente sobre a dispersão, ficando um alerta para se rever o processo de ensino, no sentido de melhorar os resultados do aprendizado.

Este trabalho nos oportunizou refletir sobre o perfil do ACS, que está se transformando, como pudemos constatar na análise dos resultados. Esta reflexão, feita a partir

dos dados coletados em campo e confrontado com os documentos do MS, que deliberam sobre os requisitos do ACS, junto com alguns estudos de outros autores sobre este sujeito, mostraram-nos um quadro atípico, uma realidade que não condiz com a teoria, oportunizando assim, desafios para os demais integrantes da equipe de saúde. Como por exemplo, o enfermeiro, que atualmente é o profissional responsável pela formação do ACS, pode enfrentar esta realidade? Qual a influência da mudança do perfil do ACS na equipe de saúde? São questões que devemos refletir.

O que não tem mudado muito é a questão do desconhecimento da profissão, pois desde o seu início, as pessoas escolhidas para trabalharem como ACS eram pessoas com alguma dificuldade financeira e que nem tinham ideia do que era ser ACS. Nesta pesquisa, o motivo da procura pelo trabalho de ACS não é diferente, pelo que relataram, ou seja, aqueles que estavam sem emprego e que encontraram nesta atividade, uma oportunidade de trabalho, mas sem qualquer menção à vocação ou inclinação. O que se pode considerar, é que depois que começam nesta atividade, aprendem a gostar do que fazem, fato referido pela unanimidade dos entrevistados.

Temos conhecimento que o MS tem muitos desafios frente às modificações encontradas no perfil do ACS, as quais requerem uma adequação e uma nova postura de toda a equipe, já que o ACS é visto como um profissional de relevada importância e em franca transformação, também está mais exigente.

Entendemos que as modificações encontradas nesta pesquisa, também refletem em sua ação na comunidade, no entanto, esse é outro estudo, que sugerimos, deva ser discutido oportunamente. O que podemos considerar, é que o ACS deve receber uma formação que possa instrumentalizá-lo a uma práxis pedagógica que atenda aos interesses da comunidade e da equipe de saúde na qual está inserido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. Trad. Alfredo Bosi. 2 ed. São Paulo, Editora Martins Fontes, 1998.

ABEN. Atividade: *Consulta Pública promovida pelo Ministério da Saúde – DEGES/ SEGETS*. Disponível em: <www.abennacional.org.br/.../Consideracoes_ABEn_Consulta_Publica_ACS.Qualificacao.doc>. Acesso em: 11 nov. 2009.

ALMEIDA, Luciana Pavanelli von Gal de and FERRAZ, Clarice Aparecida. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.61, n.1, pp. 31-35. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672008000100005.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. *O programa de agentes comunitário no Ceará: o caso de uruburetama*. Artigo, 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1318 acesso em 21 maio 2010.

BAGNATO, Helena Salgado. Fazendo uma travessia: em pauta a formação dos profissionais da área da saúde. In: BAGNATO, Helena Salgado, COCCO, Maria Inês Monteiro, SORDI, Mara Regina Lemes de (org). *Educação, Saúde e Trabalho: antigos problemas, novos contextos outros olhares*. Campinas, SP, Editora Alínea, 1999.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O direito à saúde no Brasil. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio (org). *Textos de apoio em Políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

BARCELLOS, Chistovam; ROJAS, Luiza Iñgues. *O território e a vigilância em saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *O território e a vigilância em saúde*. Unidade I, módulo 3. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Edição revista e actualizada. São Paulo, Editora 70, 2002.

BARREIRO, Julio. *Educação popular e conscientização*. Porto Alegre, Sulina, 2000.

BARROS, Daniela França de. *Avaliação da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil*. Brasília, 2006. Dissertação. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/2184>>. Acesso em: 10 jun. 2010

BONETI, Lindomar Wessler. *Políticas Públicas por Dentro*. 2 ed. Ijuí, RS, Editora Unijuí, 2007.

