



UNIVERSIDADE
DO BRASIL
UFRJ

INSTITUTO DE BIOLOGIA – CEDERJ



UM ESTUDO DE CASO SOBRE A FORMAÇÃO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE TRÊS MÓDULOS DE ESF DO
MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS.

MICHELE MÁXIMO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE ANGRA DOS REIS

2017



UNIVERSIDADE
DO BRASIL
UFRJ

INSTITUTO DE BIOLOGIA – CEDERJ



UM ESTUDO DE CASO SOBRE A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE TRÊS MÓDULOS DE ESF DO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS.

MICHELE MÁXIMO

Monografia apresentada como atividade obrigatória à integralização de créditos para conclusão do Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas - Modalidade EAD.

Orientador (a): Francine Lopes Pinhão: Doutorado em Educação em Ciências e Saúde (UFRJ/NUTES)

ORIENTADOR: Francine Lopes Pinhão: Doutorado em Educação em Ciências e Saúde
(UFRJ/NUTES)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE ANGRA DOS REIS

2017

(ATENÇÃO: ESTA FICHA IRÁ IMPRESSA NO VERSO DA CONTRACAPA
DESTE CONJUNTO, OU SEJA, ATRÁS DA FOLHA ANTERIOR)

FICHA CATALOGRÁFICA

MÁXIMO, Michele

UM ESTUDO DE CASO REFERENTE A FORMAÇÃO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE TRÊS MÓDULOS DE ESF DO
MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DE
PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS, 2017. 51 f. il:
31 cm

Orientadora: Francine Lopes Pinhão

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro
para obtenção do grau de Licenciado (a) no Curso de Licenciatura em
Ciências Biológicas – Modalidade EAD. 2017.

Referencias bibliográfica: f.45 ; 46

1. Formação, Agentes Comunitário Saúde, Prevenção de Doenças,
Promoção de Saúde

I. PINHÃO, Francine (Orient.)

II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Licenciatura em Ciências
Biológicas – Modalidade

EAD

III. UM ESTUDO DE CASO REFERENTE A FORMAÇÃO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE TRÊS MÓDULOS DE ESF DO MUNICÍPIO DE
ANGRA DOS REIS:.

AQUI ENTRA A ATA DE DEFESA

Dedico este trabalho aos meus pais que com muito amor sempre me incentivaram nos estudos, a minha família e a todos que participaram deste processo de grande aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar a Deus, por me proteger, me guiar e abençoar com a oportunidade de chegar até aqui e colocar em minha caminhada pessoas que me apoiaram e incentivaram.

Aos meus pais, Srº Pedro Máximo e Sr. Maria Luiza Máximo, que sempre com muita determinação e amor mostraram aos seus filhos a importância dos estudos e principalmente pelos valores que a nós foram passados. Retorno aos meus pais, mas agora me referindo especificamente a minha mãe por sua insistência, orações e apoio incondicional para a conclusão deste Trabalho..

À minha família que é a minha base sólida e que sempre estiveram presentes. A minha amada irmã Suelen Máximo que percorreu esse trajeto comigo, cursando a faculdade juntas, que por várias vezes demonstrou confiança e me incentivou a não desistir e sim prosseguir dia após dia.

Agradeço ao meu filho Matheus Máximo de Souza, por sua compreensão e carinho.

Aos meus amigos que me ajudaram e sempre me incentivaram, alguns em especial, Flávia Tenório, Leonardo de Freitas e Marcos B. Almeida.

Ao meu namorado Franklin Rodrigues, que nesta reta final esteve presente me apoiando.

À minha Orientadora Francine Pinhão, por acreditar em meu potencial, por sua paciência, dedicação e seu modo de conduzir a realização desta monografia, pelos momentos de aprendizado, reflexões.

Aos tutores e demais funcionários do Polo CEDERJ Angra dos Reis, pela dedicação, todo conhecimento transmitido, por sempre estarem solícitos as minhas necessidades e por me fazer gostar ainda mais do ensino de Biologia. Em especial à diretora do polo ARE, Marta Zanetti por seu apoio e por conduzir com maestria nosso polo, sempre nos auxiliando.

A todos que passaram pela minha trajetória de vida, pessoal, profissional e acadêmica e que de alguma forma, direta ou indiretamente me ajudaram a chegar até aqui.

RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde, hoje inseridos no programa de Estratégia de Saúde da família (ESF) do Ministério da Saúde (MS), possuem inúmeras atribuições, dentre elas a de levar Educação em Saúde, Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças a comunidade em que atua. Sendo considerado pelo MS o elo entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a população. A formação desses agentes atualmente fica sob a responsabilidade dos municípios e de acordo com pesquisas da área ainda há muita discrepância nesse processo, apesar das orientações curriculares para tal. Em vista deste aspecto e do reconhecimento destes agentes como elo entre SUS e população, esta pesquisa teve o objetivo geral de realizar um estudo de caso sobre a formação de agentes de saúde que atuam no município de Angra dos Reis. Para isso foi utilizada a seguinte metodologia: Pesquisa social qualitativa . Por meio das análises obtivemos os seguintes resultados: Os ACS como peça chave desta ligação da população com o SUS necessita se reconhecer como Educador, adquirir saberes necessários para transformar a visão da comunidade a seu respeito, que muitas vezes os veem como entregadores de resultado de exames e/ou marcadores de consultas. Desta forma para que este quadro mudo se faz necessário investimento em mão de obra (RH) e principalmente em formação adequada

Palavras-chave:; Agentes Comunitários de Saúde, Formação, Educação em Saúde, Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças.

SUMÁRIO:

| | |
|---|-----------|
| 1. ESCOLHA DO OBJETO E JUSTIFICATIVA | 8 |
| 1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA | 10 |
| 2. UM BREVE PANORAMA DA PESQUISA NACIONAL SOBRE A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE | 11 |
| 2.1. POLÍTICAS QUE REGULAMENTAM A PROFISSÃO DE ACS. | 12 |
| 2.2 PANORAMAS DAS PESQUISAS NACIONAIS SOBRE A FORMAÇÃO DOS ACS | 15 |
| 3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS | 20 |
| 4. METODOLOGIA DO ESTUDO | 25 |
| 4.1. O CENÁRIO DE PESQUISA | 27 |
| 5. RESULTADO | 29 |
| 6. DISCUSSÃO | 37 |
| 7. CONCLUSÃO | 42 |
| 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 45 |
| 9. ANEXO: QUESTIONÁRIO | 47 |

1. ESCOLHA DO OBJETO E JUSTIFICATIVA

Minhas motivações para abordar o tema “A educação em saúde na formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” provêm da minha experiência empírica como Agente de Controle de Vetores¹ do município de Angra dos Reis, concursada desde 2005 e atuando como Coordenadora de Fatores de Riscos Biológicos, coordenação onde se inclui o Programa de Controle e Combate a dengue, no período de 2010 a 2012. Após mudança do quadro de gestão em 2012, voltei às minhas atividades de visita Dominciliar e no início de 2017, novamente voltei para a gestão da Assistência de Fatores de Riscos Biológicos do município.

A partir do momento em que o município onde atuo realizou a pactuação com o Ministério da Saúde (MS) para inserção dos Agentes de Combate às Endemias¹ (ACE) no programa de Estratégia de Saúde de Família (ESF), com o objetivo de mais ações preventivas integradas serem realizadas, fiquei motivada a conhecer melhor esse grupo e me questioneei sobre o papel destes profissionais como educadores de saúde²

Com base nesta experiência e em reflexões sobre a prática destes agentes, selecionei dois pontos fundamentais que me levaram à construção desta pesquisa: (i) a relação Educação em Saúde (ES) e capacitação profissional e (ii) o desenvolvimento de atividades relacionadas à Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças por ACS.

Sobre a relação ES e capacitação profissional, já prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS), percebo a existência de algumas lacunas. Dentre estas destaco duas: a necessidade de inserir nos processos formativos dos ACS discussões acerca do tema ES que auxiliem na elaboração de estratégias de ação na comunidade, possibilitando a aproximação com diferentes grupos sociais e o reconhecimento do seu papel como educador e multiplicador.

Como profissional atuante na área identifiquei desde o início de minha trajetória como Agente de Controle de Vetores (ACV), a necessidade de conhecimentos educacionais relativos à Saúde para desenvolver com êxito uma das principais atribuições do cargo³, a saber, promover saúde e prevenir doenças. Muitas são as dificuldades encontradas para a ideal capacitação destes profissionais. Desde o início de

¹ A partir de 2006, a nomenclatura do cargo de Agente de Controle de Vetores (ACV) passou a ser Agentes de Combate às Endemias (ACE)

² O ministério de estado da saúde, através da PORTARIA Nº 1.007, de 4 de Maio de 2010, define critérios para regulamentação e incorporação dos ACES e ACVs na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família em especial em parceria com os ACS.

³ Lei Nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, Presidência da República, Casa Civil.

minha atuação como ACV, sempre me perguntei: como exigir deste profissional a atuação na promoção de práticas para uma boa saúde sem que o mesmo detenha um conhecimento qualificado sobre estas? Uma realidade semelhante também pode ser encontrada na formação e atuação dos ACS.

Com relação ao debate sobre promoção da saúde e prevenção de doenças acredito que exista a necessidade de explorar em profundidade estes conceitos no sentido de que os mesmos possam ser orientadores das práticas com a comunidade. Conforme consta nas atribuições dos ACS, dispostas na Lei 11.350/06:

Art. 3º. O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (BRASIL, 2006)

Os ACE atuam no Programa Nacional de Combate a Dengue (PNCD) e no município de Angra dos Reis existe uma equipe de Educação em Saúde, composta pelos próprios agentes. Algumas das atividades do programa são desenvolvidas em parceria com as Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) inserindo principalmente os ACS neste contexto. Atuando diretamente com a população identifiquei a falta de conhecimentos básicos quando nos referimos às boas práticas de Saúde, aliada a desvalorização da prevenção de doenças e das atividades dos agentes que realizam visitas domiciliares. O convívio com meus companheiros de trabalho também evidencia o despreparo dos mesmos para atuarem como atores principais nas questões acima citadas.

Sendo assim, as perguntas norteadoras desse estudo serão: Como é realizada a formação dos ACS para o exercício de suas funções no município de Angra dos Reis? Qual a percepção dos ACS sobre a sua função de Educador em saúde?

1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

Diante das perguntas traçadas esta pesquisa terá como objetivo geral realizar um estudo de caso sobre a formação e a atuação dos ACS como educadores em saúde nos três módulos, dois no primeiro distrito e um no segundo distrito sanitario do município. Para alcançar tal objetivo propomos os seguintes objetivos específicos:

- (I) Realizar um breve panorama com revisão de literatura das políticas públicas criadas para o desenvolvimento das funções dos ACS e das pesquisas sobre a formação destes profissionais.
- (II) Identificar as estratégias para a formação inicial e continuada dos ACS no município de Angra dos Reis, especificamente nos três módulos de ESF pesquisados, principalmente, no que diz respeito a sua função de educador em saúde.
- (III) Compreender como os ACS que participaram da pesquisa se reconhecem no seu papel de educador em saúde.

