

GESTÃO EM SAÚDE E O SERVIÇO PÚBLICO: VISÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) NO MUNICÍPIO DE AQUIRAZ/CE

Health management and the public service: vision of community health agents (ACS) in the Aquiraz / CE municipality

Artigo Original

Aldenôra Gonçalves Pereira¹, Érika Helena Salles de Brito²

1 Aluna do Curso de Gestão em Saúde na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB);

2 Professora do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

Autor para correspondência: Érika Helena Salles de Brito, e-mail: sallesbrito@yahoo.com.br, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Unidade Acadêmica dos Palmares Rodovia CE 060 – Km51, CEP: 62785-000 – Acarape CE – Brasil.

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF), com suas diretrizes e metas, lançado em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), passou a exigir do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a aquisição de competências, habilidades e atitudes, que lhes permitam ser capaz de desenvolver e instigar ações transformadoras, que consideram o contexto sociocultural das famílias acompanhadas, e colaborem na busca de melhores condições de vida, e, por conseguinte, de saúde. Cientes dessa realidade, os idealizadores e organizadores do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS), optaram por utilizar como metodologia de ensino, a problematização. É, portanto, objetivo da presente pesquisa proporcionar aos ACS à profissionalização como aspecto de garantia da eficiência de gestão em saúde e o direito dos cidadãos e cidadãs a serviços de saúde com qualidade. E os objetivos específicos são: Conhecer as habilidades e conhecimentos essenciais para o exercício do CTACS; Apreciar a importância da formação de ACS no CTACS; Analisar a contribuição da formação do ACS para a qualidade dos serviços de saúde ofertados. O estudo parte de uma metodologia de pesquisa bibliográfica, descritiva e de campo, com abordagem qualitativa, chega-se à sistematização de uma pequena retrospectiva sobre implantação da Formação dos trabalhadores da saúde ACS do município de Aquiraz-CE, tentando iluminar as questões de identificação com a comunidade e o compromisso de atuar para melhorar na interação social do serviço de saúde pertinentes à complementação do trabalho, parte-se de um estudo com os (as) ACS, investigando as ações dos mesmos no município de Aquiraz-CE.

Palavras Chaves: Metodologia da Problematização, Agente Comunitário de Saúde, Prática Transformada.

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF), with its guidelines and goals, launched in 1994, by the Ministry of Health (MS), now requires the Community Health Agent (ACS) to acquire competencies, skills and attitudes that to be able to develop and instigate transformative actions that take into account the socio-cultural context of the families being followed and to collaborate in the search for better living conditions, and therefore health. Aware of this reality, the idealizers and organizers of the Technical Course of Community Health Agent (CTACS), chose to use as teaching methodology, the problematization. It is, therefore, the

objective of this research to provide to the ACS to the professionalization as aspect of guarantee of the efficiency of health management and the right of the citizens to health services with quality. And the specific objectives are: To know the skills and knowledge essential to the exercise of CTACS; Appreciate the importance of ACS training in CTACS; To analyze the contribution of the ACS training to the quality of health services offered. The study is based on a bibliographical, descriptive and field research methodology, with a qualitative approach, a small retrospective on the implementation of the ACS health workers' training in the city of Aquiraz-CE is attempting to illuminate the identification issues with the community and the commitment to work to improve the social interaction of the health service pertinent to the complementation of work, is based on a study with the ACS, investigating their actions in the municipality of Aquiraz-CE.

Keywords: Problematization Methodology, Community Health Agent, Transformed Practice.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) efetiva *o direito à saúde dos brasileiros e das brasileiras, portanto, investir na formação dos trabalhadores da saúde, é promover a interação entre Serviço de Saúde e comunidade; é construir uma relação de confiança e superação das desigualdades sociais com a participação comunitária, ou seja, é promover a vida e o melhor viver. Para tal, é necessária uma formação que transcenda os conhecimentos do campo da saúde, habilidades para realizar ações inter setoriais e atitudes na ética da solidariedade* (BRASIL¹, 2000).

Visando garantir a universalidade do acesso, a Constituição Federal (CF)² intensificou a demanda aos serviços de saúde, centrados no eixo hospitalar, criando estratégias para atender à demanda, experiências que começaram a surgir priorizando ações de promoção da saúde e prevenção de doença, por meio de sua cultura no “saber-fazer” os cuidados com sua própria saúde. Estas experiências influenciaram a concepção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (1991) e do Programa de Saúde da Família (1994).

Uma das prioridades da gestão do SUS é a melhoria da qualidade da atenção à saúde e a humanização das relações entre profissionais e comunidade. Portanto, *investir na formação dos trabalhadores da saúde, e, no caso específico do Agente Comunitário de Saúde*

(ACS) é garantir o direito do trabalhador à profissionalização a serviços de saúde com qualidade (BRASIL¹, 2000).