CARRARO, T.E.; WESTPHALEN, M.E.A. *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios*. Goiânia, Editora AB, 2001.

CARVALHO Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e Educação em Saúde. In: Gastão Wagner de Sousa campos et AL. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CORBO, Anamaria D'Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria G.C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005, p. 157-181.

CORTELLA, Mario Sergio. *A escola e o conhecimento: fundamentos epistemológicos e políticos*. São Paulo, Editora Cortez, 2002.

DELUIZ, Neize. O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. Boletim Técnico Senac Volume 27 - Número 3 - Setembro / Dezembro 2001. Disponível em <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 13 fev. 2011.

DUARTE, Lúcia Rondelo; SILVA, Débora Schimming Jardini Rodrigues da; CARDOSO, Sandra Helena. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, Dec. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Aug. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832007000300004

EFOS NEWS. *Método de Ensino Prioriza Conhecimento Coletivo*. São José, SC, ano 1, n. 1, p. 9-10, nov.2008.

EFOS. *Apostila para o curso de formação inicial do agente comunitário de saúde*. Módulo I. Unidade temática I. São José, SC, 2010

EFOS. *Apostila para o curso de formação inicial do agente comunitário de saúde*. Módulo I. Unidade temática II. São José, SC, 2010

EFOS. *Histórico*. Disponível em: <<http://efos.saude.sc.gov.br/portal/sobrenos.php>> acesso em: 03 maio 2010.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. *Ensinando a cuidar em Saúde Pública*. São Caetano do Sul, SP, Editora Yendis, 2005.

FILHO, Claudio Bertolli. *História da Saúde Pública no Brasil*. 4ª Ed. São Paulo, Editora Ática, 2004.

FREIRE, Paulo. *Conscientização*. 3 ed. São Paulo, Editora Moraes Ltda, 1980.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, Editora Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 28 edição. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 2005.

GABARRON, Luis R; LANDA, Libertad Hernandez. O que é pesquisa participante. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues.(org.) *Pesquisa Participante: o saber da partilha*. Aparecida, SP, Ed. Idéias e Letras, 2006.

GIOVANELLA, Ligia et al . *Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Aug. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000300014.

GOMES, Karine de Oliveira et al . A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, dez. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 fev. 2010. doi: 10.1590/S0104-12902009000400017.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Maria Cristina Marino. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em: 26 abr. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000800008.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. *Dicionário básico de filosofia*. 3 ed. Rio de Janeiro, Editora Jorge Zahar, 1996.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. *O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura*. Rev.

Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, Dec. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692006000600019&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Nov. 2009. doi: 10.1590/S0104-11692006000600019.

KUENZER, Acacia Zeneida. *Pedagogia da Fabrica*. São Paulo, Editora Cortez, 1995.

KUENZER, Acacia Zeneida. *Competência Como Práxis : Os Dilemas da Relação entre Teoria e Prática ea Educação eos Trabalhadores*. Boletim Técnico do Senac, Rio de Janeiro: v. 29, n. 1, p. 16-27, jan./abr., 2003. Disponível em: <<http://www.senac.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

LESSA, Sérgio. *Trabalho e sujeito revolucionário: a classe operária*. In: MATTA, G.C. (org). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

LIMA, Idelmina Lopes de (Coord.). *Manual do técnico e auxiliar de enfermagem*. Goiânia, Editora AB, 2000.

LIMA, Jacob Carlos; MOURA, Maria Carmo. *Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba*. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan.-abr. 2005.

LIMA, Jacob Carlos; COCKELL, Fernanda Flávia. *As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde*. *Trab. Educ. e Saúde*, v.6n. 3.p. 481-502, Nov.2008/fev. 2009.

MARQUES, Cláudia M. Silva; PADILHA, Estela Maura. *Contexto e Perspectivas da formação do agente comunitário de Saúde*. Rio de Janeiro. v. 2, n. 2, p. 345 - 365, 2004. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/pesquisa/bbe-online/det.asp?cod=61269&type=P>. Acesso em: 13 set. 2009.