2. UM BREVE PANORAMA DA PESQUISA NACIONAL SOBRE A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Com a finalidade de uma aproximação com o campo de pesquisa na área e a coleta de informações sobre as políticas públicas e as práticas de formação dos ACS no Brasil, foi empreendido um trabalho de revisão bibliográfica que será apresentado nesse capítulo. Para a revisão de literatura optei por localizar textos de pesquisa acadêmica que discutissem a formação e atuação dos ACS. A seleção de textos foi realizada em meios eletrônicos, especificamente na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online - SciELO , resultando na localização de 23 artigos voltados para a discussão sobre a formação dos ACS. Os descritores utilizados para localizar os artigos foram: agente, saúde, educação e formação, usadas separadas e também juntas para algumas pesquisas. A fim de buscar estudos especificamente voltados para a região de Angra dos Reis foram realizadas buscas no Google Acadêmico e foram localizados: um artigo e uma dissertação de mestrado.

Outro campo de busca textual foram os sites e publicações impressas do Ministério da Saúde (MS) resultando na localização de quatro decretos de lei que visam à regulamentação da função de ACS e as normativas para a capacitação desses profissionais.

De posse desse material passo a relatar alguns aspectos gerais sobre o tema de investigação desta pesquisa a partir de dois eixos (1) a descrição e discussão das políticas que regulamentam a profissão; (2) o panorama das pesquisas nacionais sobre a formação dos ACS.

2.1. POLÍTICAS QUE REGULAMENTAM A PROFISSÃO DE ACS.

No ano de 2002, a profissão de ACS foi criada em termo de lei, que em 2006 foi revogada para que ajustes pudessem ser feitos. A nova regulamentação ocorreu através da já citada Lei Nº 11.350/06. No Art. 3º, Parágrafo único consta que:

São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e.

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, 2006)

Dentro desta mesma Lei consta também no Art. 5º, que:

O Ministério da Saúde disciplinará as atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de controle e de vigilância a que se referem os arts. 3º e 4º e estabelecerá os parâmetros dos cursos previstos nos incisos II do art. 6º e I do art. 7º, observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação. (BRASIL, 2006)

Onde o Inciso II do Art. 6º diz que “*o agente Comunitário de Saúde deverá haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial*”.

Esta Lei confere aos ACS um papel de educador, caracterizando-os como um elo entre a comunidade e o Sistema Único de Saúde (SUS), porém a função de ACS já é conhecida desde o final da década de 1970, quando foi criada a declaração de Alma-Ata na Conferencia Internacional de Cuidados Primários a Saúde. Este documento foi um marco para a criação dos ACS no contexto de atenção à saúde. Inicialmente estes profissionais eram vistos como voluntários, pois mesmo sem uma regulamentação da profissão os trabalhos já aconteciam desde 1988, antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém no ano de 1991 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que teve sua nomenclatura alterada para PACS, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, assim os ACS foram inseridos na rede do SUS.

De acordo com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, do MS: “A proposta do PACS consiste em levar as informações e os conhecimentos necessários para a população sobre os cuidados sobre sua saúde, buscando contribuir e consolidar os sistemas locais de saúde.” (BRASIL, 1997)

Em 1994 o MS criou o Programa de Saúde da Família (PSF), este programa absorveu os ACS para suas equipes. O PSF, que hoje recebe a nomenclatura de ESF (Estratégia e Saúde da Família), vem se consolidando como uma estratégia de fortalecimento do SUS. Sobre a inserção dos ACS nas ESF, conforme consta na PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 do MS:

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas.

Neste novo cenário em que os ACS foram absorvidos pela ESF, este profissional é supervisionado por um Enfermeiro dentro de uma Unidade, onde as exigências para atuar como ACS são: ser morador da localidade onde atuará, ter concluído o nível fundamental e hoje na maioria das cidades, passar por um processo seletivo que fica a cargo do município.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) hoje está inserido dentro do Programa da Saúde da Família. Neste programa os agentes são supervisionados por um Enfermeiro dentro de uma unidade básica de saúde, onde na sua concepção inicial deve ser (o agente) um dos moradores da região adstrita à unidade e que tenham bom relacionamento com os vizinhos, participando da equipe

multiprofissional como membro na unidade de Saúde da Família (SILVA, 2001, p. 47).

Vários foram os documentos e publicações pesquisados e analisados, dentre os quais se destacam as leis que normatizaram a profissão de ACE:

Seguem as mesmas em ordem cronológica:

Quadro 1 : Leis que normatizam a profissão de ACS

| Leis regulamentadoras | Objetivo | Órgão responsável |
|---|---|---------------------------------|
| Institucionalização dos ACS – 1991 | Institucionalizou o Programa de Agente Comunitário de saúde (PACS) | Ministério da Saúde - Brasília |
| Normatização dos programas de Saúde da Família (PSF) - 1994 | Inserção dos ACS nos PSF | Ministério da Saúde - Brasília |
| Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999 | Fixa diretrizes para o exercício da atividade de ACS, e dá outras providências. | Ministério da Saúde - Brasília |
| *1 Lei nº 10.507 de 10 de setembro de 2002. | Profissão dos ACS criada em termos de lei. | Planalto, Casa Civil - Brasília |
| Lei nº 11.350 de 05 de Outubro de 2006. | Regulamenta atribuições do ACS. | Planalto, Casa Civil - Brasília |

*1 Revogada pela lei 11.350 de 05 de Outubro de 2006.

De modo geral, por meio do acesso aos documentos reguladores, é possível afirmar que o papel dos ACS é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde na estrutura do SUS, pois é um elo entre a comunidade e o Estado. Cabe ressaltar a importância dos marcos reguladores para a criação da profissão, bem como, a delimitação das funções pertencentes ao cargo. Diante da consolidação e estruturação da profissão, torna-se importante questionar o modo como a formação destes profissionais vem sendo estruturada.

2.2 PANORAMAS DAS PESQUISAS NACIONAIS SOBRE A FORMAÇÃO DOS ACS

Durante a década de 90 ocorreu o processo de profissionalização dos ACS através do MS. Este processo por si não foi suficiente para a plena formação destes profissionais. A história da profissionalização dos ACS vem se construindo predominantemente com base tecnicista e formação de mão de obra útil. Menezes e Santos (2001) definem o modelo tecnicista como:

É uma linha de ensino, adotada por volta de 1970, que privilegiava excessivamente a tecnologia educacional e transformava professores e alunos em meros executores e receptores de projetos elaborados de forma autoritária e sem qualquer vínculo com o contexto social a que se destinavam.

Além de apresentar características autoritárias, a pedagogia tecnicista pode ser considerada não-dialógica, ou seja, ao aluno cabe assimilar passivamente os conteúdos transmitidos pelo professor. Essa pedagogia difere da progressista que privilegia a formação de cidadãos participativos e conscientes da sociedade em que vivem. (MENEZES; SANTOS, 2001)

Deste modo, a formação tecnicista é uma formação para mão de obra, com conteúdos programados e enfatizando a execução de tarefas, não havendo um diálogo entre os saberes, mas sim um modelo de ensino e aprendizagem técnico para um único fim que é formar a mão de obra necessária. Conforme formulam Morosini, Corbo e Guimarães (2007) *“a formação tecnicista, fortalece a desvalorização social desse trabalhador, sustenta sua baixa remuneração e contrapõe-se à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores de saúde, de uma maneira geral”* (p. 267).

Esta abordagem não apresenta afinidade com a função dos ACS na sociedade, pois ao passar por um processo formativo que não valoriza o diálogo, a troca de saberes e a formação para a participação cidadã, dificilmente o agente conseguirá estabelecer um diálogo com a comunidade.

O referencial curricular para o curso técnico de formação dos ACS foi publicado em 2004 pelo MS, juntamente com o Ministério da Educação (MEC). Os cursos de formação técnica desses profissionais passam a ser de competência da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. Neste contexto, mais uma vez fica expressa a discordância entre o referencial curricular dos cursos de formação e o texto disposto na lei n. 11.350 aprovada em 2006, apresentada no item 2.1 dessa monografia. Além de não serem satisfatórios no que diz respeito aos conhecimentos específicos necessários ao desenvolvimento das atividades desses profissionais. As necessidades dos

conhecimentos dispostos na lei supracitada ficam muito aquém dos referenciais curriculares criados pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Enquanto na lei 11.350/06 o requisito para exercer a função é a conclusão do ensino fundamental e de um curso introdutório de formação inicial e continuada. Este curso, nos referenciais curriculares do MS e MEC, deve ser dividido em três etapas que incluem a prática profissional, sendo necessária uma carga horária mínima de 1.200 horas para conclusão do curso. De acordo com Barros et al. (2010) essa carga horária foi dividida da seguinte forma:

Etapa I – 400 horas, sem exigência de escolaridade, com o objetivo de desenvolver o perfil social do Técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS; Etapa II – 600 horas, qualificação profissional de nível técnico, exigindo conclusão do Ensino Fundamental e voltada à promoção da saúde e a prevenção de doenças, dirigida a indivíduos e grupos específicos e às doenças prevalentes; Etapa III – 200 horas, habilitação técnica, exigindo a conclusão do ensino médio e com a finalidade de consolidar os temas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (p.82).

Estas três etapas, em geral, não são cumpridas por questões políticas e econômicas, visto que uma das alegações para a não conclusão das três etapas do curso está ligada a custos financeiros, já que conforme a Lei de Responsabilidade Fiscal informa, a formação em nível técnico garante a estes profissionais o direito de reivindicar aumentos salariais e outros benefícios. Em vista desses aspectos, na maioria dos estados, parte dos ACS completou somente a etapa I. (BORNSTEIN; LEAL, 2014)

No atual momento, a formação está a cargo dos municípios, que a partir dos referenciais do MS e MEC, realizam cursos introdutórios e de formação continuada, porém bem aquém do necessário para certificarem estes profissionais como técnicos. Esta realidade abrange quase que em sua totalidade o País. Segundo dados do MEC, até 2011 apenas dois estados concluíram o curso em suas três etapas, Tocantins e Acre e uma turma da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Rio de Janeiro.

Além da formação educacional propriamente dita, os ACS necessitam interagir com seus saberes e os da comunidade e entender os conhecimentos empíricos dos moradores e sua cultura. Assim facilitando sua interação com a população.

