

Ana Paula Tognotti

REPENSANDO NA PRÁTICA A FORMAÇÃO TÉCNICA
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Curso de Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo
2010

Ana Paula Tognotti

REPENSANDO NA PRÁTICA A FORMAÇÃO TÉCNICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso como
exigência parcial para a graduação no
curso de Psicologia, sob orientação da
Profa. Dra Renata Paparelli

Curso de Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

São Paulo

2010

TOGNOTTI, Ana Paula: **Repensando na prática a formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde**

Resumo

O presente trabalho trata da formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde. Inseridos no Programa de Saúde da Família, estes profissionais tem atribuições que transcendem o tradicional campo da saúde definido pela Organização Mundial da Saúde. Sua principal função é ser o elo de ligação entre a comunidade/famílias com a Unidade Básica de Saúde (UBS). O objetivo desta pesquisa é investigar os possíveis distanciamentos entre a prática deste profissional e a formação teórica postulada pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo . Foram entrevistados dois Agentes Comunitários de Saúde na cidade de São Paulo. Após a coleta de dados e análise, as considerações finais apontam para um distanciamento entre a prática cotidiana e a formação fornecida atualmente.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; formação técnica; prática profissional

Sumário

<u>CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....</u>	5
1.1 OBJETIVO	6
1.2 JUSTIFICATIVA	7
1.2.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	7
1.2.2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	8
1.2.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ATRIBUIÇÕES E PAPÉIS DENTRO DA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	9
1.2.4 A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	10
1.2.5 A FORMAÇÃO TÉCNICA X ATUAÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	12
1.3 CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	
MÓDULO I – AS PRÁTICAS DA SAÚDE E O SUS – CONSTRUINDO ALICERCES PARA TRANSFORMAR.	15
UNIDADE I: RELAÇÃO SAÚDE E SOCIEDADE – INSTRUMENTALIZANDO PARA A PRÁTICA	15
UNIDADE II: NOVAS PRÁTICAS: RESSIGNIFICANDO AS NECESSIDADES EM SAÚDE	18
UNIDADE III: VIGILÂNCIA EM SAÚDE: UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO	25
UNIDADE IV: GESTÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE.....	28
1.4 UMA BREVE ANÁLISE SOBRE O MÓDULO I DA HABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	30
<u>CAPÍTULO II – MÉTODO</u>	32
2.1 AS ENTREVISTAS.....	33
2.2 CUIDADOS ÉTICOS	34
<u>CAPÍTULO III – ENTREVISTAS: SER ACS SEGUNDO FÁTIMA E LOURDES</u>	36
ENTREVISTA COM FÁTIMA – “VOCÊ É AGENTE COMUNITÁRIO 24 HORAS POR DIA”	37
ENTREVISTA COM LOURDES – “O AGENTE COMUNITÁRIO É PAU PARA TODA OBRA”	46
<u>CAPÍTULO IV – ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	56
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	61
<u>ANEXOS.....</u>	64
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65

Capítulo I - Introdução

O presente trabalho trata da formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde.

Inseridos no Programa de Saúde da Família, estes profissionais tem atribuições que transcendem o tradicional campo da saúde. Sua principal função é fornecer o elo de ligação entre a comunidade/famílias com a Unidade Básica de Saúde (UBS). O profissional cumpre esta tarefa através de atribuições diversas, como visitas domiciliares e agendamento de consultas.

Além disso, é responsável por fornecer conhecimentos sobre ações sanitárias e meio ambiente para melhorar as condições de vida daqueles que atende. Orientando sobre moléstias endêmicas e epidêmicas tais como tuberculose, hanseníase e dengue, entre outras.

O ACS age para que os usuários dos serviços prestados pela UBS tenham maior autonomia quanto aos cuidados da sua própria saúde, e que adquiram maiores responsabilidades frente aos assuntos da comunidade.

Para tanto, é preciso que este profissional adquira conhecimentos para atuar com qualidade. O modelo de formação de ACS adotado neste trabalho é o proposto pela Habilitação Profissional de Técnico Agente Comunitário de Saúde, proposto pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, elaborado em 2004, com o título “Referencial Curricular Para Agente Comunitário De Saúde”, para obter dados sobre vários aspectos pesquisados sobre os ACSs.

Acredita-se que para avaliar um curso de formação, é preciso ouvir os próprios ACS, questioná-los sobre as eficiências ou insuficiências dos conhecimentos transmitidos.

A seguir, foram esclarecidos alguns temas abordados nesta introdução, a relevância do problema, objetivo e método de pesquisa.

1.1 Objetivo

Por esta discrepância entre formação e atuação profissional descrita acima, o presente trabalho pretende investigar, com os próprios ACS, uma possível transformação na formação técnica destes trabalhadores.

Através do contato com os próprios profissionais inseridos na área, acredita-se que eles próprios possam contribuir para uma formação que atenda realmente a suas necessidades cotidianas, pois se pressupõe que são eles que estão mais habilitados para oferecerem subsídios para sua formação

O objetivo deste trabalho é, portanto, investigar com os próprios ACS a sua formação técnica.

Acredita-se que é importante perguntar aos próprios profissionais quanto a sua formação, para assim fazer um contraponto entre teoria e prática, diminuindo a distância entre elas, contribuindo para uma formação que repercuta em um trabalho mais satisfatório tanto para os ACS quanto para os que são atendidos.

1.2 Justificativa

1.2.1 Atenção Básica em Saúde

A atenção básica em saúde diz respeito a nova definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), não sendo considerada apenas como a não presença de doença. Sendo vista deste novo prisma há:

“Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.”

(http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php)

No cenário descrito acima, há a priorização da promoção em saúde sobre as ações curativas, quando há a manifestação da doença. Ações são definidas como abrangentes, significando a inserção de múltiplas áreas no quesito saúde.

Ainda, a Atenção Básica em Saúde considera individualidades, características da história singular de cada indivíduo, buscando inseri-lo e torná-lo protagonista do rumo de sua própria vida. O DAB (Departamento de Atenção Básica) incentiva a participação ativa dos usuários na construção de um novo conceito em saúde, que possa abranger e atender realmente a

necessidade da população, buscando entender a complexidade e o movimento de constante transformação da sociedade.

Partindo deste pressuposto, valida-se ainda mais a importância da participação dos ACSs em sua própria formação, pois o novo conceito em saúde proposto pela OMS acredita e preza pela participação dos indivíduos na construção de projetos, realidades que possam abarcar suas necessidades.

A seguir, há o detalhamento do PSF, uma das estratégias adotadas pelo DAB, para levar a saúde integral para mais perto das famílias, preconizando a participação delas no constante melhoramento das práticas desta área.

1.2.2 O Programa de Saúde da Família (PSF)

Para compreender o PSF, é preciso conhecer brevemente sua história no Brasil.

Implantado em 1994, serviu como ferramenta para a viabilização do conceito de atenção básica, proposto pelo Ministério da Saúde, tendo como princípios integralidade, qualidade, equidade e participação social. (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>)

O programa conta com o atendimento de famílias cadastradas e residentes na área delimitada, feito tanto nas próprias UBSs quanto em seus domicílios, com objetivo de não só tratar doenças, mas também de atuar na intenção de prevenir e promover a saúde dessa população, que participa ativamente no sentido de possuir responsabilidades para a concretização do projeto. São características do projeto:

“(...) um atendimento mais humano e integral, questões essenciais para a eficiência do PSF. Essas características diferenciam do modelo anterior centrado na cura da doença e na distância entre usuários e profissionais dos serviços de saúde e exigem uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe de modo a permitir uma atenção mais ampla e integral (...)” (Ministério da Saúde, 2000 apud Silva, 2004 p.49)

O modelo proposto para o PSF, portanto, se baseia na idéia de se ir lentamente substituindo o tradicional modelo de atenção a saúde como a cura de doenças para aquele que atende os princípios propostos pelo Ministério da Saúde, fazendo com que haja a conscientização sobre a prevenção e promoção em saúde, contando com a participação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Cada equipe do PSF conta com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde. O psicólogo, assim como o assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da Educação Física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra foram incluídos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008. (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>).

1.2.3 O Agente Comunitário de Saúde: Atribuições e papéis dentro da equipe do Programa de Saúde da Família

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui atribuições que transcendem o que é tradicionalmente reconhecido como parte do campo da saúde, tendo como referência a cura de doenças. Estes profissionais utilizam ferramentas que previnem adoecimentos e melhoram a qualidade de vida da comunidade atendida. Ele também é responsável pela articulação entre unidade básica de saúde e famílias, tendo por função principal garantir o elo fundamental do PSF.

Para tanto, este profissional necessita estar habilitado para desenvolver diversas tarefas que possam dar subsídios para executar seu trabalho com presteza.

Entre as competências necessárias, encontra-se o saber técnico: o atendimento as famílias cadastradas, mapeamento das áreas de risco, identificação de doenças prevalentes, transmissão de saberes quanto à saúde de bebês e crianças, apoiar ações de alfabetização, orientar as famílias sobre

prevenção de acidentes domésticos, entre outras informações. (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2004, p.29)

Mas, para ser ACS, outro fator se faz presente: a motivação de transformar sua própria comunidade, no sentido de promover ações que sejam acatadas pelos usuários, para assim garantir mudanças que possam conscientizar a população sobre medidas que favoreçam na melhora da qualidade de vida.

As atribuições do ACS demandam um contato extremamente próximo com os moradores da comunidade atendida pela UBS em que trabalha. Faz visitas pelo menos mensais às casas dos usuários, conhecimento sobre os hábitos de todos os membros da família e acompanhamento de processos de adoecimento são apenas algumas ações que este profissional desempenha.

O trabalho em si parece estimular o vínculo entre o ACS e os usuários atendidos por ele. Conhecer em profundidade a comunidade assistida demanda certo tipo de relacionamento, mesmo para que as famílias possam abrir a porta de seus lares para o profissional executar seu trabalho.

Esta relação mais próxima com os usuários do serviço requer uma preparação para lidar com os obstáculos que esta relação pode acarretar, pois constantemente o ACS irá se deparar com pacientes enfermos, e por ter esta relação mais estreita, poderá não estar apto para administrar tal sofrimento.

1.2.4 A Formação dos Agentes Comunitários de Saúde

Foi feita uma revisão bibliográfica para realizar o presente trabalho. O número de publicações com o tema “formação para ACS” são escassos. Em um artigo onde há a revisão bibliográfica de publicações que tangem ACS, poucos foram os documentos encontrados sobre os ACS. (Bornstein & Stotz, 2008).

Entre as publicações pesquisadas, não foram encontradas muitas diferenças referentes ao tipo de formação ideal para este profissional em questão. Todos os autores pesquisados citam a importância de uma qualificação profissional que seja capaz de abranger todas as áreas incumbidas no papel do ACS, pois é extensa a variedade de contextos

descritos em suas atribuições (Silva & Dalmaso, 2002). Para isso, é preciso que haja uma educação capaz de envolver o saber técnico, necessário para a atuação do ACS, com os saberes políticos, aqueles reservados às ações de melhoria da qualidade de vida da população atendida.

Silva & Dalmaso (2002) fazem referência a esses saberes:

“ 2 componentes ou dimensões principais da sua proposta (ACS) de atuação: um mais estritamente técnico (...) e outro mais político (...) também no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições” (p.77)

Assim, há a distinção de 2 saberes: técnico e político. O primeiro faz referência a informações como mapeamento de famílias cadastradas, visitas domiciliares e prevenção de agravos. Já o segundo diz respeito às ações praticadas pelos ACS com o intuito de organizar a comunidade, de construir planos para incentivar a cidadania dos moradores da região em que atua.