MASSAROLI, Aline. SAUPE, Rosita . *Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no Processo de Trabalho em Saúde*. Itajaí, SC, 2007-2008. Disponível em <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2010.

MELO E.C.P., CUNHA FTS e TONINI T. Políticas de Saúde Pública. *In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida (org). Ensinando a cuidar em Saúde Pública*. São Caetano do Sul, SP. Editora Yendis, 2005.

MENDES, Vitor Hugo. *Sujeito, subjetividade e educação: as bases do discurso pedagógico moderno*. Artigo. Lages, SC, UNIPLAC, 2006.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. *Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária*. Trab. Educ. e Saúde, v.2 n.p. 353-365, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza(ORG.). *Pesquisa social : teoria, método e criatividade*. 6 ed. São Paulo, Editora Vozes, 1996.

MINAYO, Maria Cecília S. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

MOTTA, José Inácio Jardim. Escola Nacional de Saúde Pública/MS. Florianópolis, 2004. Disponível em www.saude.sc.gov.br/gestores/oficina.../FLORIPA.PPT Acesso em 12 fev. 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. *O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional*. Trabalho, educação e saúde, v. 5 n. 2, p. 261-280, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/beb/periodicos/mfn6815>. Acesso em: 5 mar.2010.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; CORREA, Carlos Roberto da Silveira. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, June 2008 . Available from

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600011&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Aug. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2008000600011.

NOGUEIRA, R.; RAMOS, Z.V.O. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. [Texto para discussão 735]. 2000. 33p. Disponível em: <www.interface.org.br/revista10/debates1.pdf> Acesso em: 10 dez. 2009.

PEREIRA, Isabel Brasil & RAMOS, Marise Nogueira. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, Izabel Brasil. Políticas de saúde e formação do trabalhador. *In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005, p. 117-142.

PEREIRA, Isabel Brasil. *A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade*. *In: Matta, Gustavo Corrêa; Lima, Júlio César França. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.393-420.

RAMOS, Marise Nogueira. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo, Editora Cortez, 2001.

RET-SUS. Rede de Escolas Técnicas do SUS. Disponível em: <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=RETSUS>>. Acesso em: 11 nov.2009.

REVISTA CATARINENSE DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Ano I, nº 1, ano 2009. Publicação on-line disponível em: www.saude.sc.gov.br. Acesso em: 15 maio 2010.

SANTANA, José Paranaguá de; CHRISTÓFARO, CÓRDOVA, Maria Auxiliadora. *Educação, Trabalho e Formação Profissional em Saúde*. Brasília, 2006. Disponível em:

<http://www.nesp.unb.br/polrhs/Temas/edc_trab_form_prof_em_saude2.htm> Acesso em: 21 jul. 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa . Para uma Sociologia das Ausências e uma Sociologia das Emergências, in BARREIRA, César (Ed.), *Sociologia e Conhecimento além das Fronteiras*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2006.

SANTOS, Karina Tonini, et al. Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigo_int.php?id_artigo=2104 > . Acesso em: 11 maio 2010.

SANTOS, Milton. *Pobreza Urbana*. 3 ed. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

SAVIANI, Demerval. *Escola e Democracia*. 37 ed. Campinas, SP, Autores associados, 2005.

SILVA, Joana Azevedo da. DALMASO, A.S.W. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 6, n. 10, fev. 2002 a. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 jan. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832002000100007

SILVA, et al. *Formação técnica do agente comunitário de saúde: desafios e conquistas da escola técnica de saúde do Tocantins*. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 609-621, nov.2009/fev.2010. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/include/mostrarpdf.cfm?Num=279>>. Acesso em: 21 nov. 2010.

SORDI, Mara Regina Lemes De; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, Apr. 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Mar. 2011. doi: 10.1590/S0104-11691998000200012.

SOUSA, Maria Fátima de. *Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo*. 2º ed. São Paulo, Hucitec, 2003.