Cada família tem um jeito de viver. Você explica os efeitos, as consequências de alguns hábitos, para que ela não faça, mas se a gente observar que a atitude é cultural, de família, a gente aprende como cada um vive. São jeitos diferentes das pessoas das pessoas adquirirem seu bem estar. Algumas muito caladas, outras famílias parecem brigar, mas é o jeito de conversarem. A gente aprende a ser menos preconceituoso. (BRASIL, 2010, p.47)

Como observamos também em outros setores do serviço público, outro ponto que dificulta o desenvolvimento das ações atribuídas aos ACS, não raras vezes, são: a falta de logística, infraestrutura e recursos humanos. Fazendo com que este profissional muitas vezes improvise no seu dia a dia buscando o conhecimento com a comunidade como um aliado para desenvolver suas ações.

Infelizmente o ACS nem sempre dispõe de instrumentos tecnológicos necessários para suprir todas as possíveis dimensões surgidas em seu trabalho. Desta maneira ele utiliza em seu trabalho o próprio senso comum, a religião e o conhecimento empírico da comunidade. Entrando assim na importância de um gerente de enfermagem crítico e responsável para o treinamento desses agentes através da Educação Continuada, para assim referenciar melhor a realidade científica. Discute-se também o processo preparatório desse ACS, como: mecanismos de seleção; processos de capacitação; a sistemática da supervisão adotada e a educação continuada (PEDUZZI, 1998)

A profissionalização dos ACS, após ter ficado a cargo dos municípios, não manteve um padrão igualitário em todos os municípios, visto que cada cidade possui sua realidade própria. Porém, os princípios centrais desta profissionalização deveriam ser iguais para todos os municípios para que exista uma uniformidade de saberes básicos, como também, a inserção dos saberes empíricos de cada município, buscando atender melhor a demanda específica de cada um. Mantendo assim uma educação continuada para inserção de novos debates a partir das demandas surgidas na interação profissional/comunidade.

Diante da inexistência de padrões formativos destes profissionais, MENDONÇA (2004) traz a ideia de singularidade como princípio orientador das práticas de formação e atuação. Conforme afirma a autora:

Assim, diante da ausência de um saber instituído, o profissional ACS age em função de sua experiência de vida e do seu perfil social, que guarda identidade com o grupo/comunidade a que pertence. Esses fatos não são generalizáveis, já que cada comunidade tem uma cultura própria, tem uma singular trajetória de ocupação do território e de organização solidária (p.359).

Um fator associado à ausência de padrões formativos nos municípios é a rotatividade desses profissionais em função da variação do modelo empregatício e do processo seletivo, que vai indicação política ou de associações de moradores, processo seletivo, até, raríssimas vezes, concursos públicos. Dessa maneira, observa-se tanto um problema de formação no que diz respeito ao saber instituído quanto em relação ao saber adquirido, pois o tempo de atuação acaba sendo um fator determinante das práticas profissionais. Esta característica é percebida nas diferenças de aprendizado profissional de agentes pertencentes a um mesmo município.

Figueiras e Silva (2011) chamam atenção para essas diferenças relativas às capacitações ou até mesmo ausência das capacitações com ACS em estudo realizado no município de Volta Redonda, RJ. As autoras apresentam falas que confirmam a ausência de treinamento, conforme abaixo:

A maior parte deles afirma não ter recebido treinamento, e o importante é a informação que adquirem no dia a dia, como em:
Eu entrei aqui e não tive treinamento, a minha sorte é que eu fiz o técnico de enfermagem, eu vim aprender aqui dentro e aqui um agente ajuda o outro (ator 3). [...] a gente tem muita informação que passam pra gente, a gente vê o remédio se a pessoa tá tomando direitinho, a gente fica de olho também na dengue que tá aí, fica de olho se tem água parada, orienta (ator 9). (p 910.)

No mesmo trabalho são apresentados outros relatos que evidenciam as diferenças sobre as capacitações, levando as autoras a perceberem essa dificuldade de uma formação específica e obrigatória e concluírem que não há regularidade nos processos formativos inicial e continuado. Assim, no contexto investigado pelas autoras, a atuação profissional fica a cargo da experiência profissional individual e das equipes. O artigo de Brigagão e Gonçalves (2009) traz à tona uma problemática no programa ESF, onde estão inseridos os ACS, que é a atribuição de funções não previstas aos ACS dentro do programa. Trazendo através desse artigo, duas questões que dificultam a execução das atividades com excelência pelos ACS, que são: a inclusão de atribuições além das designadas a esses profissionais e a necessidade de formação adequada.

Em dissertação de mestrado realizada com ACS do município de Angra dos Reis (Diogo, 2013) é ressaltada a necessidade não apenas da formação e capacitação desses profissionais na parte teórica, como também, se torna de suma importância a capacitação desses profissionais na parte teórica como também se torna de suma importância a capacitação prática. A autora considera importante ter um método de planejamento de

tempo, que não descaracterize o papel do ACS, onde o agente tenha em seu conhecimento suas atribuições bem definidas, para que o mesmo não absorva funções que não cabem às suas atribuições. Com relação às demandas e dificuldades no município apresenta o seguinte cenário: (...) os conflitos entre agentes associado a uma proposta de ferramenta para controle e gerenciamento do tempo das atividades a serem desenvolvidas por estes profissionais, apontam para a importância e impacto do estudo para os agentes de saúde. Além disso, destaca mudanças no que diz respeito aos problemas anteriormente ressaltados.

Com relação a este último resultado, considera-se nesta monografia a seguinte hipótese: os desafios localizados ainda existem no município e ainda é necessária a adequação às legislações de formação e atribuições dos agentes.

Por meio desta revisão de literatura foi possível observar que a discussão sobre a formação profissional dos ACS abrange quase todo o país e que as dificuldades apresentadas são muito semelhantes nas pesquisas da área. Podemos observar que um resultado recorrente das pesquisas é a ausência de formação igualitária entre o ACS de um mesmo município. Outros pontos identificados nas pesquisas foram: a ausência de tempo suficiente para a execução das funções desta profissão e a inclusão de tarefas no cotidiano dos agentes que não estão previstas na legislação.

3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Conforme já descrito neste trabalho, uma das principais atribuições dos ACS é realizar Educação em saúde junto à comunidade, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças. Porém, entramos no quesito: como diferenciar promoção da saúde e prevenção de doenças. Para que exista uma excelência no trabalho desenvolvido pelos ACS é fundamental que os mesmos tenham a capacidade de distinguir e entender esses termos, bem como, a centralidade no papel do educador nas práticas de promoção e prevenção. Podemos estabelecer esta diferença conforme o trecho a seguir: “*O caminho entre a saúde e a doença pode se realizar distanciando-se da doença, mas mantendo-a como foco (estratégia preventiva) ou aproximando-se da saúde como referência (estratégia de promoção).*” (FERNANDEZ; REGULARES, 1994, p.38)

Para entendermos melhor a definição de prevenção de doença e promoção de saúde, podemos partir do ponto de que todos têm direito a saúde.

As ações de prevenções de doenças se formam a partir do conhecimento natural da história das doenças já esperadas do local a serem aplicadas, conhecimento epidemiológico, a fim de evitar, agir antes de determinadas doenças, reduzindo sua prevalência e incidência nas populações. Neste cenário a epidemiologia se faz de suma importância, pois a mesma traça o perfil das doenças em cada local e assim permite traçar ações preventivas.

As ações de promoção da saúde são ações mais amplas, não trabalhando apenas com fatores epidemiológicos para prevenir o que já se espera, mas são ações que buscam manter ou promover a saúde, em todos seus aspectos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é definida como: “*o bem-estar físico, mental e social, mais do que a mera ausência de doença...*” (1948) trazendo a luz que, estar saudável vai além de não estar doente. O conceito de promoção da saúde é muito amplo, envolvendo os organismos estatais focando pra criação de programas e políticas públicas que promovam às pessoas a prevenção de doenças, que possa oferecer saúde mental, social, física, enfim o bem estar geral tanto do indivíduo como do ambiente e qualidade de vida. Neste conceito também são atores iniciativas privadas, comunidade, associações, setores da educação, dentre outros. Assim promover saúde não é apenas prevenir doenças, mas melhorar a qualidade de vida e bem estar de vida.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada por meio da Portaria MS/GM nº 687, de 30 março de 2006, afirma que: para o desenvolvimento da promoção da saúde, é imprescindível intervir em problemas como “*violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, má qualidade do ar e da água*”. (BRASIL, 2006)

A adequada compreensão da diferença entre promoção e prevenção se implica na noção de que cientificamente o conhecimento não é simplório e existem incertezas. Essas incertezas não são limitações técnicas que se resolvam com sucessivas superações. Ao nos depararmos com o termo “saúde” não podemos nos referir apenas à sobrevivência, mas da qualidade dela. É um termo amplo que engloba questões sociais, éticas, bem estar, meio ambiente, em situações diversas do cotidiano do indivíduo. Voltando a questão da ciência, por meio da mesma ainda existem muitas coisas a serem modificadas ou corroboradas, uma constante variável que vai se modificando com os saberes e descobertas.

Com a promoção podemos ter um olhar mais abrangente, uma visão multifacetária da vida do indivíduo, buscando promover ações diferenciadas que se cruzam pelo mesmo objetivo, o alcance da saúde. Ao nos referirmos à prevenção estamos falando de algo já previsto, um acontecimento ou um agravo, se existe uma previsão de certo já temos fatores epidemiológicos e históricos. Neste caso estamos agindo à frente de algo que se espera que poderá vir a acontecer, mas não podemos descartar as imprevisibilidades.

Para que possamos ver a importância da promoção em diálogo com a prevenção será necessária uma mudança comportamental, educacional e ideológica em várias esferas, pois oferecer saúde em sua complexidade de significado seria o ideal ao invés de pensarmos apenas em prevenir doenças.

É justamente aí que se afirmar a radical e ao mesmo tempo, pequena diferença entre “prevenção” e “promoção” da saúde. Radical porque implica mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na formulação e operacionalização das práticas de saúde – e isso só pode ocorrer verdadeiramente por meio da transformação de concepção de mundo, conforme problematizado anteriormente. Pequena porque a prática em promoção, da mesma forma que as de prevenção, fazem uso do conhecimento científico. Os projetos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde – doença, transmissão e risco – cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo. Isto pode gerar confusão e diferenciação entre as

práticas, em especial porque a radicalidade da diferença entre prevenção e promoção raramente é afirmada/ ou exercida de modo explícito. (CZERESNIA; FREITAS, 2009, p.51)

Em vista da complexidade associada à promoção da saúde, eixo fundamental do trabalho a ser executado pelos ACS, torna-se fundamental que os próprios agentes adquiram conhecimentos científicos com a finalidade de definir os termos, saúde, doença, promoção e prevenção, bem como, desenvolver no seu trabalho cotidiano práticas de promover e prevenir. Para isto se faz necessário investimento em educação em saúde para estes profissionais. Até mesmo para que possam compreender a importância e complexidade de seu papel dentro do SUS. É necessário que estes agentes se envolvam em ações educativas e de acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos. Ele é um profissional *“que pertence ao grupo de enfermagem, em virtude de realizar cuidados de saúde para com as pessoas”* (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.5).