É intensa a presença de conceitos voltados para a educação construída e voltada para a prática. Autores prezam pela formação dos ACS no sentido de ser manejada de acordo com as necessidades encontradas no cotidiano destes profissionais e de ser facilmente aplicada na realidade.

Em um dos artigos pesquisados intitulado de “Construindo um Programa de Educação com Agentes Comunitários de Saúde”(Duarte & Silva & Cardoso, 2007), há o relato de um grupo educativo onde os ACS construíram em conjunto uma educação crítica. Primeiramente mapearam quais os assuntos mais urgentes a serem tratados em suas respectivas comunidades para posteriormente montar ações que fossem facilmente aplicadas na prática. O resultado foi positivo, todas as ACS que participaram deste grupo puderam contribuir com o seu saber e aprender coletivamente com as outras integrantes. Segundo Duarte & Silva & Cardoso (2007):

“Acreditamos que deva existir um constante movimento no sentido de garantir, às ACS, educação permanente para que desenvolvam plenamente suas capacidades, estimulando-as a realizar um trabalho participativo, reflexivo e transformador.” (p.446)

Ainda, segundo Morosini & Corbo & Guimarães (2007), os cursos de formação para os ACS não podem ser vistos separadamente, mas sim parte de um processo amplo, caracterizando a educação continuada do ACS.

Para Tomaz (2002), os cursos de formação de ACS não são suficientes para atender a demanda. Ressalta que o processo de qualificação é fragmentado, desestruturado e que por muitas vezes é incapaz de fornecer subsídios adequados para atuação dos ACS.

Os autores citados neste presente trabalho acreditam que a capacitação para este profissional deva ser capaz de atrelar conhecimentos técnicos e políticos com a prática cotidiana, que possa ser flexível de modo a inserir os conhecimentos que os ACS possuem a partir de seu trabalho, construindo coletivamente e continuamente este novo saber.

1.2.5 A Formação Técnica X Atuações do Agente Comunitário de Saúde

As atribuições do ACS abrangem as ações educativas, entendidas como a ampliação de conhecimentos sobre políticas sanitárias, de meio ambiente, seguridade social, promoção, tratamento e prevenção de doenças.

Para tanto, o plano de formação deste profissional terá que prever todos os saberes técnicos necessários para dar subsídios ao ACS para executar suas funções com a segurança que estes conhecimentos irão trazer.

Neste presente trabalho, será usado a Habilitação Profissional de Técnico Agente Comunitário de Saúde, fornecido pela Secretaria Municipal da Saúde do município de São Paulo para analisar a formação dos ACSs e o Referencial Curricular Para Curso De Agente Comunitário De Saúde, formulado pelo Ministério da Saúde e de Educação em 2004 para obter informações estes profissionais.

De acordo com este último, o ACS, ao final do curso, deverá aumentar suas capacidades de vincular as famílias e comunidades à equipe da saúde da família, aumentar o conhecimento dos usuários sobre ações sanitárias e meio ambiente, fazer com que estes adquiram maior autonomia quanto a sua saúde e ter responsabilidades sobre políticas de saúde da coletividade.

Este referencial curricular prevê uma carga horária de 1200 horas, possibilitando ao profissional uma concomitante progressão em seu nível de escolaridade.

O nível escolar é requisito para cursar as 3 etapas formativas propostas. 60% dos ACS possuem ensino médio completo ou incompleto, 18% ensino fundamental, 22% estão por concluir o ensino fundamental. (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2004, p. 16)

O candidato deverá também preencher os requisitos formais para ser um ACS: residir a pelo menos 2 anos na comunidade, ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

A formação técnica do ACS explicitada acima prevê que o profissional adquira conhecimentos de amplas áreas, como saúde, medidas sanitárias, meio ambiente, entre outras.

A questão fundamental deste referencial sobre a prática é a quantidade de informações em curto período de tempo, para uma população heterogênea e por muitas vezes com baixa escolaridade dos ACS.

Segundo Theisen (2004), os ACS relatam que por muitas vezes se sentem desprotegidos, frágeis e temerosos, por não saberem em muitos casos como proceder. Pensam que são responsáveis pela comunidade onde residem e trabalham e que seu possível fracasso pode causar altos riscos para as pessoas que atendem e uma diminuição de seu prestígio na área.

O excesso de trabalho e de funções que ainda não estão habilitados para executar causa o sofrimento psíquico desses trabalhadores, por não possuírem condições para aprender todos os conhecimentos necessários para ser ACS.

Em sua tese de mestrado, Theisen (2004) publica partes de algumas entrevistas feitas com os próprios ACS, como estas:

“Na minha área tem uma casa que cada vez que vou lá fico doente, pois saio dela arrasada só com vontade de chorar, porque eles só reclama” (entrevistada 11) (p. 114)

“Difícil e complicado, pois tem algumas situações que não me sinto preparada para enfrentar” (entrevistada 24) (p.114)

“Não é fácil pois fico muito nervosa e na verdade sofro junto com as pessoas” (entrevistada 33) (p. 114)

A partir dessas falas, podemos observar que os profissionais desta área se sentem despreparados para exercer suas funções, e por esta razão não se sentem confortáveis em sua atuação, muitas vezes.

Por residirem na mesma área em que trabalham, os ACS vivem a mesma realidade dos usuários que atendem. Por muitas vezes, esta aproximação favorece o vínculo necessário entre as duas partes porém, por outro lado, pode prejudicar a atuação do profissional.

Os ACS, muito presentes no cotidiano das famílias, acabam sendo bastante conhecidos e requisitados. Os usuários depositam toda sua confiança neste profissional, para que suas dificuldades diárias sejam resolvidas por ele.

Geralmente, os usuários dos serviços de saúde do PSF são advindos de famílias pobres, que têm dificuldades quanto ao acesso às políticas de saúde, e os ACS são a ponte de ligação entre as pessoas e a UBS. Esta responsabilidade caminha para além de uma atribuição prevista no Manual de Agentes Comunitários, pois as esperanças de melhoria de condições estão depositadas no profissional que representa o serviço de saúde na comunidade.

Assim, a responsabilidade que recai sobre estes profissionais é imensa. É preciso ter apoio e treinamento adequados para que o ACS possa enfrentar as situações cotidianas de trabalho.

Por estes fatores, este profissional necessita de subsídios que o auxiliem a manejar esta forte carga emocional, trazida por esta enorme responsabilidade.

1.3 Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde

Neste momento será apresentado o curso técnico de ACS formulado pela Secretaria Municipal da Saúde e ministrado pelo Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde (Escola Técnica do SUS-SP).

Módulo I – As práticas da saúde e o SUS – Construindo alicerces para transformar.

Unidade I: Relação Saúde e Sociedade – Instrumentalizando para a prática

A Unidade está dividida em 4 temas. São eles: Processo Saúde Doença: Significações e perspectivas em mudança, Organização da Sociedade Brasileira, Políticas de Saúde no Brasil: A Construção do SUS e SUS na Secretaria Municipal da Saúde.

Há ainda os anexos, que possuem como tema a desigualdade social na sociedade brasileira, os princípios e diretrizes do SUS, decretos e leis considerados importantes de saúde, instruções breves de como fazer uma entrevista e mais informações sobre a história de implantação do SUS.

Com este módulo, pretende-se iniciar a formação técnica dos ACS, começando pelo processo histórico do SUS, meio onde estão inseridos. O objetivo desta etapa do curso é que o profissional desta área possua conhecimentos sobre a construção da sociedade brasileira, contextualizando suas miscigenações e desigualdades.

Na apresentação do curso, consta que ao final desta formação, os ACS estariam aptos e alcançariam o patamar de técnicos:

“É reconhecer uma prática que vem sendo construída no cotidiano, sistematizando-a e teorizando-a, formalizando a legalidade profissional do Agente Comunitário de Saúde na especificidade de seu trabalho” (p.06)

O objetivo, portanto, deste curso, é de formar os ACS e teorizar os conteúdos que estão sendo construídos e tomados como atribuições

específicas destes profissionais através da prática. As entrevistas contidas neste trabalho com 2 ACS afirmam a necessidade de haver esta formação, para que os ACS tenham mais segurança e se sintam amparados pelas delimitações que seriam construídas com este curso.

Segundo esta apostila, o objetivo deste curso é:

“Formar Técnicos Agentes Comunitários de Saúde para atuar junto às equipes multiprofissionais, que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais em domicílios e coletividades, (...) desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, promoção social e proteção da cidadania”(p.09)

O que este trecho informa ao ACS é o que este presente trabalho afirma: A multiplicidade de tarefas do ACS. Ele é responsável por ações que vão desde proteção social, passando pelo cuidado e proteção à saúde até chegar em cidadania. Isto nos comprova a imensa responsabilidade deste profissional, pois se espera que este garanta que sua comunidade possua as condições previstas em constituição sobre cidadania e direitos humanos, e que tenham acesso a um serviço de qualidade em saúde.

Assim, o profissional que escolhe ter este ofício tem que possuir um olhar diferenciado e qualificado para atentar sobre aspectos sociais e de saúde da população que atende. É necessário que os ACS saibam quais são as delimitações de seu serviço, para que assim execute seu trabalho com excelência, já que seu trabalho é composto por múltiplas tarefas, situadas em diferentes campos.

Ainda no módulo I, é proposto um modelo de competências para os ACS. Todas elas fazem menção ao trabalho agregador do ACS. Ele é o responsável por unir a comunidade à UBS, planejando e promovendo ações de proteção social, cidadania e promoção à saúde e prevenção de doenças.

A proposta pedagógica fornecida neste material é a construção de saberes a partir da interação entre professor e alunos, através de propostas trazidas do cotidiano dos ACS, buscando conectar a prática com conhecimentos técnicos/teóricos.

A formação técnica descrita neste capítulo prevê 400 horas de curso, dividido entre 4 módulos, sendo que desde 2006, apenas o primeiro foi ministrado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

O primeiro anexo tem como tema a construção de uma entrevista. Há instruções de como se portar frente ao entrevistado, estabelecer objetivos. Alguns dos itens abordados são:

- b) Esclarecer os objetivos das entrevistas
- d) Ouvir atentamente o que o entrevistador quer dizer
- e) Não interromper a fala do entrevistado
- g) Ser gentil e não agir com superioridade
- l) Terminar a entrevista agradecendo a atenção (p.47)

Já o segundo anexo fala sobre o processo saúde doença. Esta parte se inicia com a definição de saúde pela OMS como “Saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças” (Souza, citado por M.F.M. et al, 1992, p.03 In.: Habilitação Profissional de Técnico de Agente Comunitário de Saúde, Unidade I, 2006, p.49)

Este anexo caracteriza o processo saúde doença em seu processo histórico, retomando algumas partes importantes da história como a Revolução Industrial e descobertas no campo da saúde, como a invenção do microscópio, passando pelas transformações da noção de doença.

O anexo 3 trata da formação da sociedade brasileira, contextualizando os aspectos étnicos, sociais, econômicos, políticos e sociais.

Primeiramente, há um resumo sobre a história do Brasil retomando temas como a chegada dos portugueses, catequização dos índios, Era do Café, Escravidão e Imigração, sendo que este último item possui um capítulo sobre o choque cultural com a sociedade brasileira.

Após este primeiro momento, há a caracterização do que esta intitulado de “Mudanças Significativas na Sociedade” que aborda temas como a Era JK, Ditadura e Diretas Já. Há um especial destaque para a Globalização e o Neoliberalismo.

O anexo IV trata da Diversidade e Desigualdade Social. A caracterização da sociedade atual é tida como “machista, etnocentrista, heterossexista e judaico-cristã” (p.93). Há maiores explicações sobre cada termo após esta definição.