O Programa Saúde da Família (PSF), com suas diretrizes e metas, lançado em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), passou a exigir do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a aquisição de competências, habilidades e atitudes, que lhes permitam ser capaz de desenvolver e instigar ações transformadoras, que consideram o contexto sociocultural das famílias acompanhadas, e colaborem na busca de melhores condições de vida, e, por conseguinte de saúde (BRASIL³, 2000).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, do Departamento de Atenção Básica (DAB, 2011), *o Sistema Único de Saúde garante, ainda, a ampliação do acesso e da extensão da cobertura para a população, que são mais de 110 milhões de pessoas acompanhadas por mais de 246.130 agentes comunitários de saúde, atuando em, 5.374 municípios brasileiros. As equipes de saúde da família são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis ACS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE⁴, 2011).*

Nessa equipe, o Agente Comunitário de Saúde desempenha um papel de mediador social, para Nogueira; Silva; Ramos⁵ (2000, p. 78) sendo considerado *um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.*

O Agente Comunitário de Saúde³ é um trabalhador do Sistema Único de Saúde¹. A relevância deste trabalhador no contexto de mudanças das práticas de saúde e o papel social do Agente Comunitário de Saúde junto à população constituem a necessidade de sua formação, feita em nível técnico e reafirma a intenção governamental de associar educação profissional à elevação de escolaridade.

O Curso de Técnico em Agente Comunitário de Saúde (CTACS), promovido pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), tem a missão de promover a formação e educação permanente, pesquisa, extensão, inovação e produção tecnológica na área da saúde, a partir das necessidades sociais e do SUS, integrando ensino-serviço-comunidade, formando redes colaborativas e fortalecendo o sistema saúde-escola.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a contribuição do Curso de Técnico em Agente Comunitários de Saúde aos Agentes Comunitários de Saúde à profissionalização como estratégia de gestão de saúde e o direito dos cidadãos e cidadãs a serviços de saúde com

qualidade, e dessa forma analisar a contribuição da formação do ACS para a qualidade dos serviços de saúde ofertados.

MÉTODOS

Para atender ao objetivo proposto, buscou-se, por meio de estudos bibliográficos, subsídios que favoreçam a compreensão da importância da Formação dos trabalhadores da saúde, Agentes Comunitários de Saúde, baseado na utilização das metodologias problematizadoras, sendo uma delas o Ensino Baseado em Problemas (PBL) e a Problematização, que a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP), utiliza em seus cursos, com Lüdke (1986), Minayo (2001), Richardson (1999), Andrade (2005), Brasil (2006, 2002, 2000, 1998), Organização Pan-Americana da Saúde (2001); Nogueira; Silva; Ramos (2000); Richardson (1999), e outros.

A investigação da formação de ACS como aspecto de garantia da eficiência de gestão em saúde e o direito dos cidadãos e cidadãs a serviços de saúde com qualidade no contexto histórico do SUS e da ESF, apropriando-se da especificidade do seu trabalho foram realizados na estrutura acadêmica da ESP/Ce, no CTACS, unidade acadêmica responsável através da formação de facilitadores para o ensino do Curso Técnico, especificamente, no município de Aquiraz-CE.

Aquiraz é o município de médio porte selecionado na Macrorregional de Fortaleza sob o critério de município com bons indicadores. Situado no leste do litoral cearense, a 26,5 km de Fortaleza, Aquiraz conta com uma população total, de acordo com o Censo Demográfico IBGE 2000, de 60.469 habitantes, sendo que 54.682 habitantes residem na zona urbana e 5.787 na zona rural. O Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) é 48,28 (IPECE, 2004) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é 0,670 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

A pesquisa foi realizada com 02 (dois) coordenadores (entrevista) e com 20 (vinte) ACS, atualmente participante do quadro de municípios que realizam a 1ª etapa do CTACS, da ESP/CE, através da aplicação de um questionário com as seguintes questões: Tempo de atuação como Agente Comunitários de Saúde, moradia na microárea de atuação, quadro completo de ACS nas equipes, número de famílias atendidas para cada ACS, reuniões de equipe, realização de grupos dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, capacitações realizadas aos Agentes Comunitários de Saúde, critérios para realização de

visitas domiciliares, relação ACS x equipe atuante, autoavaliação profissional e a satisfação de exercer a profissão de Agente Comunitários de Saúde.

A partir de uma metodologia descritiva e de campo, com abordagem qualitativa, chega-se à sistematização de uma pequena retrospectiva sobre implantação da Formação dos trabalhadores da saúde, Agentes Comunitários de Saúde do município de Aquiraz-CE. E, tentando iluminar as questões de identificação com a comunidade e o compromisso de atuar para melhorar na interação social do serviço de saúde pertinentes à complementação do trabalho, parte-se de um estudo com os (as) ACS, investigando as ações dos mesmos no município de Aquiraz-CE.