Também é apresentado como um elo entre a comunidade e o SUS, sendo que o mesmo deve pertencer à comunidade para garantir esse vínculo e identidade cultural com os grupos trabalhados. Neste sentido, ele é *“um trabalhador genérico e fora de comum, não tendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões de saúde”* (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.5.)

Diante desse discurso onde os ACS são colocados como peças fundamentais para o sucesso das atividades de promoção de saúde e prevenção de doença, principalmente dentro das ESF, torna-se necessário o investimento na educação em saúde com os mesmos, pois sem a qual não serão capazes na maioria das vezes de desenvolver seu papel de suma importância dentro do SUS.

A Promoção da Saúde como já descrito em muito se difere da Prevenção de Doença. Existe uma grande dificuldade na implementação de programas de Promoção da Saúde, pois para que esta promoção ocorra com êxito se faz necessários vários aspectos, como: mobilização de gestores e comunidade, um novo olhar para o conceito saúde muito mais abrangente, apoio político e verbas públicas investidas corretamente. Quando falamos na promoção da Saúde envolvemos uma grande engrenagem em inúmeros setores do serviço público, das ações sociais e da Educação e formação dos cidadãos e profissionais. Assim nos deparamos com uma grande dificuldade em fazer essa engrenagem, essa teia de ações funcionarem corretamente, é uma questão de corresponsabilidade e cooperação de todos os atores. Para conseguir toda a mobilização

citada existem vários percalços e obstáculos a superar, conforme assinalado por Czeresnia e Freitas (2009):

Do ponto de vista do planejamento, a promoção em saúde comporta uma abordagem compreensiva e ampla, a necessidade do envolvimento comunitário e a formalização institucional, no sentido da plena assunção de uma política de promoção pelos órgãos responsáveis pela saúde da população, bem como o envolvimento dos diferentes atores/sujeitos tanto no plano mais macro, como no plano micro, considerando a necessidade inter-relação entre ambos. (p.186 e 187)

Em vista do que foi exposto não cabe creditar apenas ao agente de saúde o dever de desenvolver o trabalho de promoção e prevenção, pois são tarefas que demandam uma abordagem intersetorial que inclui tanto atores presentes no cenário microssocial quanto no macrossocial. Dessa maneira, compreende-se nesse trabalho que a formação dos ACS, conforme prevista em lei, deve possibilitar uma formação que capacite o agente que atua no nível micro compreender tanto os aspectos mais concretos de seu trabalho com a comunidade quanto a sua função nessa rede de ações destinadas à saúde pública.

Com a finalidade de sistematizar os conceitos brevemente apresentados nessa seção, apresento abaixo um quadro síntese retirado do trabalho de Czeresnia e Freitas (2009).

Quadro 2: Diferenças nos conceitos presentes nas abordagens da promoção da saúde versus prevenção de doença:

| CATEGORIAS | PROMOÇÃO DA SAÚDE | PREVENÇÃO DE DOENÇAS |
|----------------------------|--|--|
| Conceito de saúde | Positivo e multidimensional | Ausência de doenças |
| Modelo de intervenção | Participativo | Médico |
| Alvo | Toda a população, no seu ambiente total | Principalmente os grupos de alto risco da população |
| Incumbência | Rede de temas da saúde | Patologia específica |
| Estratégias | Diversas e complementares | Geralmente única |
| Abordagens | Facilitação e capacitação | Direcionadoras persuasivas |
| Direcionamento das medidas | Oferecidas à população | Impostas a grupos alvos |
| Objetivos dos programas | Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente | Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas |
| Executores dos programas | Organizações não profissionais movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc. | Profissionais da saúde |

Fonte: Czeresnia, Freitas (2009, p. 39)

4. METODOLOGIA DO ESTUDO

Este trabalho se enquadra na perspectiva qualitativa, já que traz à luz da discussão uma questão específica, a formação dos ACS de três módulos específicos do município de Angra dos Reis, para atuação como promotor e educador em saúde. Essa pesquisa se insere, portanto; dentro de um contexto rico em informações que contemplam a qualidade e não quantidade, onde abordamos uma realidade complexa relacionada à formação dos ACS no município de Angra dos Reis.

“A diferença entre pesquisa quantitativa e qualitativa da realidade social é de natureza e não de escala hierárquica. Enquanto os cientistas sociais que trabalham com estatísticas visam a criar modelos abstratos ou a descrever e explicar fenômenos que produzem regularidades, são recorrentes e exteriores aos sujeitos, a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados. Esse nível de realidade não é visível, precisa se exposta e interpretada, em primeira instância pelos próprios pesquisados” (MINAYO, 2006 *apud* DESLANDES, 2010).

A pesquisa qualitativa vai além da questão estatística e números, ela possui valores e formação, significados, conhecimento empírico. Esta pesquisa assume esse papel ao trabalhar com um grupo de ACS, onde abordamos a visão que os mesmos têm sobre: a formação inicial e continuada, o trabalho e o modo pelo qual a comunidade o reconhece.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário em três módulos da Estratégia da Saúde da Família. Estes foram escolhidos por uma questão logística, pois o acesso ao local e aos ACS era facilitado. Os módulos são: módulo do Morro do Carmo, área central da cidade, com quatro ACS, módulo Centro com um ACS e módulo do Bairro Pontal, local em desenvolvimento urbano com bastante área rural, com um ACS. Os mesmos autorizaram a pesquisa e foram bem solícitos. Após explicação sobre o objetivo da pesquisa, os ACS tiveram uma semana para responder o questionário, devolvendo-o após conclusão do preenchimento.

Esse questionário (ver anexo 1) é composto por 11 questões, sendo 5 questões em formato de questionário fechado e 6 questões no formato de questionário aberto. As questões referem-se à forma como os ACS entendem seu trabalho, sua formação para desenvolver suas funções, como se sentem inseridos nas ESF e como acreditam serem

vistos pela comunidade. A intenção é que a partir de suas respostas seja possível traçar uma análise que permita conhecer a realidade desses profissionais.

Esses questionários serão analisados com base no referencial metodológico de análise de conteúdo temático, que explora determinado tema através da interpretação das informações. É por meio da análise de conteúdo que se torna possível o trabalho com as respostas e observações dos atores envolvidos, de forma reflexiva e questionadora por busca de informações que colaborem no objetivo de pesquisa.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de exploração de documentos, que procura identificar os principais conceitos ou os principais temas abordados em um determinado texto. Ela começa geralmente, por uma *leitura flutuante* por meio da qual o pesquisador, num trabalho gradual de apropriação do texto, estabelece várias idas e vindas entre o documento analisado e suas próprias anotações, até que comecem a emergir os contornos de suas primeiras unidades de sentido. (OLIVEIRA *et al*, 2003, p.5)

Por meio da técnica de *leitura flutuante* os questionários foram lidos diversas vezes para a apreensão dos principais temas tratados nas respostas. A partir da leitura exaustiva do material é possível localizar padrões, ausências e os temas tratados. As respostas dos questionários foram transcritas e analisadas. A transcrição das respostas manteve exatamente a grafia utilizada pelos sujeitos da pesquisa.

Para esta pesquisa foi solicitada a autorização do Secretário Municipal de Saúde, assim como das enfermeiras chefes de cada ESF envolvida, além daquelas solicitadas aos próprios entrevistados.

4.1. O CENÁRIO DE PESQUISA

Angra dos Reis é um município brasileiro situado no sul do estado do Rio de Janeiro. Localiza-se a uma altitude média de seis metros e possui, em seu litoral, 365 ilhas. Foi descoberta pelos portugueses em 6 de janeiro de 1502, sendo colonizada apenas a partir de 1556. Sua população, aferida no Censo de 2010, era de 169.270 habitantes, com estimativa de 191.504 habitantes em 2016. Possui uma área de 816,3 km². Os municípios limítrofes são Paraty, Rio Claro e Mangaratiba, no território fluminense e Bananal e São José do Barreiro, no lado paulista.

Sua importância atual dá-se pelo fato de ter, como instalação subordinada, o terminal marítimo da Baía da Ilha Grande (TEBIG), da Petrobras, localizado na região da Ponta Leste. O terminal movimentava grandes quantidades de petróleo e posiciona o porto de Angra como um dos mais movimentados do país. Além disso, sedia atualmente as únicas usinas nucleares em funcionamento no Brasil. Atualmente, devido à beleza de suas praias e das regiões próximas, Angra virou ponto forte do turismo não só estadual, mas também nacional.

Ao falarmos sobre a formação dos ACS, no contexto do município de Angra dos Reis, nos deparamos com um quadro não padronizado, existem duas formas de contratação desse profissional, os regidos pela CLT que foram inseridos nas ESF através de indicação das associações de moradores, mediante uma prova escrita e também por contrato pela Cruz Vermelha, outro grupo que fez processo seletivo e hoje são funcionários seletistas do município. O primeiro grupo citado é composto por profissionais com mais tempo de atuação no programa, o segundo grupo entrou através de processo seletivo nos anos de 2008 e 2013. Hoje o município tem 299 ACS ao todo e 57 ESF, sendo 119 destes através de processo seletista da fundação de saúde do município.

Em busca das informações junto à Secretaria de Saúde do município constatamos que não existe oficialmente um histórico da formação desses profissionais. Dentre as dificuldades para obtenção de dados tivemos a diversidade de tempo de atuação dos Agentes, alguns com mais de dez anos e outros com menos de um ano, e a constante troca de gestores e responsáveis pelo programa.

Dentro do cenário inicial identificou-se a dificuldade dos módulos estarem com seu número de ACS completo para atender a demanda.

No Programa de Estratégia de saúde da família cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4.500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área. Para esta demanda são necessários seis agentes comunitários de saúde no mínimo, onde cada agente atende cerca de 750 cidadãos por mês.

Desta forma podemos observar que seguindo os critérios do MS para implantação das ESF temos um grande déficit em número de ACS por módulo, pois a Política citada acima preconiza que cada ACS atenda em média 750 pessoas.

5. RESULTADO

A apresentação dos dados referentes aos aspectos profissionais dos ACS participantes da pesquisa e às perguntas de natureza fechada, presentes no questionário, foram realizadas por meio de gráficos e tabelas. Já as perguntas abertas foram apresentadas de acordo com os núcleos de sentidos gerados a partir de análise temática de conteúdo (GOMES, 2010). Assim, apresentaremos uma síntese interpretativa e alguns trechos transcritos para exemplificar.