Para maiores esclarecimentos, há nesta apostila um glossário, que fornece definições de termos como preconceito, estigma, discriminação, etnia, racismo, orientação sexual, homofobia, Movimentos Sociais e ONGS.

No anexo 5, o tema central chama-se ABC do SUS – Doutrinas e Princípios. Nele há várias subdivisões que explicam o que é o SUS, qual sua doutrina (universalidade, equidade e integralidade), quais são os princípios (regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos, complementaridade do setor privado), quem deve controlar o sistema e averiguar a qualidade dos serviços prestados e qual a origem da verba que mantém o SUS. Esta parte do caderno possui ainda uma parte reservada para a descrição das ações que ainda precisam ser desenvolvidas.

Já os anexos VI, VII, VIII e XI são responsáveis por expor as leis e um decreto que consideram ser importantes para a consolidação do SUS.

O anexo X refere-se a normas operacionais para o SUS, identificando as esferas gestoras do SUS.

Já o anexo XI se dedica a esclarecer a implantação do SUS no município de São Paulo, dando ênfase na criação do PSF no Brasil e particularmente no município. Neste anexo, há referência a uma agenda de Saúde, definida como a descrição de prioridades e estratégias de esferas do governo, que serão tratadas com maior detalhe no anexo XII.

Ao final da apostila, há um resumo das atividades de uma UBS, sua missão, o processo de trabalho, como é o funcionamento da recepção, dos cadastros, arquivos, atividades assistenciais, consultas, agendamento, visita domiciliar, ações coletivas, encaminhamentos, ações intersetoriais e a participação popular (conselho gestor, registro de caixa/sugestões).

Unidade II: Novas Práticas: Ressignificando as Necessidades em Saúde

A Unidade II está dividida em 3 temas. São eles: Território, Necessidades em Saúde e Processo de Trabalho.

Há ainda 11 anexos que tratam de assuntos mais particulares sobre território, trabalho em equipe, risco e vulnerabilidade, necessidades em saúde e ética.

Nesta fase do curso, são objetivos:

- 1) Apropriar-se da dinâmica do território, como base para o planejamento local de saúde;
- 2) Reconhecer a complexidade e amplitude das necessidades em saúde para a construção de práticas profissionais que contemplem a integralidade, universalidade e equidade na atenção à saúde;
- 3) Analisar criticamente o modo de organização do trabalho na unidade de saúde e sua relação com as necessidades da população local, contribuindo para a reorganização dos serviços. (p.13)

Nesta Unidade, portanto, pretende-se inserir conteúdos mais práticos a formação do ACS, fazendo com que estes profissionais estejam cientes dos propósitos e etapas de suas ações, tendo como alicerce os princípios fundamentais do SUS. Espera-se que o ACS tenha uma postura crítica capaz de analisar o trabalho feito na UBS com a população para propor melhorias no serviço.

Para cada tema proposto neste caderno, foi feito um plano de estudos e avaliação dos alunos. Para cada assunto, os ACS deveriam formar grupos e discutir sobre cada tema e responder a algumas perguntas estabelecidas. O material teórico foi posto em anexo.

O anexo I trata-se da questão do território, intitulado como “Território: Espaço Social de Construção de Identidades e de Políticas”. Nele, há a definição deste objeto, definido como:

“O território nunca está pronto, mas sim em constante transformação. Ao mesmo tempo que território é um resultado, é também condição para que as relações sociais de concretizem. E, sendo construído no processo histórico e historicamente determinado, ou seja, pertence a uma dada sociedade, de um

dato local, que articula as forças sociais de uma determinada maneira.” (p.56)

O que se quer dizer com esta fala é que os ACS devem adotar o conceito de território como algo mais abrangente que apenas um espaço delimitado. Há que se considerar a contribuição humana para a construção deste lugar, conhecer sua história. Entender que território se define como mais que um recorte, deve ser considerado o processo de transformação determinado historicamente.

Com esta definição, espera-se que os ACS se apropriem da importância da história do local em que irão atuar. Mais que uma delimitação de trabalho, o lugar que irão aplicar sua força de trabalho possui peculiaridades que serão fundamentais para seu ofício.

Após esta primeira parte, há a definição de cidadania. Nesta Unidade, este conceito é tido como

“uma conquista, fruto de um processo de aprendizado, expresso diferentemente segundo as classes e frações de classes sociais” (p.58)

A partir deste fragmento, este anexo propõe que, ao considerar a cidadania, os ACS olhem para o território como algo para se implantar projetos que envolvam participação comunitária, que levem estes cidadãos a atividade, a serem donos da própria história, fazendo parte das transformações políticas de seu território.

Com esta definição de território, a saúde é definida como:

“Expressão de um fenômeno coletivo (...) os indivíduos vivem, adoecem, morrem diferentemente segundo sua inserção as classes e frações de classes sociais” (p.59)

Esta apostila também considera a particularidade dos indivíduos, exemplificando com um caso de duas pessoas com tuberculose, pois a determinação social para a manifestação da doença é distinta entre um jovem executivo e um jovem morador da periferia.

No anexo II, a proposta é auxiliar os ACS a preencherem os dados que serão pesquisados em seus territórios.

São apresentados definições das informações que serão preenchidas em tabelas pelos ACS:

- I) Dados sócio-demográficos (etnia, grau de escolaridade, faixa etária, sexo, distribuição de domicílios segundo renda familiar e número de pessoas por domicílio)
- II) Moradia e Infra-estrutura do domicílio (condições de moradia, situação de moradia)
- III) Recursos do território (distribuição de recursos por atividade econômica, distribuição dos equipamentos de saúde, ensino, lazer, segurança, infraestrutura urbana e entidades e movimentos comunitários)
- IV) Dados de morbidade e mortalidade no território.

Com este anexo espera-se que o ACS saiba identificar todos os dados explicitados acima e preencher corretamente as tabelas com as informações coletadas nos domicílios atendidos.

O anexo III chama-se Redes Sociais e intersectorialidade.

Nesta parte da apostila os ACS irão estudar sobre a integração de vários setores da política pública. Esta parte do caderno atenta para o fato dos poderes públicos serem divididos em áreas, como por exemplo da saúde, educação, segurança pública.

Propõe-se que aja ações de intersectorialidade para que os ACS saibam lidar com a multiplicidade de fatores que irão encontrar em cada atendimento.

Redes sociais é entendida como uma parceria para a resolução de problemas que não seriam resolvidos sem união de agentes sociais para a mudança. Concebe-se metas, objetivos e são traçados planos de ação conjuntos.

No anexo IV, há um texto intitulado de “Indicadores socioeconômicos: a busca de ambientes saudáveis”, no qual há a descrição dos indicadores feitos pela ONU, para avaliar os níveis de desenvolvimento das diversas populações.

Assim, espera-se que os ACS tenham uma ampla visão das variáveis que irão encontrar em sua rotina de trabalho.

O anexo V transcorre sobre necessidades em saúde. Segundo a apostila:

“As necessidades humanas são construídas socialmente, ao longo da história e os diversos grupos sociais identificam e satisfazem suas necessidades de maneiras diversas” (p.96)

Para que os profissionais da saúde possam promover ações que supram as necessidades desta área, é preciso que conheçam as peculiaridades da sociedade atual, como a diversidade de credos, culturas, classes sociais, valores.

Distribuído em subitens, este capítulo enfatiza as necessidades especiais de cada fase da vida: infância, adulto homem, adulta mulher e aspectos gerais do envelhecimento (nota-se que não há o detalhamento de informações para a adolescência).

É neste capítulo ainda que menciona-se a saúde para além do biológico:

“Abordar a saúde para além do biológico ainda é novo na saúde (...)Garantir o direito das falas dos usuários, ampliar a sensibilidade para a escuta e buscar uma interação cada vez mais humana, entre profissionais de saúde e usuários é o que estamos procurando” (p.107)

O anexo VI diz respeito à vulnerabilidade e risco. Esta parte da apostila inicia-se contextualizando risco segundo a epidemiologia, como sendo algo que favorece o agravamento ou o surgimento de uma doença para posteriormente definir enfoque de risco como sendo a identificação de situações de risco para planejar e intervir para que não ocorra agravos.

Pressupõe-se que para cada risco exista um grupo de risco, possuindo maior probabilidade de adoecimento permanente, merecendo cuidados mais próximos.

Sendo conceito de risco insuficiente para abranger a complexidade das questões da saúde, forja-se a criação um novo termo: vulnerabilidade, definida como a “susceptibilidade dos indivíduos e populações a agravos ou riscos de saúde”. (p.114)

Estudos que buscam identificar vulnerabilidades atentam para o fato da desigualdade social. Grupos mais vulneráveis são mais suscetíveis a

epidemias e agravos à saúde, devido a exclusão social e não igualdade de direitos.

Ao final deste anexo, fala-se sobre empoderamento, sendo um processo para ampliar o poder, transformando a realidade política e social, fortalecendo indivíduos e grupos, enfatizando a importância dos indivíduos serem responsáveis pelas suas vidas, buscando coletivamente mudanças que transformem a sociedade.

O anexo VII transcorre sobre o processo de trabalho em saúde. Para definir processo de trabalho, há a definição de Karl Marx (1983) para trabalho como sendo resumidamente uma atividade humana de transformação da natureza de forma consciente e proposital.

Ao longo do anexo, há maiores explicações sobre diferentes processos de trabalho ao longo da história e as diversas divisões de tarefa, para então chegar ao aspecto particular da saúde. Diz-se que no processo de trabalho em saúde há 3 aspectos:

- Ele é um exemplo de trabalho em geral
- Ele é um serviço
- É um serviço que se fundamenta numa inter-relação pessoal intensa, pois participa ativamente do fracasso ou do sucesso das ações de saúde.

Esta parte da apostila fala também do papel do trabalhador da saúde. Cabe a ele propor medidas e soluções de melhoria de atendimento juntamente com o paciente, fazendo com que este último sinta-se também responsável e atue ativamente no processo de saúde-doença.

É importante salientar que há destaque para a fragmentariedade dos atos, dizendo que em algumas instituições é preciso passar por várias áreas, realizar os mais diversos exames para ser diagnosticado, o que leva a indagar sobre a acumulação de novas tecnologias e não a substituição delas, para agilizar o atendimento.

Já o anexo VIII apresenta uma história chamada “O Marceneiro e as Ferramentas”. Este conto se passa numa oficina mecânica, onde os instrumentos estão discutindo em assembléia sobre os defeitos de cada um. Após esta discussão, o marceneiro utiliza todas as peças para fazer um móvel. Feito o trabalho, as ferramentas concluem que todos possuem defeitos, mas

que tem características positivas também, que devem ser apontadas pelos outros membros do grupo.

Esta história metaforiza e preconiza o anexo seguinte intitulado de “Trabalho em Equipe”, que aprofunda mais esta questão.

A parte seguinte é destinada a uma outra história, “Vôo dos Gansos”, que transcorre sobre trabalho em equipe e liderança compartilhada.

O anexo X chama-se “Ética”. Inicialmente há a diferença entre ética e moral, contextualizando ética como “reflexão crítica sobre a moralidade” (p.141).

Após este começo, o caderno atenta para a importância de se trabalhar com ética e por que e a quem a falta de ética prejudica.

O final da apostila dedica-se a esclarecer alguns decretos e leis sobre ACS (Decreto nº 3.189, de 4 de Outubro de 1999, Lei nº 10.507, de 10 de Julho de 2002, Lei nº 13.611, de 26 de Junho de 2003).