Dessa forma, foram coletadas informações na legislação correlata e dos autores que escrevem sobre o tema da pesquisa para formar o referencial teórico com a finalidade de construir o corpo textual do tema apresentado e possibilitar as conclusões acerca do problema a ser estudado.

Para a pesquisa é utilizado como instrumento de coleta de dados o recurso das entrevistas.

Os dados foram coletados em uma sequência de observações das atividades desenvolvidas no Curso Técnico, interações e intervenções nessa prática. Tendo como ferramenta principal o trabalho do Agente Comunitário de Saúde na saúde do município, também foram utilizados textos orais e escritos pelos autores dos guias, bem como aplicação de entrevistas sobre o tema focado no estudo do Agente Comunitário de Saúde.

Nas entrevistas que foram realizadas, será possível saber do entrevistado sua opinião, explorar suas atividades e motivações (RICHARDSON⁷, 1999, p. 209-214). Os dados obtidos no levantamento bibliográfico permitem-se realizar as análises do objeto, conhecer a história e conquistas do profissional Agente Comunitário de Saúde, valorizando seu papel para a saúde da comunidade; a especificidade do trabalho, bem como abordar o nível de atribuições na Estratégia Saúde da Família e a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Na primeira etapa da coleta de dados, aplicou-se uma entrevista com os coordenadores dos ACS, com intuito de obter dados sobre a Formação dos trabalhadores da saúde, Agente Comunitário de Saúde do município. O material pedagógico mais usado para o desenvolvimento desta pesquisa é o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde. É nele que são encontrados elementos agregados à formação e o trabalho que se faz presente como ideologia. Na fábula, na música, nas dinâmicas com a dedicação dos textos escolhidos,

dramatizações, competições dirigidas, mímicas, desenhos, uso de tinta lápis de cera, representações, exercícios diversos e trabalho na micro área.

Na segunda etapa, foi realizado o trabalho efetivo com o processo de escrita, mais especificamente, com a Escola de Saúde Pública e o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde. As suas produções formativas revelam os avanços significativos no processo de aprendizagem da leitura, da escrita, das relações interpessoais, do conhecimento do Sistema Único de Saúde, bem como as mudanças para o contexto de vida. O período de pesquisa foi de agosto a dezembro de 2013.

Foram ações práticas para dinâmica da pesquisa de campo:

- Realizar levantamento e estudo bibliográfico sobre os assuntos, práticas e vivências que estejam transversal ou diretamente ligados à pesquisa;
- Catalogar e relatar os caminhos teóricos e conceituais e as vivências práticas que respondem às perguntas e questionamentos que surgirem durante o desenvolvimento da pesquisa;
- Realizar, um inventário nos acervos da Escola de Saúde Pública - Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde sobre as práticas e vivências realizadas nos atos transversais e comemorativos anunciando caminhos teóricos - metodológicos para vivências práticas efetuando a junção e sistematização das informações oriundas das práticas pedagógicas vivenciadas pelos sujeitos envolvidos na pesquisa;
- Sistematizar as informações, colhidas através de entrevistas, sobre os Agentes Comunitários de Saúde que vivenciarem o processo desta pesquisa ação;
- Sistematizar e catalogar os exercícios práticos e atividades estudadas durante a pesquisa.

O contexto empírico desta pesquisa foi a ESP/CE, com o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, juntamente com a Secretária de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde, do município de Aquiraz-CE. O interesse por essa turma era como resultado de serviços prestados à comunidade, como facilitadora do Curso Técnico, no processo de formação continuada do ACS. Na entrega de escolha da instituição, a seleção contexto da pesquisa empírica, foi considerada ser uma instituição pública, com funções que atendam os critérios propostos para a pesquisa.

Segundo critério, a adesão do Agente Comunitário de Saúde, participar a fim de contribuir com seus pensamentos sobre um projeto que iria marcar a história da instituição pública a que pertencem o que a posição intelectual, pensa e age, aó trabalho do ACS

corretamente. O contato não foi apenas por acaso, foi observada nestes ACS, as oportunidades para participar da proposta de pesquisa, contato informal, interesse em participar em algumas situações que, de alguma forma de contribuir com a sua perspectiva sobre uma questão que envolve os profissionais.

As pessoas receberam os documentos necessários para o processo legal da pesquisa (carta de esclarecimento e consentimento), com as informações e esclarecimento adequado. Com isso, preservou-se a identidade dos parceiros de pesquisa não os colocando em situação de exposição, respeitando suas ideias e contribuições. Estes foram identificados por iniciais, com cuidado para garantir o anonimato dos pesquisados, contribuindo para a implementação de análise e interpretação de dados de pesquisa processo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Resultados e Discussão que se apresenta, trabalha com os dados produzidos com a aplicação do questionário e através da sistematização das narrativas escritas. Convém salientar que os registros escritos mantém relação aos objetivos definidos nesta pesquisa, bem como aos temas apresentados, em relação ao Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde.