SOUSA, Maria de Fátima de. *A Cor-Agem do PSF*. 2º ed. São Paulo, Hucitec, 2003b.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. *Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?* Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2010 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Aug. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000800002.

TAKEI, Álvaro. *Qualificação X Capacitação*. 2009. Disponível em: <<http://www.brasiliano.com.br/blog/?p=2271>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

TOMAZ, José Batista Cisne. *O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói*. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-94, fev 2002.

VIEIRA, Genésio Vilmar. *A percepção do usuário do sistema único de saúde (SUS) sobre o Programa de agentes comunitários de saúde (PACS) em Papanduva- SC*. Dissertação de mestrado. UnC Canoinhas, 2009. Disponível em: <http://www.cni.unc.br/unc2009/editais/arquivos/mestrado_dissertacoes/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Gen%C3%A9sio_Vilmar_Vieira.pdf> Acesso em: 17 jan. 2010.

WESTPHAL, Marcia Faria. *Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças*. In: CAMPOS et al. Tratado de Saúde Coletiva . São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DOCUMENTOS OFICIAIS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Proposta de Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde*. Subsídios para discussão. Brasília, DF, 2004.. Disponível em: <<http://www.bvseps.epsjv.fiocruz.br/html/pt/PropostaReg.ACS.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2009.

_____. *Atenção Básica – acompanhamento e avaliação*. Disponível em: http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=384&Itemid=345>. Acesso em: 15 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. (Série C. projetos, programas e relatórios). Brasília – DF, 2004 a.

_____. Ministério da Saúde. *Referencial curricular para o curso técnico em agente comunitário de saúde: área profissional saúde*. (série normas e manuais técnicos). Brasília, 2004 b.

_____. Lei nº 10.507, 10 jul. 2002. *Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jul. 2002.

_____. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4.^a edição. Brasília – DF. 2007. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/8/0/108-politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2010.

_____. *Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html>. Acesso em: 05 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde . Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. *Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da saúde. Resolução n. 335 de 27 de novembro de 2003. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: *Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica(Série A. Normas e Manuais Técnicos)*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. *Projeto do Monitoramento da Implantação e do Funcionamento da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina*, abril, 2008, Disponível em:< www.saude.sc.gov.br >. Acesso em: 21 maio 2010.

SANTA CATARINA. *Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina de 2005*. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/PDR/PDR_Completo_30_SDRs_2005.pdf>. Acesso em: 15 maio 2010.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Lei Orgânica de Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990. In: SUS – *Sistema Único de saúde: Legislação Básica*. 2ª Ed. Florianópolis: SES, 2002.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. Projeto do Monitoramento da Implantação e do Funcionamento da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina. Florianópolis, 2008. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br>. Acesso: em 19 maio 2010.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
 PROGRAMA DE MESTRADO

PERFIL AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE MATRICULADOS NO CURSO DE
 FORMAÇÃO DE ACS EM SANTA CECÍLIA E SÃO CRISTÓVÃO DO SUL - SC

IDENTIFICAÇÃO: _____

IDADE _____

ESTADO CIVIL: _____

FILHOS? _____

RENDA FAMILIAR MÉDIA: _____

MORADIA:

() Própria

() Alugada

() Familiar

MORA NA MESMA MICRO-ÁREA ONDE ATUA?

() sim () não

SOBRE O TRABALHO:

1. Em sua experiência como ACS até hoje, o que você entende que sejam as suas atribuições?
 Descreva:

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1. O que você entende por ações de prevenção de doenças e agravos?
2. O que você entende por ações de promoção à saúde?
3. O que você entende por ações de planejamento e gestão do trabalho?
4. Você se articula ou participa de articulações com entidades, associações, sociedades, etc., para organizar discussões e propor soluções para os problemas de saúde das famílias e comunidade que você atende?
5. O que você conhece como princípios do SUS? Fale sobre algum deles.
6. Quando ocorrem problemas no seu trabalho a quem você recorre mais frequentemente?
7. Indique as principais dificuldades que você enfrenta para realizar o seu trabalho de ACS.
8. Indique, duas medidas que, na sua opinião, contribuiriam para melhorar o trabalho do ACS.
9. Você é procurado pelas pessoas e famílias do bairro para resolver problemas fora do seu horário de trabalho? Como você resolve isso?
10. O fato de você conhecer previamente as pessoas e famílias da sua micro-área ajuda no seu trabalho?
11. O que você pensa sobre morar na mesma micro área onde você atua?
12. Na sua opinião, qual a importância do seu trabalho como ACS?
13. Você sente necessidade de aprender algo que pudesse melhorar sua prática profissional?
14. Você se sente preparado para realizar o seu trabalho?

15. Quais são as suas expectativas com este curso de formação?
16. Você recebeu algum outro curso ou capacitação para realizar seu trabalho?
17. Coloque aqui as suas observações que você acha que não foram contempladas nas questões acima e que são importantes para você.

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

Av. Castelo Branco, 170 -CEP 88.509-900 –Lages - SC - Cx. P. 525 - Fone/Fax (0XX49)
3251-1022

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da 1ª etapa desta pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo proposto, assine no final deste documento, que está em duas vias; uma delas é sua e a outra é dos pesquisadores responsáveis.

Informações sobre a pesquisa:

Título da pesquisa: Educação Profissional em saúde: A Formação do Agente Comunitário em Santa Cecília e São Cristóvão Do Sul – SC

Pesquisadora: Cássia Aparecida Fogaça

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Pinto de Almeida

Objetivos e Procedimentos da Pesquisa:

Esta pesquisa intitulada *Impacto na Formação oferecida pela EFOS ao ACS sobre sua prática profissional* é realizada pela UNIPLAC através de seu Programa de Pós-graduação em Educação. Nesta primeira etapa, solicitamos sua participação para que possamos compreender melhor seu ingresso no processo de formação e as aprendizagens dele decorrentes. Esta é a primeira etapa da pesquisa, que realizaremos em 2010. Nesta primeira etapa, utilizaremos questionários, seguidos de entrevistas abertas com a técnica de Grupo Focal (com gravação do diálogo).

As informações serão restritas ao estudo e divulgação científica e/ou formação de profissionais.

No que consiste a participação:

Em que o participante disponha-se a responder questionário, que será aplicado em três etapas, sendo uma no início do curso, outra no meio e outra no final, para dialogar sobre questões que estão relacionadas ao objetivo exposto acima. Tendo em vista a garantia da fidelidade na fala do entrevistado a entrevista será gravada e depois transcrita, será apresentada ao entrevistado para possíveis alterações que este julgar necessárias.

Implicações para quem participa:

O colaborador contribuirá com a sua informação para a composição do trabalho de pesquisa. Considerando que o grupo de pesquisa pretende contribuir para o processo de formação inicial do ACS. As informações obtidas pela colaboração dos sujeitos entrevistados comporão o referencial de análise e de construção das conclusões finais, e, neste caso, são relevantes para qualificar o resultado do trabalho.

Outros esclarecimentos:

- O participante tem o direito de exigir sigilo de alguma informação que não gostaria que fosse divulgada;
- O participante pode a qualquer momento solicitar a retirada do consentimento e, neste caso, a entrevista não será utilizada no processo de pesquisa, assim como do Grupo focal;
- O participante terá sua identidade não revelada no trabalho.

Pesquisadora
Cássia Aparecida Fogaça

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu,.....abaixo-assinado declaro que fui esclarecido pelos pesquisadores, sobre os objetivos e procedimentos do estudo e as implicações decorrentes de minha participação. Foi-me igualmente garantido que a qualquer momento, posso retirar o meu consentimento sem que isto resulte em qualquer penalidade ou ônus para mim. Assim sendo, de acordo com a finalidade da presente pesquisa, autorizo os pesquisadores a utilizar os depoimentos para produções decorrentes da investigação.