- Decreto nº 3.189, de 4 de Outubro de 1999: Fala sobre as atribuições do ACS. Dentre elas destacam-se a função de estimular a participação da comunidade nas políticas públicas, realizar visitas domiciliares, promover ações que favoreçam o elo entre setor de saúde e outras políticas públicas para promover qualidade de vida.

- Lei nº 10.507, de 10 de Julho de 2002: A criação da profissão de ACS e os requisitos mínimos para exercer a função. São eles: residir na área da comunidade que irá atuar, haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de ACS, haver concluído o Ensino Fundamental. Consta nesta lei que ficará responsável pela elaboração do conteúdo pragmático do curso de formação o Ministério da Saúde.

- Lei nº 13.611, de 26 de Junho de 2003: Nesta lei consta a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, os requisitos básicos do ACS (residir na área onde irá atuar, ser maior de 18 anos, ter disponibilidade para trabalhar em tempo integral e ser aprovado em processo seletivo prévio), quais serão suas principais atribuições (visitas domiciliares, atividades de prevenção à doenças, ações educativas individuais ou coletivas), qual órgão será responsável pela elaboração da capacitação profissional (Secretaria Municipal da Saúde, promovendo ações contínuas, graduais e permanentes), a obrigatoriedade da participação dos ACS na capacitação

profissional, sendo que os conteúdos desta devem considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território.

Vale ressaltar que este material que está sendo descrito neste capítulo é de autoria da Secretaria Municipal de Saúde. O programa conta com três módulos, sendo que apenas 1 foi ministrado, em 2006. Segundo a lei, o curso de capacitação deve ser concedido aos ACS, como um dos requisitos para a permanência no PSF.

Unidade III: Vigilância em Saúde: Um campo em construção

Esta unidade está dividida em 3 temas. São eles: Conceito e campo de atuação da vigilância em saúde, Vigilância em saúde e as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde e Educação em Saúde.

Há ainda 22 anexos que irão tratar sobre questões de vigilância em saúde, biossegurança, doenças transmissíveis e não transmissíveis, conceitos sobre ações educativas e assuntos sobre meio ambiente.

O objetivo da Unidade III são:

- Reconhecer a importância da consciência ecológica na construção da proposta de vigilância em saúde e na sua atuação enquanto trabalhador e cidadão
- Conhecer os campos de atuação da vigilância em saúde
- Desenvolver ações de vigilância em saúde, atuando em equipe, para conhecer, analisar, monitorar e intervir sobre os determinantes do processo saúde doença, com a finalidade de prevenir agravos e doenças e promover a saúde da população.
- Analisar criticamente o modo de organização da Vigilância em Saúde na Unidade de Serviço e sua relação com as necessidades da população local.
- Compreender e analisar a Educação em Saúde.

O anexo I mostra uma carta feita pelo chefe Seattle ao presidente dos Estados Unidos em 1854, sobre a íntima ligação entre o ser humano e natureza, ressaltando a importância de se preservar o meio ambiente.

Já o anexo II transcorre sobre os princípios sobre sustentabilidade, meio ambiente, construção de ações que promovam o desenvolvimento humano de

forma equitativa e sustentável, defender a igualdade entre os cidadãos erradicando preconceitos, fortalecer a democracia, promover a educação e uma cultura de tolerância.

O anexo III intitula-se “Vigilância em Saúde”, conceito que é definido como:

“O conjunto de ações e serviços organizados para detectar, analisar, conhecer, monitorar e intervir sobre determinantes do processo saúde doença (...) com a finalidade de prevenir agravos e promover a saúde da população” (p.65)

Neste capítulo, há a divisão dos campos de vigilância, dividida em vigilância sanitária (de produtos e serviços de saúde), vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador.

O anexo IV traz as leis que envolvem vigilância e o anexo V introduz um novo tema: biossegurança

Inicialmente o anexo traz algumas ilustrações com pequenos parágrafos sobre segurança doméstica. Logo após esta primeira parte, há a explicação dos cuidados com a habitação (água, esgoto, lixo, ventilação e insolação e limpeza de terrenos).

Há um subtítulo dedicado ao espaço de uso público, onde há informações sobre os inúmeros problemas de uma metrópole, como acidentes automobilísticos e os tipos de poluição (de ar, de águas, dejetos da produção industrial).

Neste anexo consta ainda explicações e estatísticas brasileiras sobre acidentes de trabalho.

O anexo VI chama-se “Doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis”, onde há a contextualização dos agentes causadores de doenças transmissíveis (bactérias, protozoários, fungos, vírus, vermes) e seus mecanismos de ação e sua existência no meio ambiente.

O próximo anexo (VII) é uma extensão do anterior, pois detalha a cadeia de transmissão ou cadeia epidemiológica.

O capítulo que se segue trata sobre a história desde a vigilância epidemiológica à vigilância à saúde. Nesta parte, o caderno aborda a história brasileira no quesito controle de doenças transmissíveis no Brasil desde a

chegada da família imperial e dando ênfase a alguns momentos importantes como o ano de 1941 (institucionalização das campanhas sanitárias) e de 1960 (crise do sistema nacional de saúde).

Esta apostila considerou necessária a definição de vigilância epidemiológica:

“O conjunto de atividades que permitia reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento, o comportamento ou a história natural das doenças, bem como detectar ou prever alteração de seus fatores condicionantes (...) recomendar oportunamente, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças.”
(Brasil, 1994; Rouquayrol, Almeida Filho, 2003; Waldman, 1991 In.: Habilitação Profissional de Técnico de Agente Comunitário de Saúde, Unidade III, 2006, p.149)

Após dada a definição, há detalhamentos sobre este conceito.

O anexo VIII trata-se da Visita Domiciliar, onde há o roteiro para uma entrevista.

O anexo IX é onde se localiza um roteiro de perguntas a serem respondidas pelos alunos.

A partir desta parte da Unidade III, inicia-se o assunto de Educação.

O processo educacional que este curso de formação prioriza é aquele que é construído conjuntamente, entre os profissionais da saúde e população. Educação é entendida como algo indissociável da realidade e, portanto, não deve ser descolada desta, mas sim construída a partir de fatos do cotidiano dos ACS.

Algumas propostas pedagógicas são apresentadas também, como por exemplo a pedagogia tradicional e tecnicista.

A relação ensino aprendizagem é desmembrada em situação do aluno, situação do professor e do assunto a ser ensinado. É através do manejo das variáveis aplicáveis a estas 3 partes é que a aprendizagem é otimizada. Há maiores explicações sobre meios cognitivos e afetivos de aprendizado e técnicas de ensino.

O anexo XIV diz respeito à comunicação, entendida como colocar em comum algo com o outro. Há também a definição dos elementos da comunicação e sua amplitude.

O próximos 2 anexos dizem respeito à saúde e ao meio ambiente, onde há a introdução de termos sobre ecologia tais como ecossistema, impacto ambiental, cadeia alimentar, efeito estufa e há também um capítulo abordando a inter-relação dos seres vivos e o meio ambiente.

A próxima parte desta unidade fala sobre a importância do quesito cor na investigação epidemiológica, para que as políticas públicas sejam mais específicas e assim mais eficazes e identificar as desigualdades sociais impostas a população não branca (através de pesquisas que tenham o quesito cor).

Ao final, a Unidade faz explicações breves sobre doenças como Leishmaniose, Malária, Doença de Chagas, Tuberculose. Há informações estatísticas e gráficos objetivando a desigualdade no país.

Dados como a diferença percentual entre nível de escolaridade entre negros e brancos, taxa de óbito por HIV/AIDS, segundo sexo, raça/ cor no Estado de São Paulo são apresentados ao final deste caderno.

Para finalizar esta etapa da formação, há um último anexo tratando de aprendizagem significativa, onde é evidenciado a importância da afetividade do processo ensino aprendizagem.

Unidade IV: Gestão para o Cuidado Integral em Saúde

A última unidade do curso, Gestão para cuidado integral em saúde, tem como tema central o cuidado integral em saúde, inserindo o ACS como parte fundamental para a consolidação deste modelo. Há ainda proposições práticas, como a elaboração com a equipe o planejamento das atividades dos ACS.

A apostila está dividida em 2 temas: Cuidado integral em saúde e Planejamento para a gestão do cuidado.

O primeiro título é “Integralidade como princípio norteador do Sistema Único de Saúde”. Neste espaço, a saúde é entendida como qualidade de vida, ou seja, é vista no sentido amplo desta palavra.

Esta formação entende que cuidar da saúde de um paciente significa entendê-lo em sua totalidade, não apenas como um corpo, um órgão doente. É necessário compreender a singularidade de quem fala, não medir esforços para entrar em sua realidade e enxergar os diferentes papéis sociais e contextos que aquele indivíduo está inserido.

Esta definição de saúde permite o real encontro entre profissional de saúde e paciente, onde ambos podem trocar informações e construir coletivamente ações que sejam adequadas e eficazes para cada pessoa singular.

O próximo assunto abordado por esta unidade diz respeito ao planejamento como instrumento de gestão e implementação das ações em saúde.

Nesta parte, fala-se sobre o Sistema de Informação em Saúde (SIS):

“Instrumento para a aquisição, a organização e a análise dos dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, que possibilita a reflexão sobre a situação de saúde (...) e orienta a tomada de decisão”(p.28)

Acredita-se que para que aja ações satisfatórias em saúde é preciso pesquisar sobre a realidade das pessoas que irão ser atendidas, ouvir suas críticas e sugestões, entender o funcionamento das equipes de saúde, das unidades de saúde, para assim traçar planos de ação que sejam eficientes.

Este capítulo sugere, ainda, que fontes de informação como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e os próprios dados que os ACS coletam de sua área são fontes riquíssimas para se planejar ações em saúde satisfatórias.

O Módulo I de formação dos ACS termina com a seguinte frase:

“O desafio é de todos os atores comprometidos em consolidar o SUS como política pública de inclusão e promoção de melhoria das condições de vida e saúde da população.”(p.33)

Esta frase sugere que o trabalho seja interdisciplinar, com a participação de todos os saberes para formar assim uma visão integral sobre a saúde.

1.4 Uma breve análise sobre o Módulo I da Habilitação Profissional de Técnico de Agente Comunitário de Saúde

A partir do capítulo referente a formação dos ACS, podemos fazer uma breve análise sobre qual formação que está sendo proposta.

A distribuição em Unidades se faz necessária e parece coerente. Unidade I consta dados históricos importantes sobre a formação da população brasileira, contendo informações importantes para o entendimento da organização cultural da sociedade atual.

Já a apostila II contextualiza território, cerceando as noções de historicidade fornecida anteriormente. Aqui, a formação pretende iniciar a visão ampla de saúde que se quer elucidar nos ACS, fornecendo dados que consideram necessários para o mapeamento de ações integrais à saúde.

A unidade III possui 3 assuntos centrais: meio ambiente, educação e vigilância em saúde. Aqui os ACS podem ampliar sua visão referente ao seu trabalho, aprendendo sobre os conceitos acima, inserindo em seu cotidiano de trabalho planejamento nas ações educativas, de proteção ao meio ambiente e aprendizados sobre vigilância em saúde.

A unidade IV pretende finalizar o que se propôs nas outras unidades, o chamado cuidado integral em saúde, resumindo este conceito e reforçando a noção de coletividade no planejamento das ações em saúde, envolvendo os mais diferentes profissionais da saúde e a população atendida.

Possuir uma noção de qual perfil de ACS que se quer formar a partir de apenas um módulo é tarefa difícil.

O que está posto neste presente trabalho é o início de uma formação que é internamente coerente, porém insuficiente para o cotidiano dos ACS.