Apresentaremos uma breve caracterização dos ACS que participaram da pesquisa a partir das questões 1 e 2 do questionário, que traçam de modo sucinto o perfil destes profissionais em relação ao tempo de atuação e nível escolar. Os Agentes Comunitários de Saúde foram tratados pelas seguintes letras: ACS A, ACS B, ACS C, ACS D, ACS E e ACS F.

Quadro 3: caracterização dos ACS

| ACS | Questão 1: Tempo de Atuação | Questão 2: Formação |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|
| ACS A | menos de 1 ano | Ensino fundamental completo |
| ACS B | menos de 1 ano | Ensino médio completo |
| ACS C | entre 10 e 15 anos | Ensino médio completo |
| ACS D | entre 5 e 10 anos | Ensino médio completo |
| ACS E | entre 10 e 15 anos | Ensino médio completo |
| ACS F | entre 10 e 15 anos | Ensino superior incompleto |

Conforme podemos observar no gráfico a seguir (gráfico 1) referente a questão 03 do questionário, a saber, “Como se sentem referente a sua participação na equipe da unidade onde atua?”, quatro responderam que são parte fundamental para o

funcionamento com êxito da ESF e dois como integrantes de apoio às atividades da ESF. Observamos que os dois agentes que responderam que se veem como um integrante de apoio às atividades da ESF, possuem tempo de atuação muito diferentes, ACS B com menos de um ano e ACS C com mais de 10 anos.

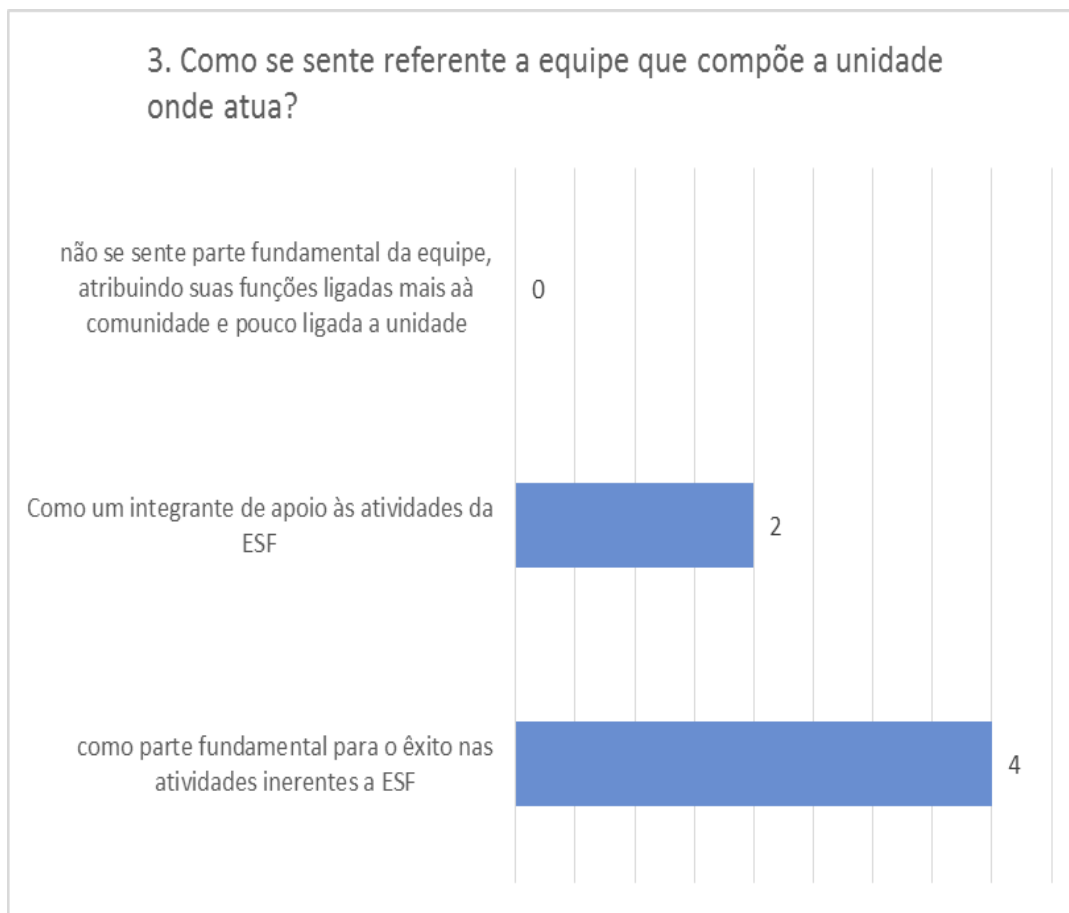


Gráfico 1: apresentação das respostas dos ACS à pergunta de número 3.

Com base nas respostas referentes à questão 04 onde perguntei sobre como os profissionais se sentem quando falamos em acolhimento pela equipe e valorização de suas atividades pelos demais membros da unidade, apenas um ACS, sente que suas atribuições nem sempre são priorizadas, porém há o acolhimento da equipe. Os outros 5 participantes responderam que se sentem muito valorizados e acolhidos pelas equipes, como demonstra o gráfico abaixo:

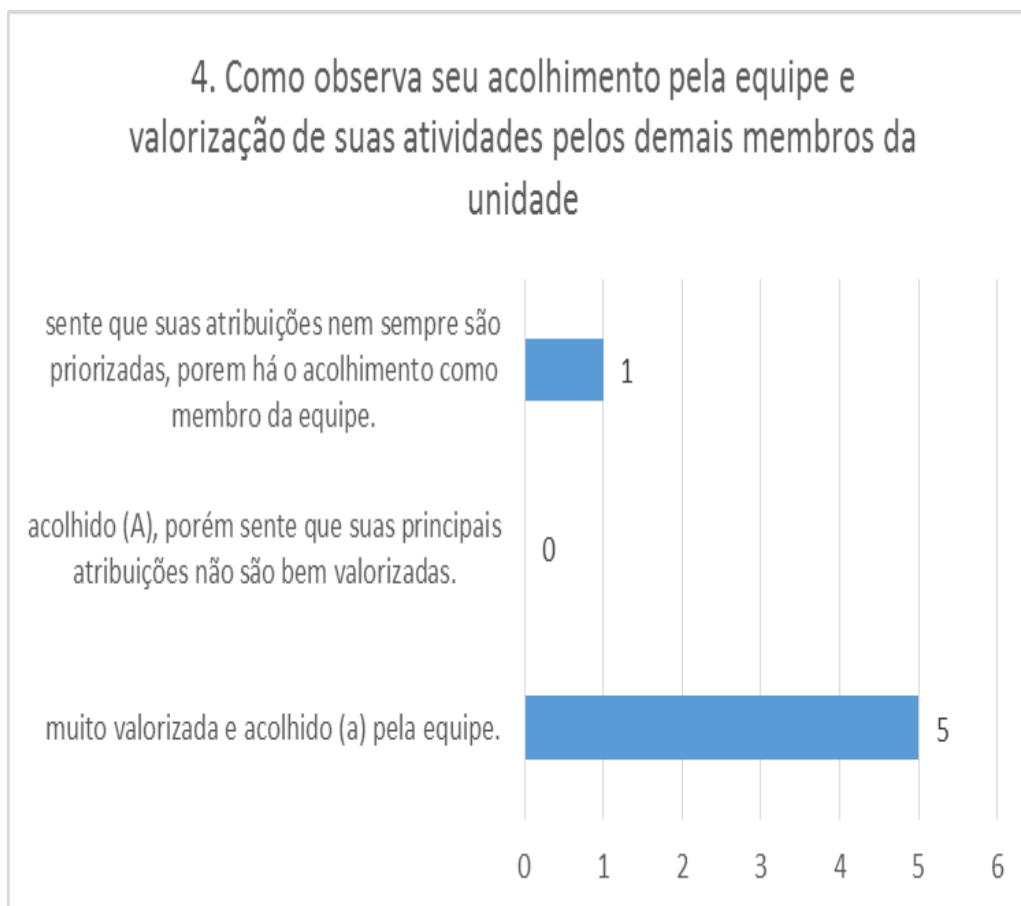


Gráfico 2: apresentação das respostas dos ACS à pergunta de número 4.

Na questão 05 do questionário fechado, perguntei como o ACS entendia a visão da comunidade referente ao seu trabalho. Dentre as respostas obtivemos um ACS (A) optando pela resposta “indiferente”, um optando pela resposta “muito valorizado” (ACS E) e quatro escolhendo a opção “pouco valorizado” (ACS B, ACS D, ACS C e ACS F), Como mostra o gráfico abaixo:

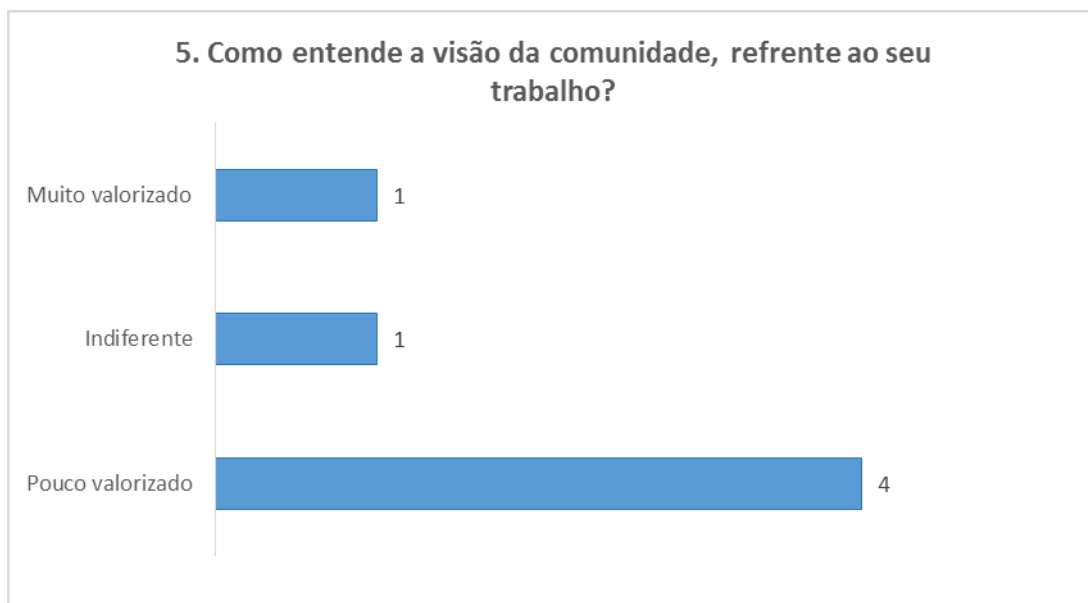


Gráfico 3: apresentação das respostas dos ACS à pergunta de número 5.