Primeiramente a pesquisadora realizou a entrevista com os coordenadores e definiu a tabulação dos dados do questionário com as informações básicas de cada entrevistado elaborando gráficos a partir dos resultados. A sistematização dos dados propiciou a organização dos comentários posteriormente, classificando-os e ressaltando, em particular, a importância da formação técnica do Agente Comunitário de Saúde, conectando assim aos objetivos definidos no escopo desta pesquisa.

As entrevistas foram realizadas na Secretaria Municipal de Saúde de Aquiraz-CE, no dia 25 de outubro de 2013, com os coordenadores da Atenção Básica em Saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde, tendo os mesmos formação acadêmica em enfermagem. A trajetória profissional foi nos municípios de Baturité, Pacoti e Várzea Alegre, Croatá, Fortaleza, Aracoiaba, Trairi e Aratuba. Trabalharam na Rede Hospitalar e VD – *Home Care*.

De acordo com as respostas dos Coordenadores, relatam que o número de equipes de saúde que atuam no município de Aquiraz, perfazem 27. Em relação às características da UBS não existe prontuário eletrônico, mas os pacientes têm cartão do SUS único para toda a rede municipal. Os profissionais que atuam são: Coordenação de Atenção Básica: 24 profissionais; Administrativo: 24 (Coordenação da Atenção Básica) – Prefeitura; Unidades

Básicas de Saúde: 27 (UBS) – Prefeitura – 09 profissionais; Farmácia: Total 02 – Prefeitura; Limpeza: Total 01 – Prefeitura; Segurança: Total 01 – Prefeitura; Cirurgião-Dentista: Total 01 – Prefeitura; Agente Comunitário de Saúde: Total 04 a 06; Enfermeiros: Total 01; Médicos: Total 01. Cada ESF cobre 750 domicílios e o ACS cobre de 150 a 200 domicílios.

Os entrevistados, no item dados de produção, comentam que a UBS usa SISAB e consideram útil para estimar a demanda por serviços, avaliar o desempenho das equipes e da unidade e planejar o trabalho da unidade. A gerência repassa os dados do SISAB à secretaria, e oferece retorno do desempenho, através de relatório.

Os respondentes, afirmam que os indicadores de saúde da população atendida estão dentro do esperado. A secretaria oferece à gerência algum tipo de orientação para melhoria do desempenho, nas reuniões e elaboração de planejamento. A Coordenação monitora os gastos das UBS, através de supervisão de gastos. Existem metas para a produção na unidade, e pelo Ministério da Saúde. A Coordenação é cobrada em relação à sua produção e recebe apoio para a avaliação e planejamento de suas atividades, pela SMS, e discute o planejamento de suas atividades e prioridades, pela SMS. Existe no dia-a-dia da gerência da unidade um momento de levantamento de problemas, nas reuniões mensais.

O conjunto de entrevistados relata que no Bloco Administração da unidade: porta de entrada, o agendamento é aberto, independente da data para qual há consulta disponível e o paciente é contactado para confirmação; pela agenda fechada dentro de um intervalo de tempo determinado. Em caso de desistência, são realocadas as consultas e o atendimento é espontâneo, encaminhado para UBS através de agendamento. Em casos de urgência/emergência, é feito o encaminhamento à unidade de pronto-atendimento. Ainda nesse Bloco, as respostas indicam que buscam a organização de trabalho, com protocolos estabelecidos para o trabalho de Enfermagem, Médicos e ACS. Os protocolos e as avaliações são feitas sobre o desempenho da unidade estabelecidos pela Prefeitura.

Na Coordenação de Equipe não existe treinamento para preparar o profissional para o cargo de: Coordenador, Administrativo, Enfermagem, mas existe treinamento para o ACS, realizado pela SMS. A Coordenação tem autonomia para selecionar, montar a grade horária, definir o trabalho, oferecer treinamento, indicar para promoção e oferecer incentivos financeiros. A Coordenação utiliza instrumento de avaliação pela Prefeitura. Tais instrumentos são aplicados no sentido da avaliação do profissional, individualmente, e a equipe em conjunto.

Neste ponto da pesquisa qualitativa, buscou-se no momento da análise dos dados, voltar a atenção aos objetivos que ofereceram parâmetro ao estudo, ou seja, compreender os

mecanismos de formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) enquanto dimensão fundamental à garantia de acesso com eficácia às políticas públicas de saúde, posto que é este o caminho à conquista de direitos de cidadania plena, no que tange à obtenção de serviços de saúde de qualidade, na esfera pública.