_____ / _____ / _____

Assinatura do Sujeito Participante

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

Av. Castelo Branco, 170 -CEP 88.509-900 –Lages - SC - Cx. P. 525 - Fone/Fax (0XX49)
3251-1022

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidado a participar da 2ª etapa desta pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo proposto, assine no final deste documento, que está em duas vias; uma delas é sua e a outra é dos pesquisadores responsáveis.

Informações sobre a pesquisa:

Título da pesquisa: Educação Profissional em saúde: A Formação do Agente Comunitário em Santa Cecília e São Cristóvão Do Sul – SC

Pesquisadora: Cássia Aparecida Fogaça

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Pinto de Almeida

Objetivos e Procedimentos da Pesquisa:

Esta pesquisa intitulada *Impacto na Formação oferecida pela EFOS ao ACS sobre sua prática profissional* é realizada pela UNIPLAC através de seu Programa de Pós-graduação em Educação. Nesta segunda etapa, solicitamos sua participação para que possamos compreender melhor seu processo de formação e as aprendizagens dele decorrentes. Esta é a segunda etapa da pesquisa, que realizaremos em 2010. Nesta segunda etapa, utilizaremos de entrevistas com grupo focal

As informações serão restritas ao estudo e divulgação científica e/ou formação de profissionais.

No que consiste a participação:

Em que o participante disponha-se a responder questionário,que será aplicado em três etapas, sendo uma no início do curso, outra no meio e outra no final, para dialogar sobre questões que estão relacionadas ao objetivo exposto acima. Tendo em vista a garantia da fidelidade na fala do entrevistado a entrevista será gravada e depois transcrita, será apresentada ao entrevistado para possíveis alterações que este julgar necessárias.

Implicações para quem participa:

O colaborador contribuirá com a sua informação para a composição do trabalho de pesquisa. Considerando que o grupo de pesquisa pretende contribuir para o processo de formação inicial do ACS. As informações obtidas pela colaboração dos sujeitos entrevistados comporão o referencial de análise e de construção das conclusões finais, e, neste caso, são relevantes para qualificar o resultado do trabalho.

Outros esclarecimentos:

- O participante tem o direito de exigir sigilo de alguma informação que não gostaria que fosse divulgada;
- O participante pode a qualquer momento solicitar a retirada do consentimento e, neste caso, a entrevista não será utilizada no processo de pesquisa, assim como do Grupo focal;
- O participante terá sua identidade não revelada no trabalho.

Pesquisadora
Cássia Aparecida Fogaça

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu,.....abaixo-assinado declaro que fui esclarecido pelos pesquisadores, sobre os objetivos e procedimentos do estudo e as implicações decorrentes de minha participação. Foi-me igualmente garantido que a qualquer momento, posso retirar o meu consentimento sem que isto resulte em qualquer penalidade ou ônus para mim. Assim sendo, de acordo com a finalidade da presente pesquisa, autorizo os pesquisadores a utilizar os depoimentos para produções decorrentes da investigação.

_____ / _____ / _____

Assinatura do Sujeito Participante

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

Av. Castelo Branco, 170 -CEP 88.509-900 –Lages - SC - Cx. P. 525 - Fone/Fax (0XX49) 3251-1022

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidado a participar da terceira e última etapa desta pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a continuar fazendo parte do estudo proposto, assine no final deste documento, que está em duas vias; uma delas é sua e a outra é dos pesquisadores responsáveis.

Informações sobre a pesquisa:

Título da pesquisa: Educação Profissional em saúde: A Formação do Agente Comunitário em Santa Cecília e São Cristóvão Do Sul – SC

Pesquisadora: Cássia Aparecida Fogaça

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Pinto de Almeida

Objetivos e Procedimentos da Pesquisa:

Esta pesquisa intitulada *Impacto na Formação oferecida pela EFOS ao ACS sobre sua prática profissional* é realizada pela UNIPLAC através de seu Programa de Pós-graduação em Educação. Nesta terceira etapa, solicitamos sua participação para que possamos compreender melhor seu processo de formação e as aprendizagens dele decorrentes. Esta é a terceira etapa da pesquisa, que realizaremos em agosto de 2010. Nesta terceira etapa, utilizaremos de entrevistas com grupo focal, gravadas e depois transcritas para análise.