Nas questões abertas, discursivas, utilizamos como base as atribuições inerentes ao cargo de ACS, previstas na lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, pela Presidência da República, Casa Civil. Neste modelo de questionário colocamos as atribuições enumeradas conforme lei supracitada, e depois desenvolvemos as questões. As atribuições foram apresentadas aos participantes na seguinte ordem:

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

A questão 1 é uma questão mista, pois traz as opções de escolha das atribuições, “Questão 01: Qual ou quais atribuições citadas você se sente mais envolvido?” Porém depois ela se desmembra na questão 02 aberta, que será apresentada após a questão 01. Assim obtivemos as seguintes respostas como mostra o gráfico abaixo:

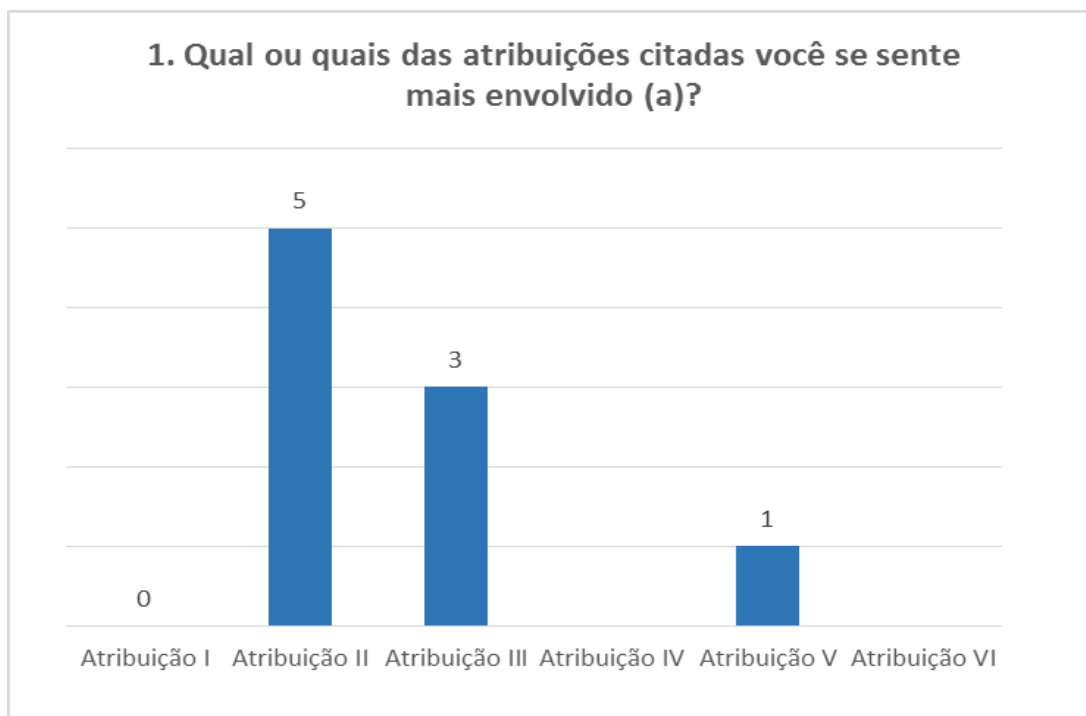


Gráfico 4: apresentação das respostas dos ACS à pergunta de número 1.

Ainda na questão 01 observei que alguns agentes optaram por mais de uma atribuição, o agente D optou por três atribuições (II, III e V), o agente B optou por duas atribuições (II e III), os agentes C, E e F optaram pela atribuição II, o agente A optou pela atribuição III. Observei que a atribuição II “a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva.”, foi a mais assinalada pelos ACS entrevistados.

Como complemento da questão 01 foi elaborada a questão 02 “Quais motivos levaram você a escolher as atribuições da questão 01?” que busca compreender o motivo pelo qual os ACS marcaram uma determinada atribuição. As respostas foram bem diretas quase sempre afirmando que “*são as que mais realizam nas unidades*”. O ACS C responde da seguinte forma, “*É nossa função, orientar falar sobre os problemas vacinação de crianças e gestantes e idosos*”.

Na questão 03 onde abordei as capacitações para formação dos ACS questionando “Qual ou quais capacitações para formação você recebeu ao ingressar

nesta profissão e também durante seu tempo de trabalho como ACS?” Observei que entre os seis ACS que responderam o questionário, quatro deram respostas diferentes:

ACS A: *“Um curso preparatório de 1 semana para posse do cargo”*

ACS B: *“Recebemos um curso de capacitação de 40h e no tempo de trabalho somente alguns cursos de prevenção de doenças.”*

ACS D: *“capacitação em Saúde Pública.”*

ACS E: *“Passei na prova, Depois fiz um curso de Agente de Saúde. Para cadastrar as famílias e Orientar na Prevenção de Doenças na comunidade.”*

Dois ACS entrevistados responderam que não tiveram capacitação:

ACS F: *“Nenhuma, apenas fizemos uma prova. Fomos entrevistados pela coordenadora geral do programa, e fomos orientados a irmos para comunidade fazer cadastramento das famílias e assim passamos a adquirir as praticas com as informações trazidas do campo e orientação de nossa supervisora.”*

ACS C: *“Bem, não recebi nem uma capacitação, entrei com a cara e coragem e com o tempo nos aprendemos e pegando experiência, tivemos algum curso da Defesa civil e outros. Os que entraram agora até capacitação tiveram.”*

Na questão 04, “Após as capacitações você se sentiu preparado(a) para exercer com êxito suas atribuições, ou achou que havia a necessidade de um processo mais abrangente para tal?”, dois agentes responderam não terem sido capacitados com qualquer tipo de curso preparatório ao iniciar as atividades, o ACS F respondeu da seguinte forma: *“Quando comecei a trabalhar como agente comunitária não houve nenhum treinamento, tive que aprender todo trabalho indo a campo.”*. Já o ACS C responde: *“Não tive capacitação.”*. O agente A usou a frase: *“foi um curso bem eficiente”*, porém complementou que: *“é bem diferente que no papel”*. Outros três agentes confirmaram a necessidade de mais cursos e capacitações, como respondeu o ACS B *“Acho que deveriam existir cursos de adaptação continuada aos ACS.”*

Na questão 05, onde perguntamos: “Você consegue desenvolver todas suas atribuições, preconizadas pelo Ministério da Saúde?”. A palavra “não” foi usada por três agentes (ACS A, ACS B e ACS D), a palavra “sim” por dois (ACS F e ACS E). Diferente dos demais, o agente C respondeu: *“O que esta no nosso alcance da pra resolver, pq tem coisas que dependemos dos outros.”*. As respostas “não” tiveram diferentes justificativas, tais como: falta de recurso humano, falta de material e o próprio dia a dia de trabalho conforme fala do ACS B: *“Não, o dia a dia vai nos ajudando.”*

Na questão aberta 06: “Você desenvolve atividades que não estão atribuídas a sua profissão no seu setor? Se a resposta for sim, a que atribui o motivo?” Cinco ACS entrevistados responderam que “sim” e um respondeu “não”. Observei que das cinco respostas “sim” todas apresentavam motivos diferentes e apenas o ACS A foi específico dizendo quais atividades realiza, conforme podemos observar na transcrição das respostas abaixo:

(ACS A): *“Sim, atividades administrativas.”*

(ACS B): *“Sim, sou a única agente do posto, então exerço todas funções”*

(ACS C): *“Sim, sempre tem alguma coisa p/ fazer.”*

(ACS D): *“Sim, varias coisas que fazemos”*

(ACS E): *“Não.”*

(ACS F): *“Sim, algumas dependendo das situações que surgirão.”*

Na questão 07: “Como você definiria Promoção da Saúde?”, obtivemos a correlação da Promoção da saúde com a comunidade, dois agentes usaram a palavra “comunidade” e três usaram a palavra “pessoas.” Outras palavras que surgiram nas respostas e estão relacionadas à Promoção da saúde foram: “Orientar”, “acompanhar”, “bem estar” e esclarecimentos. Já o ACS E: *“Promoção de saúde, coletar informações sobre a visão geral da saúde da comunidade HA⁴ DIA⁵ outros”*.

Na questão aberta 08 “Como você definiria Prevenção de doença?” as respostas foram bem diversificadas, trazendo várias formas de entendimento ao significado Prevenção de doença. Conforme transcrito abaixo:

(ACS A): *“Cuidar a doença, se cuidar para não se contaminar como o virus.”*

(ACS B): *“Visualizando situações no qual você possa prever a possibilidade de doenças num determinado local.”*

(ACS C) *“Quando eles tomam os remédios direitos e os exames (fazem).”*

(ACS D) *“Ir, falar, mostrar a comunidade como viver bem, com saude.”*

(ACS E) *“conscientização das pessoas em seus abitos alimentares fazer atividades físicas e se prevenir com doenças.”*

(ACS F) *“Quando há mudanças como uma boa conscientização po parti das pessoas, em seus atos. Como alimentação atividades físicas para prevenção das doenças.”*

⁴ HA: referente à ficha de hipertensos.

⁵ DIA: referente à ficha de diabéticos.

De modo geral quatro ACS utilizaram termos que remetem ao trabalho específico de prevenção de doenças e tais como: “prevenção das doenças”; “prever possibilidade de doenças”, “não se contaminar”. Dentre todos os participantes, o ACS B trouxe uma definição mais elaborada de prevenção de doenças, enquanto os demais transitaram entre prevenção, promoção e cuidados com doenças pré-existentes.

Na questão aberta 09 “Como profissional que atua diariamente com a população, as exigências de suas atribuições permitem que você tenha tempo adequado para desenvolver Educação em Saúde em sua comunidade?” Dois ACS responderam que não, ambos atribuindo à falta de Recursos humanos, um deles foi o ACS A, “*Não, por falta de funcionarios na equipe.*”. Dois responderam Sim, sem justificativas. O ACS F respondeu dizendo; “*A cada visita feita individualmente a familia.*” e o ACS B “*Sempre que posso, sim.*”.

Na questão aberta 10 “Como você vê a percepção da comunidade em relação ao seu trabalho, quais são as atividades do seu cargo mais valorizadas pela população?” Quatro ACS responderam que a comunidade valoriza as entregas e marcações de exames e consultas. O ACS A, relata que no Bairro onde atua “*a população não tem uma visão certa das funções de Agente Comunitário de Saúde...*” e atribui esse desconhecimento ao fato de existir apenas um ACS no módulo e este realizar outras atribuições. O ACS B relata que: “*eles se alegram com a nossa presença ao saber que existem pessoas interessadas com sua saúde.*”.