Buscou-se a partir das questões apresentadas aos entrevistados, de igual modo, uma articulação aos objetivos específicos definidos no escopo da presente pesquisa, considerando de significado apreender as habilidades e conhecimentos essenciais para o exercício do CTACS. Partindo deste horizonte, buscou-se nas respostas às questões oferecidas identificar como os entrevistados percebem a centralidade e o papel da formação de Acs no Curso Técnico. Destacamos também que a análise das respostas foi balizada no sentido de perceber a contribuição da formação do ACSs para a qualidade dos serviços de saúde ofertados.

Tal é o que se pode verificar no seguinte tópico quando se apresentam as questões, distribuídas em seus respectivos percentuais, visando oferecer uma visão acerca do perfil dos entrevistados (faixa etária, estado civil), destacando sua participação em uma Unidade Básica Saúde da Família (UBSF), tendo em devida conta o tempo de serviço como Agentes Comunitários de Saúde e o grau de escolaridade. Neste ponto, percebe-se que embora o maior percentual se concentre no nível médio completo, os níveis de escolaridade buscam galgar o ensino superior, o que denota uma busca por qualificação profissional.

No Bloco 1 de questões, com o intuito de identificar dimensões da Trajetória Pessoal dos ACS, no âmbito de atuação territorial, de deslocamento na área, observa-se que a maioria exerce suas funções no Município de Aquiráz. Neste bloco, a questão que se conecta mais diretamente ao objetivo enunciado em nossa pesquisa, quanto à formação, detectou-se que um percentual de 80% recebeu treinamento para assumir sua função de ACS, ainda que considerem que a aludida formação seja insuficiente para assumir uma área de atuação.

Com isso, é de destaque que os 20% que declararam não ter recebido qualquer formação, indiquem o desejo de atuar com qualidade, se valendo para tanto, das orientações dos colegas de profissão. Neste sentido, é patente que a escolaridade buscada e a formação são compreendidas como ferramentas indispensáveis para o exercício qualificado do atendimento e do cumprimento de suas funções, com o propósito de bem servir ao público; destacando ainda um percentual positivo de 100% que a Secretaria Municipal de Saúde, ao realizar a seleção, tem oferecido treinamento aos Agentes Comunitários de Saúde.

No Bloco 2, acerca da Organização de Trabalho, buscou-se averiguar as atividades dos ACS em relação à quantidade de domicílios sob sua responsabilidade. Neste

caso, a pesquisa cotejou o resultado das respostas com a definição emanada do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, verificando acúmulo e/ou sobreposição de atividades, além de sobrecarga de trabalho, o que compromete o bom desempenho das funções, assim como para a questão que enfoca o número de domicílios por cada equipe de Saúde da Família, quando detectou-se um percentual de 25% com uma cobertura de um número superior de 1000 famílias em sua área.

A questão relativa à frequência de reuniões da equipe de Saúde da Família, visando sua melhor preparação às visitas no âmbito familiar, baseou-se nos pressupostos da visita familiar em suas dimensões educativas, assistenciais e de promoção da saúde em coletividade. De igual modo levou-se em devida conta o conceito de visita familiar enquanto estratégia parte de um processo, devendo para tal ser planejada, registrada e avaliada no âmbito das reuniões de Equipe.

A pesquisa verificou, com base nas respostas, a busca pela eficácia nos procedimentos com a elaboração de agendas e calendários de visitas, realização de reuniões, adoção de procedimentos adequados às situações prioritárias de atendimento e quadro de funcionário da ESF, como se pode observar com maior detalhamento nos gráficos abaixo apresentados para as questões sete, oito e nove.

No Bloco 3, relativo à Rotina, buscou-se identificar a frequência de realização da Visita Domiciliar, tendo em vista os pressupostos do planejamento, da sistematização e continuidade do acompanhamento nos cuidados com a saúde. Neste ponto, evidenciou-se a estreita ligação entre a frequência da VD e o bom desempenho do ACS, isto porque, ao mesmo tempo, cria vínculos entre os serviços de atendimento e o a vida comunitária e, possibilita o planejamento de ações preventivas e de promoção de qualidade no atendimento.

No quesito relativo ao uso do SISAB, ao se constatar que um percentual de 100% manifesta seu compromisso, é uma evidência da possibilidade concreta de estimativa de demanda, avaliação de desempenho e planejamento de trabalho em equipe, a partir dos dados coletados e processados. É também uma afirmação de compromisso com uma estratégia que visa obter dados diagnósticos de saúde da comunidade em sua relação com as intervenções realizadas e as metas pretendidas. Além disso, tais dados propiciam a realização de estudos e pesquisas, seja em âmbito governamental, quanto no espaço propriamente acadêmico, de geração de conhecimentos.