As informações serão restritas ao estudo e divulgação científica e/ou formação de profissionais.

No que consiste a participação:

Em que o participante disponha-se a responder o questionário, que será aplicado em três etapas, sendo uma no início do curso, outra no meio e outra no final, para dialogar sobre questões que estão relacionadas ao objetivo exposto acima. Tendo em vista a garantia da fidelidade na fala do entrevistado a entrevista será gravada e depois transcrita, será apresentada ao entrevistado para possíveis alterações que este julgar necessárias.

Implicações para quem participa:

O colaborador contribuirá com a sua informação para a composição do trabalho de pesquisa. Considerando que o grupo de pesquisa pretende contribuir para o processo de formação inicial do ACS. As informações obtidas pela colaboração dos sujeitos entrevistados comporão o referencial de análise e de construção das conclusões finais, e, neste caso, são relevantes para qualificar o resultado do trabalho.

Outros esclarecimentos:

- O participante tem o direito de exigir sigilo de alguma informação que não gostaria que fosse divulgada;
- O participante pode a qualquer momento solicitar a retirada do consentimento e, neste caso, a entrevista não será utilizada no processo de pesquisa, assim como do Grupo focal;
- O participante terá sua identidade não revelada no trabalho.

Pesquisadora
Cássia Aparecida Fogaça

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu,.....abaixo-assinado declaro que fui esclarecido pelos pesquisadores, sobre os objetivos e procedimentos do estudo e as implicações decorrentes de minha participação. Foi-me igualmente garantido que a qualquer momento, posso retirar o meu consentimento sem que isto resulte em qualquer penalidade ou ônus para mim. Assim sendo, de acordo com a finalidade da presente pesquisa, autorizo os pesquisadores a utilizar os depoimentos para produções decorrentes da investigação.

_____ / _____ / _____

Assinatura do Sujeito Participante

APÊNDICE F



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

Av. Castelo Branco, 170 -CEP 88.509-900 –Lages - SC - Cx. P. 525 - Fone/Fax (0XX49)
3251-1022

Para: Sra. Leni Granzotto – Diretora EFOS - SC

Vimos através desta, solicitar a autorização para o desenvolvimento de uma pesquisa que deverá ser realizada durante o processo de formação dos Agentes Comunitários de Saúde realizado pela EFOS. Esta pesquisa servirá como base para a construção da dissertação de Mestrado em Educação e deverá ser realizada em três etapas do processo de formação: início, meio e final do processo com questionários a serem respondidos pelos ACS que desejem participar da pesquisa, através de Termo de consentimento livre e esclarecido.

Informações sobre a pesquisa:

Título da pesquisa: Educação Profissional em saúde: A Formação do Agente Comunitário em Santa Cecília e São Cristóvão Do Sul – SC

Pesquisadora: Cássia Aparecida Fogaça

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes Pinto de Almeida

Objetivos e Procedimentos da Pesquisa:

Esta pesquisa intitulada *Impacto na Formação oferecida pela EFOS ao ACS sobre sua prática profissional* é realizada pela UNIPLAC através de seu Programa de Pós-graduação em Educação. As informações serão restritas ao estudo e divulgação científica e/ou formação de profissionais.

Enviamos o presente termo em duas vias, sendo que uma deverá ser devolvida assinada para posterior anexo ao trabalho final. Juntamente enviamos projeto da pesquisa.

Atenciosamente,

Cássia Aparecida Fogaça - Mestranda

Prof^ª. Dra. Maria de Lourdes Pinto de Almeida - Orientadora

ANEXO A