Na questão aberta 11, “Você tem alguma sugestão para que haja melhora no desenvolvimento de suas atribuições? Quais?” Em resposta a essa questão um dos ACS atribuiu à melhoria as ações individuais dos pacientes, uma não respondeu e os demais fizeram referências às necessidades que dependem de melhor gestão pública. os agentes C e F acreditam em melhorias relacionadas com a infra-estrutura de seus módulos, o ACS A, tem como sugestão contratação de mais ACS, o ACS B acredita na melhoria com cursos regulares para qualificação, já o ACS E, atribui melhorias vindas da população e não da gestão; “*minha sugestão: As pessoas desenvolver mas atividades fisicas mais informacoes prevenção de doenças.*” Já o agente D não respondeu.

6. DISCUSSÃO

No presente trabalho de estudo de caso, foram apresentados resultados sobre a percepção de um grupo de ACS do município de Angra dos Reis, que atuam em três módulos, em relação às suas funções de educadores em saúde, processos formativos e exercício de suas atribuições de modo geral.

Na questão 01 (fechada), foi observada a diversidade referente ao tempo atuando como ACS e formação escolar. Com essas características de diversidade conseguimos uma visão mais abrangente, pois podemos avaliar períodos diferentes e discursos que podem ser iguais ou não independente do tempo de atuação e formação. Este dado é importante e se justifica pelo fato destes profissionais de modo geral, conforme apontado anteriormente em pesquisas da área, dependerem fortemente de seu cotidiano devido à inexistência de programas bem estruturados de formação.

Por meio das respostas obtidas nas questões fechadas do questionário, verifiquei que os ACS participantes desta pesquisa se veem como peça principal para o funcionamento das ESF, nenhum dos entrevistados optou pela resposta, onde dizia não se sentir parte fundamental da equipe. Mesmo com as dificuldades e com pouca ou total falta de formação, os ACS conseguem enxergar sua importância dentro do SUS, independente de seu tempo na profissão. No decorrer do questionário, especificamente na questão 04, identifiquei que de modo geral não somente os próprios ACS tem um olhar positivo quanto sua importância dentro da ESF, assim como se sentem acolhidos e valorizados pelas equipes de seus módulos. Havendo discordância apenas do agente B que informou nem sempre se sentir valorizada.

No que diz respeito ao modo como esses ACS veem a relação ACS x comunidade, explorada na questão 05, identifiquei que a maioria (quatro) ACS se sente pouco valorizados pela comunidade, esses ACS pertencem a dois módulos distintos. Um ACS que respondeu se sentir muito valorizada (E), atua no mesmo módulo onde os demais responderam “pouco valorizado

Ainda no que diz respeito a relação com a comunidade a resposta do agente ACS A, o mesmo respondeu que para ele seu trabalho é indiferente na visão da comunidade, pode ser interpretada a partir do fato deste agente ser o único do módulo e exercer funções que não são apenas do seu cargo. Esta falta de recursos humanos é levantada por ele em algumas questões do questionário, ficando bem evidenciado na resposta dada à questão 09: “Não com a falta de funcionários, fico na unidade e sem tempo para

desenvolver Educação em Saúde e sua comunidade.” (ACS A). Interligando as respostas podemos evidenciar que a falta de recursos humanos, faz com que esse agente fique fazendo serviços administrativos internos e não tendo contato com a comunidade, não realizando visitas e assim ele entende que a visão da comunidade relacionada ao seu trabalho é indiferente.

A falta de recursos humanos necessário para que as atividades sejam realizadas com êxito pelos ACS fica evidente, pois em apenas um dos três módulos, onde os entrevistados atuam existe o mínimo necessário, conforme preconizado pelo MS: “A existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 ACS no mínimo, quatro, constituindo, assim, uma equipe de agentes comunitários de saúde.” (BRASIL, 20112, p.61). O mesmo aspecto localizado em nessa pesquisa também foi apontado no estudo de Diogo (2013) realizado no município de Angra dos Reis:

A ausência ou falta de profissionais no campo realizando visitas é outro fator apontado pelos agentes, impactando a sua ação e dificultando o seu trabalho cotidiano. Ao serem questionados sobre a carga laboral (pergunta 11 do questionário dos agentes) e os estabelecimentos dos prazos pela gestão municipal, obteve-se unanimidade nas respostas: a sobrecarga de trabalho e sua relação com o número de agentes por área: (ou obteve-se com unanimidade ou não, não existe certa unanimidade)
(DIOGO, 2013, p. 80 e 81).

Com o déficit de agentes nos módulos pesquisados temos consequências que atingem todas as áreas da atuação nesses territórios, pois o papel do ACS é fundamental para que os programas e estratégias desenvolvidos nos módulos tenham sucesso e adesão da comunidade. Os ACS acabam sobrecarregados e priorizando algumas ou várias atribuições que não lhes competem ou que são necessárias para registro e quantificação de atendimentos. Ficando assim o agente limitado para realizar atividades de Educação em Saúde em sua microarea

As atribuições profissionais dos agentes também foram exploradas no questionário submetido aos participantes com o intuito de verificar quais delas ocorrem de fato nas práticas cotidianas e por quais motivos. Com relação á este tópico ficou evidente que a “Promoção de ações de educação para a Saúde individual e coletiva,” é a

atribuição na qual os agentes participantes desta pesquisa se sentem mais envolvidos. Apenas um ACS não optou por essa atribuição, o A optou pela atribuição, “O registro para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimento, óbitos, doenças e outros agravos à saúde.” Através da análise das respostas, o agente ACS A foi o único que se mostrou mais envolvido com a parte burocrática e atribuição interna. Esse fato, como já explorado anteriormente, se relaciona com a carência de recursos humanos no módulo onde o agente atua, deixando claro que a não estruturação correta das equipes das ESF, principalmente a falta de ACS nos módulos, inviabiliza umas das funções que oportuniza a realização de uma medicina preventiva, que é a Educação e Promoção em Saúde. Sendo fundamental a presença do ACS no campo, dentro e em contato com a comunidade que atua, pois são profissionais com atribuições e saberes específicos primordiais ao desenvolvimento dos programas de prevenção e promoção do SUS. A importância desses agentes é destacada em artigos acadêmicos, assim como apresentado abaixo:

Sendo um membro a mais do território do saber técnico em saúde – tal como lhe é solicitado pelo SUS – ele entra nas casas, fiscaliza o uso de medicamentos, corrige e repreende condutas indesejáveis, tem acesso aos prontuários, facilita agendamentos. Por outro lado, sendo também integrantes do território das construções populares em saúde, alguns ACS também recomendam ir à igreja, levam maço de hortelãs pra fazer chá, dão conselhos etc. Nestes casos, ele tem o poder que a identidade de profissional da saúde lhe confere e o acesso à comunidade que sua origem e sua rede social lhe garantem.

(COSTA; CARVALHO, 2012, p. 29)

Entrando no quesito formação, através do questionário tivemos respostas diferenciadas, porém ficou claro que nenhum ACS recebeu a qualificação adequada, preconizada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Os entrevistados mesmo possuindo diferentes tempos de atuação, desde o mais recente como o mais antigo, não demonstram satisfação com os cursos oferecidos, quando são. Observei ainda que o ACS é colocado para exercer suas funções com o mínimo de preparo ou nenhum e “aprendem na prática”. Podemos observar em algumas falas:

“Bem não recebi nem uma capacitação, entrei com a cara e coragem e com o tempo nos aprendemos e pegamos experiência, tivemos algum curso de Defesa civil e outros. Os que entraram agora até capacitação tiveram.” (ACS C).

“Quando comecei a trabalhar como agente comunitário não houve nenhum treinamento, tive que aprender todo trabalho indo a campo.” (ACS F).

A formação dos ACS é um fator muito relevante para o êxito das ações da ESF e para a consolidação desta atividade como uma profissão, um profissional que esta cotidianamente em contato com os moradores da comunidade, que entram nas residências com o papel de levar Educação e Promoção em saúde e Prevenção de doenças, necessita estar convicto das informações que irá levar. É importante que seja um conhecedor das demandas da população e levar seu conhecimento aos moradores, para que este crie um elo de confiança e respeito com esse profissional. O ACS não pode ter seu trabalho mecanizado e restrito a anotações e burocracias. Porém sem investimento no conhecimento técnico e científico desses agentes, bem como na sua profissionalização, essa essência de um personagem que divide saberes e orienta as pessoas sobre as corresponsabilidades (coletivas e individuais) em relação aos problemas de saúde, torna se totalmente utópica. Como os ACS poderão sensibilizar a população se eles mesmos não receberam instruções e formação para isso? A resposta para esta pergunta aparece nas falas dos agentes, citadas anteriormente, como também em pesquisas da área, a saber, as atividades são desenvolvidas a partir de suas próprias experiências tanto como indivíduo quanto como agente de saúde.

As ações dos ACS, principalmente aquelas de contato direto com os domicílios dos moradores, muitas vezes podem ultrapassar os limites de suas atribuições, visto que são profissionais que ficam diretamente ligados à comunidade e acabam sendo sobrecarregados pelas necessidades da população. Este é mais um motivo para uma formação adequada, o ACS conseguir delimitar seu papel e não absorver demandas além das suas atribuições.

O ACS é visto pelo MS como um profissional que faz o elo entre SUS e população, suas atribuições são norteadas pela função de Educador em Saúde, tendo em vista levar à comunidade práticas de promoção, prevenção, como também, cuidados com doenças pré-existentes. Porém, como resultado desta pesquisa, utilizando das análises das respostas aos questionários, foi verificado que os ACS não foram formados e/ou capacitados para tal. É de suma importância que o ACS compreenda as dimensões de Promoção de Saúde e Prevenção de Doença presentes em seu trabalho, pois assim

poderá entender como desenvolver seu papel e a melhor forma de interagir com sua comunidade. No contexto desta pesquisa os ACS foram questionados sobre seus conhecimentos a respeito dos termos Promoção e Prevenção e como resposta observou-se grande variedade, apesar disso, a maioria se encaixava de alguma forma na definição dos temas, mas não eram bem fundamentadas ou esclarecedoras. Apenas uma ACS soube definir de forma clara os termos:

Promoção de Saúde: “Formas de tentar alcançar as pessoas de um determinado local, para que seja feito todo o trabalho em relação a saúde e bem estar.” (ACS B)

Prevenção de Doença: “Visualizando situações no qual você possa prever a possibilidade de doenças num determinado local.” (ACS B).

Outra questão relevante para a discussão dos dados foi entender que os ACS entrevistados dentro desse estudo de caso, veem que a comunidade valoriza muito a entrega exames ou marcação de consultas. Podemos relacionar esta questão diretamente com a falta de Educação em Saúde na comunidade, onde o serviço de assistência é muito mais valorizado do que o preventivo e de promoção. É possível compreender esta valorização visto que muitos usuários do SUS desconhecem os seus direitos e se sentem beneficiados quando um agente de saúde possibilita a garantia desse direito. A comunidade enxerga no agente a figura do Estado que, em geral, está ausente em muitas partes do município.