Já nas questões que abordam as relações entre a Coordenação e a Equipe, verificou-se o papel que se espera da Coordenação frente à formação dos ACS, em vista da orientação na forma de palestras, material de trabalho, treinamento, reuniões, evidenciando o

significado da formação permanente como o caminho para o melhor desenvolvimento dos serviços de saúde.

Na quantitativa, ressalta-se que os questionados são ACS, integrantes da SMS de Aquiraz-CE, pessoas que utilizam os serviços da instituição, contando com o desenvolvimento pessoal na diminuição da ociosidade e condução a uma vida saudável e aos valores, tais como, ética, respeito, solidariedade e a valorização da família.

Com as atividades desenvolvidas, pode-se perceber o significado de ser ACS. Esse significado é percebido de maneira uniforme no município estudado, não havendo diferenciação entre os aspectos destacados.

Em relação à questão salarial os agentes de saúde do município, também se mostram satisfeitos, a única reclamação é a maneira que algumas ESF, tratam o ACS, com indiferença, como se ele não fizesse parte dessa Equipe. Cada entrevistado tem a sua UBS que atua como um dos integrantes ACS daquela área. Em cada Equipe são de 04 a 06 ACS, em cada Unidade.

A faixa etária dos entrevistados percebe-se que a maioria está dividida entre 28 a 35 anos, com 50%, vindo em seguida aqueles de 20 a 27 anos, com 25%, com 15% os acima de 41 anos e as faixas de 36 a 40 anos com 10%.

O estado civil dos participantes percebe-se que a maioria são casados com 72%, vindo em seguida os solteiros com 40% e os divorciados com 10%.

Nota-se que a maior parte dos entrevistados, ou seja, o número de 18 ACS tem menos de 2 anos de tempo de serviço no atual emprego, com 90%, e em número de um temos com 5%, entre 2 a 3 anos e também ACS com mais de 3 anos.

Atualmente o acesso a um grau de escolaridade em nível médio está a cada dia mais real, até porque hoje as instituições estão exigindo formação acadêmica como requisito para desenvolver vários cargos e funções. Assim, percebe-se pelo gráfico acima (5) que dois dos entrevistados possuem nível de ensino superior, com 10%, e também com essa mesma porcentagem temos ensino superior incompleto, ou seja, estão cursando. Nota-se que dezesseis ACS têm o ensino médio completo com 80%, esse grau de escolaridade, é, portanto, o exigido para participar do CTCAS.

Quanto ao exercer a função de ACS em outro município os entrevistados afirmam que 95% só exerceram a função em Aquiraz. Apenas 5% de concordância que foi ACS, no município de Itaitinga-CE. Percebe-se que 80% dos colaboradores não prestaram serviço em outras UBS do município. Já 20% dos entrevistados concordaram com essa afirmação, pois

tiveram a oportunidade de transferir moradia e conseguiram vaga para assumir o cargo em outra área do município.

Participaram de treinamento para preparação do ACS, A MAIORIA COM 80% afirmando da participação para assumir a função de ACS, embora esse treinamento, tenha sido insuficiente, em relação as informações, para assumir uma área. Percebe-se que 20%, ainda não tinham participado de nenhuma formação para desempenhar a função, procurando se inteirar com os colegas de profissão e buscando desenvolver o trabalho da melhor forma possível.

É oferecido treinamento para preparação do ACS com 100% sim, levando em conta que a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza um treinamento, para os Agente Comunitário de Saúde, logo que são selecionados, através de Concurso Público.

Quantos domicílios cobre cada Agente Comunitário de Saúde, para o Departamento de Atenção Básica⁹: *Tem um território definido, com uma população delimitada sob a sua responsabilidade, intervém sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, presta assistência integral, permanente e de qualidade e realiza atividades de educação e promoção da saúde, pressupondo assim que cada agente comunitário de saúde atende até 150 famílias (750 pessoas) em sua microárea.*

Apurou-se que 70% dos ACS atendem entre 150 a 200 famílias, 10% menos de 150 famílias e 20% atendem mais de 200 famílias. Nestes números não estão incluídos o número de famílias das microáreas descobertas. Portanto, acrescenta-se famílias para cada ACS para que se consiga realizar 100% de cobertura mensal. Com isso, observou-se o acúmulo de mais atividades, sobrecarga de serviço do ACS e, conseqüentemente, a obtenção de um mau aproveitamento e resolutividade das situações problemática.

Para o DAB⁹ do Ministério da Saúde relata que: *cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.500 pessoas ou de 1.000 famílias de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde.*

Percebe-se a maioria responderam que cada Equipe está atendendo dentro do limite de domicílios, de acordo com o Ministério da Saúde. De acordo com os dados coletados, conclui-se que 75% dos colaboradores entrevistados consideram que a sua Equipe cobre até 1.000 famílias por área. Lamentavelmente temos 25%, que consideram que estão cobrindo um número maior de 1.000 famílias na sua área.