Como mencionado anteriormente, não é possível saber quais seriam os próximos conteúdos a serem apresentados pelos próximos módulos, temos apenas os nomes dos módulos, que são: Ações de Promoção da Saúde: Exercendo o papel social e profissional no cuidado integral à saúde e O

Trabalho do técnico Agente Comunitário de Saúde: Consolidando seu papel social profissional.

Podemos supor, a partir de escassas informações sobre o módulo II que irá se introduzir informações sobre a microárea (território de trabalho do ACS) e ações educativas para cada fase da vida.

O último módulo refere-se ao planejamento do trabalho do Técnico ACS, o que deve introduzir algumas atribuições práticas deste profissional.

Nota-se que informações mais específicas sobre doenças, tópico que as entrevistadas trouxeram, não é abordado nesta formação, encontra-se apenas dados bastante resumidos sobre pouquíssimas patologias. A pergunta é: os cursos complementares são capazes de preencherem esta lacuna?

Para finalizar, consideramos a formação contida neste trabalho como insuficiente para fornecer subsídios necessários para os ACS, a partir do que se foi levantado nas pesquisas e nas entrevistas feitas. Consta-se uma necessidade maior de adequar as informações do curso às necessidades cotidianas dos ACS.

A presente formação reconhece a necessidade de adequar o conteúdo das aulas com o cotidiano do trabalho do ACS, mas de acordo com o resumo da formação, muito há ainda para adequar e alinhar com a prática do profissional.

Capítulo II – Método

2.1 As entrevistas

O principal instrumento de coleta de dados da presente pesquisa são as entrevistas semi-estruturadas para estudar a questão da formação do ACS.

A entrevista semi-dirigida é um diálogo continuado entre pesquisador e entrevistador, sendo que o primeiro direciona a conversação de acordo com seus objetivos. Assim, as perguntas são formuladas para que o colaborador se expresse de acordo com o que se pretende investigar (Duarte, 2002).

Assim, o entrevistado pode ser preservado, pois as questões foram formuladas para que este responda apenas o que for relevante para a pesquisa, porém fornecendo espaço para que o depoente discorra sobre o que julgar importante ou relevante.

Para a pesquisa, foi utilizada a entrevista semi dirigida para investigar o problema através da concepção do ACS, prisma que este presente trabalho pretende tratar. Através das marcações dos temas a serem abordados, a entrevista transcorre de maneira a contribuir com o tema da pesquisa e concomitantemente fornece o espaço necessário para o entrevistado expor suas visões sobre o assunto pesquisado.

Foram entrevistados dois Agentes Comunitários de Saúde de uma UBS em São Paulo, alcançados através de contatos com profissionais da área que são próximos da entrevistadora.

Os profissionais foram orientados a ler o termo de consentimento livre e esclarecido, questionar o pesquisador sobre possíveis dúvidas, e se concordarem participar da pesquisa assinarão o documento.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a análise de conteúdo (Bardin, 2007).

Os principais temas abordados na entrevista semi-estruturada serão:

- Ações cotidianas de trabalho
- Possíveis formações/cursos técnicos
- Contrapontos entre a teoria (formação técnica) e prática
- Contribuições da experiência de trabalho para a formação técnica
- Possíveis deficiências na formação técnica

- Principais dificuldades enfrentadas no trabalho
- Sugestões para uma nova formação

Foram feitos 2 encontros, 1 com cada participante. Cada entrevista durou aproximadamente 1 hora e 30 minutos. A entrevista com Fátima foi realizada em sua residência. Já o contato com Lourdes foi na própria UBS em que trabalha.

Os encontros foram marcados pela informalidade e descontração. Primeiramente, construía-se um espaço onde o entrevistado compreendesse que aquele era um momento onde poderia falar sobre os aspectos de seu trabalho que julgasse necessário, para posteriores esclarecimentos da pesquisadora. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e as duas entrevistadas concordaram em participar do presente trabalho.

O ambiente marcado pela informalidade auxiliou o aparecimento de conteúdos ricos para a pesquisa em questão. Ambas as depoentes se mostraram colaborativas e seguras quanto o seu papel nesta pesquisa.

2.2 Cuidados Éticos

Os participantes da pesquisa foram informados que sua participação é voluntária, e que a qualquer momento poderá interromper ou cancelar a entrevista. Serão alertados também sobre o sigilo, nenhuma informação que sirva de identificação não será publicada.

O termo de consentimento livre e esclarecido será assinado pelo colaborador anteriormente ao início das entrevistas, mediante a atenção do pesquisador para o pleno entendimento do primeiro. É imprescindível que o depoente esteja de acordo com todos os procedimentos da pesquisa. Para possível esclarecimento de qualquer dúvida, o pesquisador deverá estar a disposição.

É exigência do Ministério da Saúde e da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa – CONEP a apresentação do termo de consentimento ao participante. Este documento permite que o pesquisador apresente a proposta da pesquisa ao colaborador. Este termo permite a divulgação das informações

fornecidas durante a entrevista, e terá duas vias, uma estando sob responsabilidade do pesquisador e a outra do depoente.

Capítulo III – Entrevistas: Ser ACS segundo Fátima e Lourdes

Entrevista com Fátima – “Você é Agente Comunitário 24 horas por dia”

Fátima tem 46 anos, é casada e mãe de um casal de filhos. Possui o ensino médio completo e trabalhou como ACS durante 5 anos, de 2003 a 2008.

Para conseguir este trabalho, Fátima conta que estava procurando por diferentes serviços, pois o que mais importava no momento era o salário que iria receber no final do mês. Ficou sabendo que estavam recrutando pessoas para ACS através de algumas amigas e decidiu se inscrever.

Neste primeiro momento, ela não estava muito apreensiva em conseguir este trabalho em particular, por não saber ao certo qual era a função de um ACS. Depois que foi procurar por informações, descobriu que as atribuições deste profissional muito se encaixavam com o seu perfil, com o que queria fazer, com o que queria trabalhar.

Fátima foi chamada para realizar uma prova. Esta prova continha questões sobre o porquê de se candidatar para agente de saúde e quais seriam suas atribuições básicas como ACS. Ela foi bastante sincera quanto às respostas, disse que não sabia ao certo o que este profissional faria, mas que gostava muito de trabalhar com a população e fornecer meios de vida melhores para quem atendesse.

Quando soube que havia sido aprovada, Fátima ficou extremamente satisfeita, comunicou a todos seu contentamento com a aprovação, riu, chorou. Ela queria realmente aquele emprego, não somente pela remuneração como era antigamente, mas também pelo trabalho em si:

“mas quando fiquei sabendo o que é o trabalho do ACS a minha expectativa de conseguir aquela vaga foi muito maior, porque eu vi que eu teria possibilidade de trabalhar com pessoas e poder fazer alguma coisa por elas, que eu ia ter sempre alguma maneira de fazer alguma coisa pelo bem estar de alguém”

Antes mesmo de abrirem o posto de saúde, os ACS passaram por um curso de 3 meses, ministrado pela gerente deste posto e uma enfermeira. Fátima relata que este curso contou com vários temas, desde a história do SUS, a implantação do PSF até as atribuições dos ACS.

O curso era formado por 2 módulos distintos. Um se constituía por um *setting* mais tradicional, onde a gerente e a enfermeira ficavam na frente da

sala, ensinando aos ACS a história do SUS e a implantação do PSF. A outra parte era feita de dinâmicas sobre o agir do ACS, como proceder quando entrava em contato pela primeira vez com a população, o que dizer, como conquistar a confiança das pessoas:

“começaram a surgir todas as explicações possíveis e impossíveis que você possa imaginar em relação ao trabalho do ACS, trabalho do PSF, o que era, de onde vinha, porque vinha, quem tinha implantado, como que eles conseguiram trazer aquele programa pra região ”

“ qual seria a tarefa do ACS, como que a gente deveria trabalhar, como a gente deveria abordar a população, de que forma deveria ser abordada, porque é complicado, tem gente que você bate na porta, toca a campainha ela não te conhece, ela não vai abrir a porta pra você. Até você adquirir a confiança você leva um tempo. Então tudo isso a gente aprendeu no momento 1, como fazer que essa pessoa confie em você, como você tem que mostrar para aquela pessoa que está lá na janela que não quer abrir a porta porque não te conhece”

Este momento 1 foi, portanto, o primeiro contato que os ACS deste posto tiveram em relação ao programa e às suas atribuições. Fátima conta que nesta fase ela tinha aulas de segunda a sexta, em horário comercial, e que já estava recebendo seu salário.

Quando perguntada sobre o conteúdo e a forma como foi dada esta primeira formação, Fátima descreve algumas partes de aulas que teve, e diz ter gostado muito das dinâmicas que foram propostas. Acredita que esta maneira de ministrar a ajudou a começar seu trabalho. A entrevistada fornece um exemplo:

“por exemplo, a Ana falou que a mãe não podia tomar no mesmo copo que o filho porque o filho tem HIV, e isso não é verdade porque o vírus não é transmitido pelo copo. Aí sim vem o reforço da pincelada que foi dada, para que fosse criada a dinâmica. O legal é

que na hora do reforço você mata todas as suas curiosidades”

Neste fragmento, Fátima conta como eram feitas as dinâmicas. Primeiramente, a diretora do posto e a enfermeira transmitiam algumas informações sobre algum assunto, no exemplo era o vírus HIV. Após este momento, era pedido para que montassem uma dinâmica e a partir dos comportamentos apresentados, havia um *feedback* para os ACS que fizeram a encenação.

Importante ressaltar que esta formação não foi fornecida pelo Ministério da Saúde e da Educação. Esta formação foi proporcionada pela diretora do posto de saúde onde a entrevistada trabalhava, sendo extremamente importante para os ACS que iriam iniciar nesta função, para possuírem alguns subsídios neste começo.

Ao longo da entrevista, Fátima descreveu suas atribuições como ACS. Ela acredita que o ACS é o elo que conecta a população ao posto de saúde e aos profissionais que lá trabalham. Fala da importância da qualidade de seus serviços prestados na casa dos pacientes, pois acredita que é a partir de seu trabalho que a comunidade poderá adquirir confiança no PSF. Como o primeiro contato que as pessoas possuem com o Programa é justamente através dos ACS, que vão até as suas casas, fica clara a extrema importância da excelência do trabalho do ACS para o sucesso do Programa como um todo.

Para que este trabalho transcorra sem problemas e com qualidade, termo que pode ser empregado tanto para o ACS, para que ele exerça suas funções possuindo subsídios necessários para exercer sua função, quanto para a população, que espera um serviço de saúde que atenda suas expectativas de um bom atendimento.

Fátima, ao falar sobre seus afazeres cotidianos, explica o que faz em seu trabalho como ACS:

(...) A única coisa que ele (paciente) quer é um abraço, não quer um remédio pra hipertensão, ele quer um abraço, e aquele abraço às vezes pra ele faz com que ele se sinta muito mais saudável do que se ele de

repente passasse por qualquer médico (...) O que ele quer é ser acolhido, é ser entendido

Neste trecho podemos perceber que a entrevistada possui um lugar diferente daqueles cujo trabalho é desenvolvido apenas na UBS. O ACS nota, em sua prática, que seus pacientes além de necessitarem de cuidados médicos, precisam também de alguém que os acolha, que entenda suas particularidades (os agentes moram na mesma comunidade), mas que este também esteja em um outro lugar, o do saber-fazer.

Podemos perceber, a partir do contato com os ACS entrevistados que, a partir do momento em que os membros da comunidade são aprovados para exercer o cargo de ACS, eles são automaticamente promovidos como agentes do saber de sua área, todos os problemas passam a ser tratados com este profissional, que ao mesmo tempo sabe das dificuldades daqueles indivíduos por vivência própria e agora é colocado no patamar do saber.