Para finalizar cabe apontarmos aspectos listados pelos participantes, ACS atuantes nos três módulos que estão inseridos neste estudo, tais como: falta de Recursos Humanos, estrutura e logística. Compreende-se a necessidade de melhor formação dos agentes, no entanto, é importante ressaltar suas condições de trabalho como um fator limitador de suas atribuições, pois em alguns contextos, por melhor que seja a formação do ACS, as condições materiais de trabalho acabam por inviabilizar seu melhor desempenho.

7. CONCLUSÃO

O estudo de caso realizado possibilitou alguns aspectos relevantes à cerca do tema “a formação dos Agentes Comunitários de Saúde.” Assim como a relação do trabalho dos agentes com a Educação em Saúde, Promoção de saúde e prevenção de doenças. A pesquisa trouxe a luz a visão que o ACS tem a respeito de suas práticas e como se percebe como participante de uma equipe de ESF e a comunidade.

A pesquisa com questionário realizada com os ACS de três módulos distintos evidenciou a falta ou incompleta formação dos profissionais para exercerem suas atribuições. A falta de um programa específico e contínuo para a capacitação e formação desses agentes, faz com que os mesmos iniciem suas atividades quando tomam posse do cargo, de uma forma despreparada. Como relatado nos questionários, muitas vezes eles aprendem na prática. Porém aprender na prática demonstrou que esses agentes não conseguiram sensibilizar a comunidade sobre sua importância e seu papel ali e nem mesmo o próprio agente tem reconhecimento pleno de suas competências, direitos e deveres. Com relação a este aspecto tanto os dados apontados pelos participantes quanto a ausência de documentações disponíveis no município sobre formação de ACS, indicam que o município de Angra do Reis não realiza a formação de todos os seus profissionais de acordo com a legislação em vigor que regulamenta a profissão e seus processos formativos.

Assim este trabalho de pesquisa evidenciou que com base nos relatos dos ACS dos três módulos de ESF pesquisados, não existe uma formação adequada para os ACS em questão e que não é uma questão de apenas uma gestão específica, pois os entrevistados tinham tempo de atuação muito diversificado, foram entrevistados agentes com 2 meses de atuação, assim como com 15 anos e a nenhum deles foi oferecido o curso de formação em sua íntegra e para piorar o cenário alguns não tiveram qualquer tipo de formação.

As informações aqui contidas também nos levam a concluir que os agentes participantes da pesquisa têm uma boa convivência e valorização dentro da equipe que trabalha. Sentindo se valorizado e integrante. Esta informação nos traz um panorama de acolhimento e reconhecimento da função deste profissional, em geral com nível fundamental de escolaridade, em uma equipe composta por profissionais técnicos ou de formação em nível superior.

Sobre a percepção do papel do ACS pela comunidade, novamente trazemos a questão da falta de formação. Os agentes pesquisados não foram formados para exercer seu papel educador e por consequência a população também não os veem assim. A

entende o ACS como um “marcador de consultas e entregador de exames.” Pelos relatos dos entrevistados, a população fica feliz quando eles desenvolvem essas funções. Neste contexto o ACS passou a ser um elo entre a comunidade e o SUS para facilitar as de consultas e serviços como entrega de exames, mesmo essas sendo umas das atribuições dos ACS, não são essas que irão mudar a visão da população quanto a Educação e promoção em Saúde e Prevenção de Doença.

No presente trabalho concluímos a partir das falas dos agentes que os nós da sua prática estão para além da formação inadequada. Na percepção destas profissionais as dificuldades enfrentadas no dia a dia para o desenvolvimento de suas atividades são:

- Falta de recursos humanos; os agentes se sentem sobrecarregados pela falta da quantidade mínima de ACS necessário em uma ESF. Em dois módulos pesquisados existia apenas um ACS para toda a demanda.
- Falta de estrutura mínima para desenvolver suas atividades, alguns agentes não possuem nem espaço físico próprio para implantação de seus módulos de ESF, utilizando uma sala apenas que é cedida por outra unidade de saúde.
- Realização de atividades burocráticas que não são inerentes ao seu cargo.

Como considerações finais, aponta-se que é impossível atingir o propósito para que foi criado o cargo de ACS e as ESF, se não houver uma mudança nos investimentos em formação dos ACS, estruturação das ESF e garantia de recursos humanos mínimo necessário. O modelo de saúde ESF, onde atuam os ACS, é um modelo de aproximação dos usuários, com a finalidade de usar uma medicina preventiva e mais acolhedora, porém a falta de incentivos a este programa e seus componentes está fazendo com que se torne mais uma porta de entrada assistencialista ao SUS e tornando os ACS “*um recepcionista que vai na porta do usuário atende lo*”. A Educação em Saúde, o conhecimento de Promoção de Saúde e Prevenção de Doença são questões que norteiam as atividades dos ACS. Hoje se faz necessário dentro das políticas públicas uma reforma e padronização no que diz respeito ao tipo de contratação ou concurso para os ACS, assim como formação adequada e continuada desses profissionais. Para que os ACS consigam compreender seu papel no SUS e a comunidade possa através de Educação em saúde e um trabalho intensivo de conscientização do seu papel e responsabilidade

sobre sua saúde e do coletivo. O ACS necessita urgentemente deixar de ser o “marcador de consultas e entregador de exames” para ser realmente o ELO entre o SUS e a população.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRÉIA, S, FIGUEIREDO; ANA, L.,A, SILVA. PHYSIS Revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, p. 21, 2011

BARROS, D, BARBIERI, A. R., IVO, M. L., & GRAÇA DA SILVA, M. D. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Texto & Contexto Enfermagem, 19(1), 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos (BR) Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Comunidade Solidária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BORNSTEIN, J.; LEAL, H.M.S.L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. Trab. educ. saúde, p. 107-128, 2014.

CZERESNIA, D.; DE FREITAS, C. M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Sacie-Io-Editora FIOCRUZ, 2009.

DUARTE, L.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 11, n. 23, p. 439-447, 2007.

BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; GONÇALVES, Roselane. Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. Paideia. São Paulo-SP, Brasil, v. 19, n. 44, p. 387, dez. 20. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2009000300013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 jun. 2017.

Carla Kowalski Marzari; , José Roque Junges; , Lucilda Selli. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Santa Maria RS., v. 16, n. 11, p. 873, 880, 2011.

DIOGO, Mayara Athanázio. *EDUCAÇÃO PERMANENTE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: : ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO NA VISITA DOMICILIAR*. 2013. 164 p. Dissertação (Mestrado Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente)- UniFOA, Volta Redonda, 2013.

MENDONÇA, M. H M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MINAYO, E. T.; SANTOS, T. H. Verbete pedagogia tecnicista. *Dicionário Interativo da Educação Brasileira - Educabrazil*. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em: <<http://www.educabrazil.com.br/pedagogia-tecnicista/>>. Acesso em: 28 de jun. 2017.)

MOROSINI, M. V. G., CORBO, A. D. A., & GUIMARÃES, C.. O agente comunitário de saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *O processo histórico do trabalho em saúde*, 2007.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa; RAMOS, Zuleide do Valle Oliveira. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: o agente comunitário de saúde. 2000. *Textos para discussão*, Ipea, n. 735. Disponível em: <www.ipea.gov.br>. Acesso em: 27 abr.2016.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

SAÚDE com agente. Brasil: Ministério da Saúde, Abril a Junho;2010.

Samira Lima Da Costa; CARVALHO, Emílio Nolasco De. Agentes comunitários de saúde: agenciadores de encontros entre territórios. *Ciência*, Brasil, v. 17, n. 11, p. 2931 a 2940, 2012.

SILVA, J.A. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

9. ANEXO: Questionário



Formando: Michele Máximo

: Francine Pinhão

Prezado Agente Comunitário de Saúde (ACSs), este questionário faz parte d trabalho de monografia intitulado “Educação em saúde: O Agente Comunitário de Saúde, sua prática na Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças” e tem por objetivo coletar informações sobre a visão geral de seu papel dentro da ESF e comunidade, assim como seu conhecimento referente a importância das suas atribuições como educador em saúde.

As informações coletadas por meio deste instrumento, serão usadas somente no trabalho de monografia e em artigos acadêmicos. Garanto a não identificação dos participantes, bem como a total liberdade de solicitarem o desligamento dessa pesquisa.

Agradeço por aceitar o convite.

Questionário fechado:

1. Tempo de atuação como ACS _____.
2. Formação:
 - A.() ensino fundamental incompleto
 - B.() ensino fundamental completo
 - C.() ensino médio incompleto
 - D.() ensino médio completo
 - E.() ensino superior incompleto
 - F.() ensino superior completo
 - G.() outro: _____

3. Como Profissional, como se sente referente ao restante da equipe que compõe a unidade onde atua?

A.() como parte fundamental para o êxito nas atividades inerentes a ESF.

B.() Como um integrante de apoio às atividades da ESF

C.() não se sente parte fundamental da equipe , atribuindo suas funções ligadas mais à comunidade e pouco ligada a unidade.

4. Como observa o acolhimento e valorização de suas atividades pelos demais membros da unidade?

A.() muito valorizada e acolhida pela equipe

B.() acolhida, porém sente que suas principais atribuições não são bem valorizadas.

C.() sente que suas atribuições nem sempre são priorizadas, porém há o acolhimento como membro da equipe.

5. Como entende a visão da comunidade referente ao seu trabalho?

A.() pouco valorizado

B.() indiferente

C.() muito valorizado

Questionário aberto:

1. Dentre suas atribuições inerentes ao cargo de ACS, previstas na lei n 1.350 de 05 de outubro de 2006, pela Presidência da República, Casa Civil, realizaremos algumas questões :

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade.

1. Qual ou quais das atribuições citadas você se sente mais envolvido (a) ?
2. Quais motivos levaram você a escolher as atribuições da 1ª questão?
3. Qual ou quais capacitações para formação você recebeu ao ingressar nesta profissão e também durante seu tempo de trabalho como ACS?
4. Após as capacitações você se sentiu preparado (a) para exercer com êxito suas atribuições, ou achou que havia a necessidade de um processo mais abrangente para tal?
5. Você consegue desenvolver todas suas atribuições, preconizadas pelo Ministério da saúde? Se a resposta for não, qual o motivo para não conseguir?
6. Você desenvolve atividades que não estão atribuídas a sua profissão dentro do seu setor? Se a resposta for sim, a que atribui o motivo?
7. Como você definiria Promoção da Saúde?
8. Como você definiria Prevenção de doença?
9. Como profissional que atua diariamente com a população, as exigências de suas atribuições permitem que você tenha tempo adequado para desenvolver Educação em Saúde em sua comunidade?
10. Como você vê a percepção da comunidade em relação ao seu trabalho, quais são as atividades do seu cargo mais valorizadas pela população?
11. Você tem alguma sugestão para que haja melhora no desenvolvimento de suas atribuições? Quais?