No entanto, questionou-se aos ACS a necessidade das reuniões de equipe, a eficácia de sua realização com menor espaço de tempo, pelo critério utilizado para a discussão, com vistas as visitas domiciliares. A estratégia prioritária de trabalho das equipes de saúde da família é a visita domiciliar às famílias que são abordadas e discutidas em reuniões de equipe.

Para Kawamoto; Santos; Matos (1995, p. 35) “*Visita Domiciliar é um conjunto de ações de Saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial*”. A visita, como é realizada no âmbito domiciliar, proporciona uma dinâmica aos programas de atenção à saúde.

Já para Takahashi; Oliveira (2001, p. 43) “*A visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando a promoção da saúde da coletividade*”.

Para o sucesso de uma visita domiciliar é necessário planejamento, execução, registro de dados e avaliação. De acordo com Kawamoto; Santos; Matos¹⁰ (1995, p. 36) *As prioridades para a visita domiciliar incluem os recém-nascidos, crianças com patologias graves ou faltosas aos agendamentos das vacinas, portadores e comunicantes de doenças transmissíveis, gestantes de alto risco ou com VDRL positivo e/ou faltosas. A visita domiciliar é uma estratégia que apresenta vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens, pode-se citar: a presença do profissional de saúde in loco para levar informações de saúde ao grupo familiar, permitindo, uma visualização de condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida; um planejamento das ações mais factível, já que busca atender as condições observadas no domicílio; o melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde por ser sigiloso e menos formal, além da liberdade para os mais variados problemas, já que o tempo disponível é maior do que quando o atendimento é realizado nas dependências dos serviços de saúde. Já como desvantagens evidenciam-se as dificuldades de acesso; a limitação dos encontros e os afazeres domésticos, que impossibilitam a sua realização; tempo maior para o atendimento, pela locomoção ou a visita; o que o torna um método dispendioso a uma parcela maior da população.*

O Ministério da Saúde¹² (1998) preconiza que o ACS realize, no mínimo, uma visita por família da área de abrangência ao mês, quando necessário, estas podem ser repetidas com as situações determinantes de cada realidade. Cabe aos profissionais da ESF planejar suas visitas domiciliares procurando atender as demandas identificadas pelos ACS.

Os profissionais relataram que, a prefeitura cede uma moto cinquentinha para que eles possam realizar as visitas em sua microárea, e, os casos que necessitam intervenção

médica ou de enfermagem são atendidos uma vez por mês, pois os profissionais usam os carros da Unidade para se locomoverem até o local.

Além desta situação, constatou-se que os ACS utilizam agenda elaborada para a realização das visitas domiciliares. Eles justificam que, todos os itens relacionados na questão de pessoas acamadas, hipertensos, diabéticos, gestantes, mulheres no pós-parto; são importantes e prioritários.

As reuniões são em maior número realizadas mensalmente nas Unidades, com toda a Equipe, para avaliar os serviços que foram realizados e elaborar um novo calendário para as próximas visitas e atendimentos.

No quadro de funcionários da ESF, observou-se que 85% dos colaboradores conceituaram como o quadro de funcionários da ESF está completo. De acordo com o DAB do Ministério da Saúde, a Equipe de Saúde da Família, é multiprofissional composta por no mínimo 1 médico de família e comunidade, 1 enfermeiro de saúde pública, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Somente 15%, dos entrevistados responderam que a sua equipe está incompleta.

Nesse contexto, sob a égide do neoliberalismo, o governo de Fernando Collor de Mello criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, baseado na experiência bem sucedida dos ACS do Ceará (DURÃO¹³ et al., 2009).

No ano de 1994, foi criado o PSF, inserindo o ACS nessa equipe. Esses programas *“têm em comum a figura do ACS como elemento inovador no quadro funcional, sobre o qual recai expectativa de mediação e facilitação do trabalho de atenção básica em saúde”* (BORNSTEIN; MATTA; DAVID¹⁴, 2009, p. 194).

As equipes são compostas por médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, contam ainda com dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnico em saúde bucal.

A respeito da visita cada domicílio Santos¹⁵ (2013, p. 76) *A Visita Domiciliar (VD) é uma ação de cuidados com a saúde das pessoas dentro dos seus lares e seu surgimento está relacionado com a história da Saúde Pública, ou seja, há muitos anos atrás já se fazia visitas domiciliares às pessoas que convalesciam nos seus leitos. As principais diferenças entre essas visitas e a VD que realizamos hoje são o planejamento, a sistematização e a continuidade do acompanhamento.*

Portanto é pela VD que o SUS chega às famílias sem que para isto haja uma doença. O que é bem diferente quando as famílias chegam ao SUS pela UBS buscando cura para uma doença. A VD é uma atividade primordial para o bom desempenho do ACS porque

fortalece os laços de confiança entre a comunidade e serviços de saúde, possibilitando ações de promoção e prevenção.