A conquista do cargo de ACS possui implicações tanto positivas quanto negativas. Os profissionais que ocupam este cargo sentem-se orgulhosos por poder ter a oportunidade de ter acesso a um conhecimento que poderá ajudar sua comunidade, mas acarreta muitas responsabilidades e pressões por parte desta mesma população.

Fátima conta que ACS não possui período de trabalho, que os pacientes a procuram a qualquer hora do dia e em qualquer ambiente. Fátima, ao longo da entrevista cita vários exemplos, como o de uma paciente que tocou sua campainha às dez horas da noite para procurar ajuda para seu marido que estava com uma crise de hipertensão:

“você desce às dez horas da noite, vai até a casa do paciente, com a maior calma do mundo e constata realmente que o marido dela não está legal(...)Eram dez horas da noite mas eu fui. Então o prazer deles é eu estar lá, então a gente não tem uma vida, deixa de ter sua vida privada”

Fátima diz que não possui mais sua vida privada por não ter horário de trabalho definido. Seus pacientes a procuram a qualquer hora do dia e suas tarefas não terminam quando sai do posto.

Fátima relata que por muitas vezes teve que “repassar de cabeça” suas obrigações para o dia seguinte e que ficou bastante preocupada com o estado de saúde de seus pacientes, não possuindo mais tempo para cuidar da casa, de seus compromissos particulares e de sua família, fatos que a incomodaram muito, contribuindo para seu pedido de demissão em 2008.

Fátima acredita que sua característica pessoal de querer ajudar as pessoas a ajudou e a prejudicou ao mesmo tempo. Relata que para ser um bom ACS é necessário se envolver com a comunidade e não meramente fazer visitas e preencher papéis. Diz que não soube separar sua vida pessoal de seu trabalho, expressa que sua preocupação com as pessoas suplantou as outras áreas de sua vida:

“Eu só via meu trabalho, minha preocupação com as pessoas, o que eu tinha que fazer, o que eu tinha que deixar de fazer. As vezes o marido estava falando do jogo de futebol e eu estava preocupada que eu tinha que levar a insulina do fulano no outro dia, e como é que você fica? Você fica estafada, você fica estressada. Infelizmente foi o que aconteceu comigo, eu não tinha mais vida pessoal ”

Além do olhar diferenciado, por morar onde seus pacientes residem e por teoricamente possuir conhecimentos específicos para orientar a população estabelecer uma conexão com a comunidade, o ACS tem que estar munido de inúmeros conhecimentos técnicos que devem atender a suas atribuições múltiplas. Sobre este tópico, Fátima relata que este curso chamado Momento 1 foi de extrema importância para seu trabalho, e os cursos que vieram após também acrescentaram informações extremamente úteis, porém fala que estas formações deveriam ocorrer com mais frequência. Na entrevista, Fátima conta que certa vez os ACS ficaram sem nenhum curso durante 2 anos:

“Teve uma vez que a gente ficou 2 anos sem capacitação, 2 anos inteiros sem nada, que foi logo em seguida que eles apareceram com

esse de primeiros socorros e acidentes domésticos, mas deveria ter muito mais, porque é o ACS que está dentro da casa do paciente, na rua está o ACS. Então deveria ser melhor qualificado diante do trabalho que ele faz.”

Fátima relata a carência que o ACS possui em relação a conhecimentos necessários para sua prática.

Os cursos ministrados não possuem uma regularidade e dificilmente são repetidos, outro ponto que a entrevistada toca, pedindo que haja mais vezes as formações pelas quais já passou.

Por essa ausência de informação, Fátima expõe casos em que o estado de saúde de pacientes se agravaram por ela não ter o conhecimento necessário no momento em que foi questionada. Lamenta pela demora para a obtenção da informação adequada, o paciente não espera o ACS fazer suas pesquisas para então responder da maneira correta, eles vão em busca de respostas imediatas que nem sempre são verdadeiras:

“Até você conseguir uma informação adequada para devolver a resposta para aquela pessoa demora um tempo, e nesse meio tempo ele já ouviu da boca de outra pessoa uma resposta que seria não verdadeira, que não seria muito boa, até você tirar da cabeça dele que não, não é assim, é assim ele já está por muitas vezes, já entrou na cabeça dele daquele jeito.”

“A situação daquela pessoa se agravou e ela foi parar num hospital por falta de respaldo (...) Infelizmente nesse tempo que passa, nesse pedaço de tempo, as coisas acontecem da pior forma possível.”

A partir das falas da entrevistada, nota-se certa preocupação e angústia em relação a falta de informação imediata para fornecer ao paciente. Pela comunidade confiar no ACS, ela irá procurar respostas deste profissional para guiar suas decisões, aumentando o grau de responsabilidades desta categoria.

Em vários momentos, Fátima afirma que não conseguia se “desligar” de seus pacientes, e que se sentia “um lixo” e “impotente” frente a situações em que não possuía informações para fornecer:

“Eu não tinha explicação pra dar, porque eu não tenho capacitação (...) o paciente fica tão confiante em você que ele não quer ouvir o enfermeiro, ele acha que de alguma forma o médico está no bolso do seu jaleco, (...)você se sente completamente impotente e incapaz porque você não foi capacitada pra certos tipos de situações. Você se sente um lixo. Eu acho que é uma situação.. É horrível..”

Fica nítido em alguns trechos da entrevista o impacto psicológico causado pela falta de respaldo técnico ágil e eficaz para os ACS.

Ainda sobre o tema da carência de informação, Fátima acredita que os cursos de formação deveriam ocorrer com mais frequência e abarcar mais temas. A entrevistada já passou por várias capacitações, mas ainda não se sente 100% segura para ir às ruas e desempenhar sua função devidamente paramentada de conhecimentos técnicos.

A partir de algumas falas desta entrevista, podemos notar também a falta de definição da profissão do ACS. Suas atribuições são múltiplas, abrangendo várias áreas, como a de saúde e educação. Estes profissionais são o elo que une a UBS da comunidade, ou seja, são incumbidos de uma função extremamente ampla e com alto grau de responsabilidade.

Vários aspectos das funções do ACS foram levantados nesta entrevista. Para Fátima, ainda falta um respaldo maior quanto ao fornecimento de informações e apoio psicológico para poder lidar com as inúmeras angústias e a enorme responsabilidade que carrega consigo. Quando questionada sobre quais melhorias seriam necessárias para sua formação, a entrevistada diz que os cursos de capacitação deveriam acontecer com muito mais frequência, que seria necessário a repetição periódica destes e que abordassem muitos outros temas.

Além da carência de informação, Fátima enfatiza o fato de não possuírem nenhum respaldo psicológico na UBS. Dizem que os ACS são tratados como “máquinas” que vão até a casa do paciente e fazem registros em inúmeros papéis:

“Ninguém olha pra você como ser humano. A maioria olha pro ACS como um banco de

dados, uma máquina que sai, vai pro seu trabalho, volta passa os dados, vai faz seu trabalho, volta passa os dados...(...) nós somos uma maquininha de dados, e isso incomoda, tem que ter alguma coisa que possa ser feita.”

“Eu acho que o ACS tem que se olhar como ser humano, porque a partir do momento que você tem um momento pra você relaxar, não importa se é 15 minutos, meia hora, esse momento é precioso pra que você restabeleça suas energias pra começar um novo, porque lá fora a população suga a sua energia de uma forma que chega no final do dia você não quer nada, você quer tomar um banho, deitar na cama e não ouvir mais nada.”

Para concluir, a entrevista de Fátima mostra que faltam subsídios para executar seu trabalho com qualidade, tanto para a população quanto para ela. A entrevistada nos mostra que ainda é falha a capacitação fornecida para os ACS.

Além da formação técnica, podemos perceber que o ACS está sobrecarregado. Fátima diz que não possuía mais vida privada, que seu trabalho a consumia todo o dia. Sua preocupação com seus pacientes ultrapassava as 8 horas de trabalho que são previstas, eram constantes; a falta de informação imediata para fornecer à comunidade a angustiava, Fátima tinha receio de ter perdido um tempo precioso e com isso agravar o estado de saúde de alguém a quem estava assistindo.

Apesar de todas as dificuldades encontradas, Fátima demonstra uma enorme satisfação em ter sido ACS. Em certo momento, a entrevistada chega a se emocionar quando declara estar com saudades de trabalhar como ACS. É notável a dedicação com que Fátima exercia sua função, tinha como objetivo ajudar as pessoas que residiam na mesma comunidade que ela, que passam por dificuldades extremamente semelhantes.

Fátima encarou o ofício de ACS como uma oportunidade de poder auxiliar sua comunidade em outro lugar, o do saber-fazer, pois teria o conhecimento necessário para fazer o que gosta (trabalhar com pessoas e fazer algo por elas) e ter um trabalho remunerado.

Entrevista com Lourdes – “O agente comunitário é pau para toda obra”

A segunda entrevistada, Lourdes, tem 42 anos, é casada, mãe de 2 filhos e possui 2º grau completo. Trabalha como ACS desde 2001.

Para conseguir uma vaga como ACS, Lourdes conta que passou por um processo seletivo que possuía apenas um pré requisito: saber ler e escrever.

Muitas pessoas se candidataram para esta vaga no posto que Lourdes trabalha atualmente. Ela conta que passou por uma prova, e quando foi aprovada, passou por um primeiro momento onde ela pôde conhecer um pouco da história do SUS e do PSF.

Lourdes conta que no ato de sua contratação, não havia nenhum outro profissional com exceção dos ACS, que aos poucos a UBS foi sendo capacitada para atender a população:

“A gente entrou assim: primeiro vieram os agentes de saúde e não tinham os outros profissionais: não tinham médicos e não tinha os enfermeiros. Eles foram chegando aos poucos; no primeiro momento fomos nós. E aí foi se formando a equipe, vindo os direcionamentos, o que que precisava mesmo.”

Neste momento de adaptação, Lourdes conta que passou por alguns cursos breves sobre alguns procedimentos (prevenção de doenças em crianças menores de 2 anos, cuidados especiais na gestação) e doenças (hipertensão, diabetes, tuberculose e leptospirose):

“Então aí foi começando a fazer a formação sobre as doenças básicas que o programa trabalha, que é hipertensão, o diabetes, a criança menor de dois anos, a gestante... então, essas coisas, e as doenças, que são, principalmente, tuberculose que foi muita coisa em cima dessa questão da tuberculose, a dengue, leptospirose em menor escala, mas também teve a formação.”

Em 2006, depois de 5 anos de implantação desta UBS, o Ministério da Saúde e da Educação promoveram o Curso Técnico para Agente Comunitário

de Saúde, contendo 3 módulos. Lourdes conta que foi ministrado somente o módulo 1, que os outros ainda não foram postos em prática.

O curso, segundo a entrevistada, era feito basicamente de pesquisas trazidas pelos ACS sobre a sua comunidade e de aulas sobre prevenção das doenças prevalentes naquela região. Este módulo acontecia às segundas feiras, em período integral, sendo que durante toda a semana os alunos ficavam incumbidos de fazer as pesquisas e apresentar para a classe na semana seguinte, sob supervisão do enfermeiro da equipe.

É importante ressaltar o comentário que Lourdes faz sobre a educação continuada. A entrevistada comenta sobre as informações que são captadas através do fazer dos outros profissionais com os quais trabalha:

“Fora que na equipe, nas visitas com a médica, com enfermeiro, eu falo que a gente aprende muito com isso, ouvindo eles falarem para a pessoa. Então foi a minha educação mais continuada ainda que a gente tem é essa.”

Durante as visitas domiciliares, a entrevistada se baseia também no trabalho do outro profissional para recolher informações sobre os procedimentos a serem realizados nos casos em que atendem.

Lourdes atenta para um ponto que a formação traz. Além de capacitar pessoas para realizar as tarefas determinadas, a formação pode servir como um molde e um reconhecimento. No caso dos ACS, entrevistada diz que seria importante o término desta formação (cursar os módulos 2 e 3) não somente para obter conhecimentos, mas também para ter o reconhecimento da profissão e da delimitação de suas atribuições:

“Então foi feito esse primeiro módulo e estamos na expectativa de ter o segundo. Até por um reconhecimento profissional mesmo. Sabe, assim, oficial de ter formação técnica, de ser respeitado, porque o agente de saúde ainda está meio não tão reconhecido. “

“até onde que é a minha função, até onde que não é; aonde é que eu estou sendo explorada (...)”

Através das pesquisas e das entrevistas realizadas, nota-se que uma das questões centrais da profissão de ACS é justamente a delimitação de suas ações. Por serem extremamente abrangentes, os profissionais desta área não têm clareza sobre quais são objetivamente suas tarefas.

A dedicação ao trabalho do ACS funciona como uma pré-determinação para se adaptar ao trabalho. A entrevistada coloca como um dos pontos centrais a preferência de realizar tarefas que envolvam e auxiliem a população (antes de assumir o posto de ACS, Lourdes era voluntária da pastoral de sua igreja) e o interesse pela história de implantação do SUS em São Paulo.

Lourdes diz que desde o começo da implantação da UBS em que trabalha já “vestia a camisa”, se engajou com o projeto e se identificou com a função e com os pacientes que iria atender, pois já conhecia a maioria deles através do trabalho voluntário da pastoral de sua igreja.

Durante a entrevista, Lourdes comenta sobre o seu trabalho na UBS e sua visão sobre os pacientes que atende. Ela acredita que o ACS é um “sanduíche”, está entre a população e o posto de saúde, posição em que fica responsável por regular os dois lados, atendendo com excelência a população e passando as informações para os profissionais da UBS.

É importante para ela atender bem e estar envolvida com a comunidade, acredita que é desta maneira que irá adquirir a confiança da comunidade para abrir a porta de suas casas e poderá captar os nuances de cada paciente, entender quais são as demandas que se fazem presentes:

“Mas essa porta aberta quem faz é o agente de saúde. E se eu não tiver conhecimento, se eu não estiver envolvida(...) Porque eu tenho que estar envolvida. Eu acho que o agente de saúde tem que gostar do que faz, porque se não gostar do que faz fica pesado. Porque não é uma coisa, assim, tão fácil,não.”

Lourdes considera a conversa como uma ferramenta extremamente útil para lidar com seus pacientes. Conta que alguns deles precisam conversar somente.

No decorrer da entrevista, pode-se perceber que a Lourdes possui um olhar diferenciado e amplo para a comunidade em que trabalha. A entrevistada

cita exemplos onde ela pôde perceber, através de variações no comportamentos de seus pacientes que algo estava fora do comum:

“Nem sempre ele (paciente) fala o que ele está sentindo. Você percebe no semblante, no comportamento. Ou quando ele está muito inquieto, que já... que quer sumir, ou quando está apático demais.”

“Você vai percebendo. Eu passei um mês, dois meses, três meses e estava tudo bem; chego e de repente essa pessoa está desse jeito? “O que aconteceu? Tem alguma coisa que você gostaria de falar? Se quiser falar...” Porque a gente adquire já essa confiança. Eles confiam muito na gente. Isso é... é uma responsabilidade muito grande.”

É importante salientar este olhar que o ACS possui de sua comunidade. Esta atenção que o profissional despende é essencial para a excelência do trabalho. Entender seus pacientes, ter conhecimento de seus hábitos e comportamentos é fundamental para mapear o que está ocorrendo com a sua comunidade, ter o comprometimento e sensibilidade de perceber o que está implícito faz com que o ACS seja tão fundamental no PSF.

Lidar com pessoas é a rotina do ACS. Saber entender estas pessoas, suas necessidades, fazer um trabalho de prevenção de doenças e promoção de saúde para sua comunidade em particular é algo que transcende o prescrito em suas atribuições.

As nuances que Lourdes comenta acima é algo que ela não foi capacitada para ter. Ela, através de características pessoais, faz com que seu trabalho seja feito com maior presteza, e por esta razão enfatiza a necessidade dos outros ACS possuírem comprometimento e envolvimento com a população que atende, pois somente através deste vínculo que se faz possível o entendimento mais global e eficiente dos pacientes atendidos.

A promoção de saúde proposto pelo Ministério da Saúde prevê que o ACS exerça várias funções e tarefas múltiplas, que abrangem o campo da saúde e da educação:

“O agente de saúde ele é, tipo assim, pau pra toda obra. Tudo é o agente de saúde. Toda informação que precisa, é o agente de saúde:

levantamento de vacina, é o agente de saúde, (...) levantamento de gestante, de hipertenso, de diabético, de criança, de tudo isso é o agente de saúde. Ninguém nem se preocupa de procurar uma assistência porque já sabe que o agente de saúde tem isso na mão. E às vezes eu acho que é exigido demais. Muita coisa pra gente fazer ao mesmo tempo.”

Lourdes tem a opinião de que estão fazendo exigências maiores do que o ACS pode cumprir. Ela se sente pressionada para executar as tarefas que lhe são atribuídas.

Além das inúmeras atribuições do ACS, Lourdes diz que tem dificuldades para delimitar para sua comunidade seu horário de trabalho. A depoente comenta sobre rotinas de seu dia a dia que são interrompidas por pacientes:

“Eles te abordam... eu falei uma vez, que eu estava na fila da comunhão, esse foi o mais inusitado, chegou e fez assim, no que eu olhei pro lado ele disse: ‘Preciso de uma consulta’.

A entrevistada conta também que precisa tratar os pacientes sempre de maneira educada e profissional, pois diz que estas serão as mesmas pessoas que ela irá encontrar em suas visitas domiciliares quando estiver trabalhando. Diz que trata seus pacientes da maneira que gostaria de ser tratada, que não consegue ser ríspida com sua comunidade em nenhum momento, mesmo quando não está trabalhando.

Ainda comentando sobre as múltiplas atribuições e especificidades do trabalho de ACS, Lourdes comenta sobre o número de famílias que atende, que é de aproximadamente 200. Para que ela atenda com qualidade esses pacientes, é preciso tempo, variável que dificulta, e muito, seu trabalho.

A entrevistada se queixa do tempo estipulado para atender cada paciente:

“É horrível isso. Logo que vieram com essa coisa que dez, quinze minutos é o suficiente pra fazer a visita, eu me senti meio, assim, sufocada. Falei, ‘bom, vou cronometrar pra ver o que dá pra fazer nesse tempo’. Nossa, mas eu me senti mal. Pois eu me coloco no lugar da pessoa: se alguém chegasse na minha casa, falasse assim

comigo e nem olhasse no meu olho, como que eu ia me sentir? E eu acho que é isso. Perde confiança, a credibilidade.”

Lourdes acredita que não há a possibilidade de se estipular um tempo determinado para atender os pacientes, acredita que a demanda de cada um é diferente.

Não é possível ter como meta um período estabelecido para todos que atende. Ela acredita que as necessidades de atendimento não são as mesmas e pensa que 10, 15 minutos são suficientes apenas para fazer perguntas de rotina e coletar informações estatísticas necessárias para preencher suas fichas, não possuindo tempo suficiente para captar o que cada paciente demanda.

Quando questionada sobre sua formação, Lourdes acredita que os outros módulos que ainda faltam podiam acrescentar conhecimentos necessários para sua formação. Ela elogia o método como foi feito a primeira parte do curso previsto pelo Ministério da Saúde e da Educação, diz que ficou satisfeita com o este conteúdo.

No decorrer da entrevista, Lourdes relata que se sente insegura quanto a procedência de algumas informações:

“Às vezes a gente fica inseguro, porque uma vez escuta uma coisa, outra hora escuta outra coisa de outra pessoa e eu vou, com essas informações que eu ouço de terceiros, não que veio oficialmente pra mim.”

Algumas informações que Lourdes necessita não são passadas de forma oficial. Ela, por precisar de alguns conteúdos para exercer seu trabalho, vai buscá-los com outros ACS e profissionais, porém a entrevistada relata algumas contradições entre as informações que coleta informalmente.

Estes conhecimentos que Lourdes absorve por meio de conversas e observações do fazer de outros profissionais não são oficiais, são aprendidas informalmente. Por a entrevistada captar algumas diferenças entre dados que deveriam ser idênticos, ela comenta sobre essa falta de algum manual onde possa consultar e ter certeza de todos os conteúdos que precisa:

“Às vezes a gente fica inseguro, porque uma vez escuta uma coisa, outra hora escuta outra coisa de outra pessoa (...) que não vieram oficialmente pra mim.”

“Se tivesse, digamos assim, um caderno: É isso! (...) Eu escuto... uma hora um médico fala de uma forma, o enfermeiro fala, então eu vou colhendo informações e passo pra frente. Mas no curso nosso mesmo não entrou nesse detalhe. Nessa primeira... de doenças já existentes, já... que você já encontra a população com ela.”

Nestes fragmentos podemos encontrar dois comentários distintos sobre a formação. Lourdes comenta que há algumas informações que não possui oficialmente, aprendidas informalmente com seus colegas de trabalho, e que, necessitando delas precisa procurá-las, porém nem sempre consegue uma resposta satisfatória.

Outra indagação que a depoente se refere é a falta de conteúdos sobre como tratar as doenças já existentes.

O Ministério da Saúde e da Educação focaram o módulo 1 do curso para os ACS para a prevenção de doenças, o que é um recurso extremamente válido, sendo um progresso no conceito de saúde. Esta iniciativa auxilia Lourdes a fazer seu trabalho, executar suas tarefas do dia a dia de uma ACS, porém uma parcela significativa da comunidade que atende já está doente, muitas das famílias que visita um ou mais membros já estão enfermos.

A entrevistada atenta para este ponto que considera estar defasado em sua formação. Ela quer maiores dados para auxiliá-la em como executar seu trabalho em casas de pacientes já adoentados, pois segundo sua fala o ACS “já encontra a população com ela (doença)”.

“Então, essa parte de doenças que já estão na população não entrou. Então seria uma coisa interessante, oficial pra “estar entrando”, talvez, nesse curso técnico.”

Lourdes fornece à sua formação um significado mais amplo do que somente aprender conhecimentos novos. Ela diz que os cursos que faz aumentam sua motivação para continuar no trabalho:

“Aí me deu um novo gás.(...) Então é bom ter formações porque dá esse novo gás. Pra mim é um antídoto e tanto.”

Neste fragmento, nota-se a importância de uma formação contínua e eficaz para os ACS. Além de fornecer informações essenciais para o trabalho deste profissional, as capacitações trazem um novo ânimo para continuar a exercer suas tarefas.

Quando indagada sobre melhorias na formação, Lourdes diz que a falta de algumas informações a prejudica, pois ela necessita delas, e por esta razão recebe algumas respostas que por vezes são contraditórias. A escassez de conhecimentos sobre como proceder em casos onde a população que atende já está adoentada também é outro ponto importante.

Além destes pontos que merecem melhorias, a entrevistada percebe a falta de um espaço para poder conversar sobre sua rotina, possíveis preocupações, angústias. Diz que seu diálogo com a entrevistadora a ajudou muito a reorganizar suas idéias e ter um momento onde pôde compartilhar algo dela com alguém.

Em resumo, Lourdes é uma ACS em atividade, “vestiu a camisa” do PSF desde de sua implantação em São Paulo. A entrevistada tem interesse em ajudar pessoas com os recursos que possui.

Anteriormente a admissão como ACS, Lourdes já fazia trabalhos voluntários em sua comunidade através da pastoral da igreja. Possui forte engajamento com sua comunidade, é ativa no sentido de motivar a população a se informar e lutar pelos seus direitos, garantindo qualidade de vida melhor para a região em que reside e trabalha:

“Mas também trabalhar a cidadania das pessoas. Porque as pessoas estão muito paradas, sabe, elas não têm noção de cidadania.”

Com o posto de ACS, Lourdes pôde auxiliar as pessoas através de um novo conhecimento que adquire continuamente em sua função. Com este cargo, ela pôde ajudar seus pacientes a partir de sua função e informações que obtém.

A entrevistada sente dificuldades em adquirir conteúdos referentes principalmente à doenças preexistentes. Queixa-se de que algumas informações não são passadas formalmente, ou seja, nos cursos de formação, mas sim informalmente pelos seus colegas de trabalho.

Capítulo IV – Análise e Considerações Finais

Neste capítulo será tratada a última análise dos dados obtidos teórica e empiricamente, juntamente com as considerações finais passíveis após a finalização deste trabalho.

As fontes de informações coletadas são de naturezas distintas: dados de entrevistas com os ACS, conteúdo teórico a partir da análise das apostilas do Módulo I da Formação Técnica e textos pesquisados.

Algumas concordâncias e divergências foram encontradas ao longo da execução desta pesquisa.

Os dados iniciais foram aqueles retirados de livros, dissertações, teses, artigos e sites consultados. Nestes, não foram encontradas diferenças discrepantes em relação ao que os autores discorrem sobre o trabalho e a formação dos ACS. O que se pode concluir a partir da revisão bibliográfica realizada é que a capacitação do ACS ainda é bastante falha, considerando os materiais levantados nos artigos.

A partir da formação que tivemos acesso, o material foi produzido com cautela e cuidado, possuindo conteúdos de extrema importância para o ACS.

Concluimos que, para a formação de ACS, os autores não consideram apenas a dimensão prática ou o mero treinamento de funções concretas, como o preenchimento de formulários, organização de prontuários de famílias cadastradas, mas também se preocupam em inserir informações de base para este profissional. Por esta razão, podemos pensar que esta capacitação foi estruturada a partir de conhecimentos que julgam necessário para que o ACS construa sua prática a partir de conteúdos que dêem sentido para as tarefas que executa em seu cotidiano, embasando suas ações do dia a dia.

O esforço em fornecer subsídios para os ACS, em fornecer informações teóricas como a história do Brasil e de sua população, definição de temas importantes como vigilância em saúde e vulnerabilidade é algo que consideramos imprescindível para a execução de trabalho, para que haja consciência da importância e do local onde suas tarefas se inserem na história e na sociedade.

Nas apostilas do Ministério da Saúde e da Educação e das feitas pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, encontra-se também o incentivo

ao ACS em exercer sua cidadania e fazer com que sua comunidade seja ativa, possibilitando o conhecimento e a busca ativa de seus direitos.

Não podemos deixar de citar a incompletude da formação. Os outros módulos que compõem a capacitação ainda não foram ministrados, portanto, há uma pequena parcela do que estava previsto para ser executado.

A partir das falas trazidas pelas ACS entrevistadas, muito do conteúdo contido nas apostilas de formação foram assimilados por elas. Ambas consideram o ACS como o elo que conecta a população e o serviço de saúde e possuem um olhar amplo para a saúde, reconhecendo problemas como, por exemplo, as condições de moradia de seus pacientes, e estão conscientes de seu papel dentro da sociedade e da saúde pública.

As entrevistadas Fátima e Lourdes falam sobre o conteúdo desta primeira etapa de formação. O discurso de Lourdes é mais orientado para as informações contidas nesta etapa da formação, porém Fátima também apresenta falas em que reconhece o papel do ACS. e sua definição do que é exercer esta profissão é bastante semelhante àquela descrita nos cadernos analisados.

Vale atentar para o fato de somente Lourdes ter passado pelo Módulo I da formação. Fátima obteve as informações iniciais sobre o que era ser ACS com a gerente e a enfermeira do posto em que iria trabalhar. Esta diferença é marcante nas duas entrevistas, mas como foi dito anteriormente, Fátima também possui bons conhecimentos sobre a profissão e sabe da importância de suas atribuições para a sociedade.

De acordo com a revisão bibliográfica realizada neste trabalho, não foram encontrados muitos documentos acerca da formação do ACS em particular. O que foi encontrado com maior frequência são temas referentes ao trabalho do ACS em geral, mas são escassos os trabalhos que tratem especificamente da capacitação deste profissional.

A partir dos autores pesquisados, não foram encontradas discrepâncias sobre o assunto. Os trabalhos pesquisados se complementam, no esforço de delimitar um modelo de formação.

O que se encontra nos artigos e teses pesquisados é a questão da multiplicidade e caráter da formação. As dimensões política e técnica são abordadas no sentido amplo, para fornecer subsídios para o cotidiano do ACS.

Este profissional irá atuar no sentido de melhorar a qualidade de vida da comunidade em que atua. Para isso, precisa contar com ferramentas que o auxiliem neste trabalho. A dimensão política se insere neste contexto, contribuindo com conhecimentos como cidadania, políticas públicas e um pouco do campo da assistência social.

Em seu ofício, o ACS terá que atentar para condições que vão além da saúde no sentido restrito. Além de averiguar patologias já instaladas, este profissional irá investigar sobre as condições de vida de sua comunidade, como a condição de moradia, higiene, taxa de desemprego, analfabetismo, índice de crianças que não freqüentam a escola, entre muitos outros fatores que estão presentes naquela população.

A dimensão técnica diz respeito a tarefas mais operacionais. O mapeamento de famílias cadastradas, conhecimentos sobre prevenção de doenças e preenchimento de fichas são algumas destas atribuições.

O que as entrevistas apontam é a escassez de informações técnicas. Tanto Lourdes quanto Fátima tratam do assunto da falta de informação sobre doenças. A demora na aquisição destes conteúdos angustiam as depoentes, pois, sentindo-se responsável pelo estado de saúde de seus pacientes, se há algum agravo por falta de conhecimento os ACS se sentem culpados por isto.

Além das duas dimensões, a importância da educação continuada também é tratada. Além do curso de formação, é necessária a existência de cursos complementares para a capacitação adequada dos ACS, contemplando inclusive informações sobre doenças, tópico comentado nas entrevistas.

O quesito mais importante, responsável pelo título do presente trabalho, é a presença ativa dos ACS no processo de construção desta formação. Acreditamos que somente assim pode-se produzir uma capacitação que seja adequada para estes profissionais, através das experiências vividas no cotidiano.

As situações vividas no trabalho dão o toque do concreto que a formação precisa. Mais do que conteúdos teóricos, este momento precisa estar rodeado de realidade, para de adequar e ser de indiscutível uso para os ACS.

O que foi abordado nesta pesquisa foi a formação do ACS empregada hoje, e a importância da participação deste profissional neste processo.

O que podemos avaliar é que a formação ainda não está adequada para as atribuições do ACS, mas podemos somente caminhar rumo a uma conclusão, pois não possuímos conhecimento dos outros módulos e não sabemos se uma capacitação poderá fornecer todos os subsídios para o ACS executar seu trabalho sem atribuições.

O que começamos a trilhar aqui foi justamente este caminho, e logo percebemos que algo perpassa a relação formação-trabalho.

Ambas entrevistadas consideram que seu cotidiano como ACS as cobra muito, e que não há um espaço para compartilhamento das angústias acumuladas em suas experiências. Relatam que não há um momento onde possam relaxar e se preparar para mais um dia de trabalho. Lourdes diz que seu depoimento serviu para ela como um compartilhamento das vivências adquiridas, e que seria importante ter mais encontros como aquele que ela e a pesquisadora tiveram. Já Fátima enfatiza a necessidade da criação de um projeto onde os ACS possam fazer atividades que os auxiliem na preparação psicológica antes de iniciar o cumprimento de suas atribuições.

A definição de um projeto que possa contemplar estas sugestões dadas pelas entrevistadas fica como um passo importante para se construir.

Ainda, podemos tomar como considerações finais a necessidade de conclusão desta formação para assim talvez preencher as lacunas que as depoentes apontam (falta de informações imediatas em caso de doenças existentes) e para dar o título de técnico em ACS, dando tom oficial a profissão.

Por fim, deixamos a continuidade deste projeto para outras pesquisas se aprofundarem no tema formação de ACS, trilhando rumo para uma formação que se seja mais adequada possível para estes profissionais, contando sempre com a participação ativa destes para que este objetivo seja alcançado, além da elaboração de projetos que abarquem a dimensão das dificuldades encontradas no caminho dos ACS, possibilitando qualidade de vida não só para a comunidade, mas para quem a fornece também.

Referências Bibliográficas

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 223 p.

BORNSTEIN, V.J.; STOZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 259-268, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Referencial curricular para curso de agente comunitário de saúde: área profissional saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.: il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CORBO, A. M. D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia; MOROSINI, Márcia Valéria G.C. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas Voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. **O processo Histórico do Trabalho em Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. cap. 9, p. 189-208.

DALMASO, A.S.W.; SILVA, J.A. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos

em saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.6, n.10, p.75-82, fev 2002.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesqui. [online]**, Rio de Janeiro, n.115, p. 139-154, 2002.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.S.J.R.; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com os agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.439-447, set/dez 2007.

SECRETARIA DA SAÚDE. **Curso Técnico de agente comunitário de saúde. Módulo I: Habilitação Profissional de Técnico Agente Comunitário de Saúde. Unidade III.** Secretaria da saúde. Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde – CEFOR. Escola Técnica do SUS – ETSUS, São Paulo, p.240, 2006.

SILVA, F. L. **A Psicologia e o Programa de Saúde da Família: Novas possibilidades, velhos dogmas?** . Natal, RN, 2004. 121p. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Instituto de psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

THEISEN, N. I. S. **Agentes comunitários de saúde (ACS): Condições de Trabalho e Sofrimento Psíquico.** 2004. 160 f. Tese de (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Santa Catarina. 2004.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”.
Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.6, n.10, p.84-87, fev 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em:
<http://dab.saude.ga.br/conheca_dab.php>. Acesso em 10 mai. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em:
<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 21 mai.
2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em:
<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>>. Acesso em 21 mai. 2009.

Anexos

Anexo 1 - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O **objetivo** desta pesquisa é investigar com os próprios ACS a sua formação técnica e as possíveis distâncias com a prática profissional.

Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas (a acadêmica Ana Paula Tognotti e a professora orientadora Renata Paparelli, que podem ser localizadas na PUC-SP, Rua Monte Alegre 968, sala, T 52, Perdizes, Telefones: 3670 8320 / 3670 8521.

Será garantido a você e a qualquer participante deste trabalho a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, sem penalização alguma.

Não há despesas pessoais para o participante do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento antes, durante e após a entrevista.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora, consinto em participar, na qualidade de sujeito, do estudo a ser desenvolvido referido neste termo, o qual inclui o registro da entrevista e a possível publicação dos resultados, garantindo-se o sigilo e o anonimato dos participantes, bem como a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, antes durante a entrevista, sem que haja penalização.

Renata Paparelli (orientadora)

RG.: 22428214-1

CPF.: 151640938-80

Ana Paula Tognotti (pesquisadora)

RG: 43749332-5

CPF: 366433598-80

Participante

RG

CPF

Testemunha 1

RG

Testemunha 2

RG