Os Agentes entrevistados responderam com maior porcentagem de 80%, as VD, são realizadas mensalmente, relatam ainda, que em alguns casos as VD acontecem de duas a três vezes ao mês. Já na opção semanalmente temos 20%, relatam que é impossível cobrir toda a área e fazer a VD, para todos, toda semana. Esclarecem ainda, que é através da VD que sabem que uma paciente precisa de atenção prioritária.

Você usa o Sistema de Informação Atenção Básica¹² (SIAB)? Considera o SIAB útil? Observou-se que, os entrevistados afirmam com 100% que o comprometimento dos ACS utiliza o Sistema de Informações de Atenção Básica¹² (SIAB), considerando que esse sistema é útil para: estimar a demanda por serviços; avaliar o desempenho da equipe; e planejar o trabalho da equipe.

O Sistema de Informação Atenção Básica¹² (SIAB) *é um sistema (software), desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em 1998, cujo objetivo centra-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB) usando como estratégia central a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (SIAB¹², 2008). O atual SIAB, substituído gradativamente por um novo sistema de informação, o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica¹⁵ (SISAB). A partir do SISAB¹⁶, outros sistemas com dados originados na atenção primária seriam alimentados automaticamente.*

As fichas que estruturam o trabalho das EAB e que produzem os dados que compõem o SIAB são utilizadas para realizar o cadastramento, acompanhamento domiciliar e para o registro de atividades, procedimentos e notificações das pessoas adscritas nos territórios das EAB.

Finalizado os registros das informações o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica¹⁶ *se torna uma fonte de dados que engloba todas as informações importantes e abrangentes na área da saúde que além de servir para auxiliar as EAB em seu processo de trabalho, serve também como fonte para vários tipos de pesquisas, para os órgãos governamentais, para as comunidades acadêmicas, entre outros, que utilizam os dados a fim de compor pesquisas nas áreas de saúde coletiva.*

A Coordenação discute os dados do SISAB com a equipe e dá algum retorno sobre o desempenho da equipe. E 25% dos entrevistados responderam que não.

A Coordenação oferece algum tipo de orientação para a melhoria do desempenho? As respostas representam a influência que a Coordenação tem diante do trabalho dos ACS.

Observou-se que, 65% dos entrevistados afirmaram que a coordenação oferece algum tipo de orientação, como palestra, material de trabalho, treinamento e nas reuniões com a equipe.

Percebe-se que 35% dos respondentes afirmaram que não tem muita importância quanto a coordenação em oferecer alguma orientação. A participação da Coordenação para com a turma do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde foi essencial e de muito valor durante a Etapa I, com palestras, acompanhamento com ajuda de custo, alimentação, material e todo o apoio para com o curso.

A Coordenação retorna com 75%, positivo ao retorno do desempenho do trabalho dos ACS. Observou-se que, 25% dos entrevistados afirmam que a coordenação não faz nenhuma atividade em relação a esse retorno.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, o estudo aponta para a necessidade de proporcionar aos ACS conhecer o processo de construção da identidade de sua categoria profissional no contexto histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apropriando-se da especificidade do seu trabalho, tanto por autores que discutem e exploram esta questão e olhar para a pesquisa qualitativa, quantitativa e técnicas narrativas para validar este estudo.

As linhas pedagógicas que direcionam as ações dessa práticas do ensino estão centradas na Metodologia da Problematização, a qual considera a aprendizagem a partir da realidade dos educandos com a finalidade de apreendê-la e compreendê-la, apoiar o processo de construção do conhecimento e transformá-la.

Assim, a realidade do educando é percebida não como um fim em si mesma, mas como subsídio para o encaminhamento de propostas diante os problemas apresentados, possibilitando interação entre ensino, teoria e prática, buscando soluções específicas para diferentes situações, integrando educação, trabalho e comunidade, sob uma perspectiva crítico-reflexiva.

Considera-se o Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador da saúde pública, não somente pelo contato com as pessoas, por ser morador e conhecedor da área onde mora e trabalha, mas porque é para eles que a população apresenta, as suas queixas, reclamações e tem acesso aos primeiros cuidados.

Vale ainda reassaltar, que as suas atribuições são muitas, assim como os riscos e as cargas a que são submetidos no seu trabalho. Essas atribuições destinadas a esses trabalhadores entre as necessidades e o atendimento em saúde, ligando o saber popular e o saber científico, mostram que o trabalho que desenvolvem não é simples, portanto viver e conhecer a comunidade e passar por uma qualificação básica, pode não bastar para os cuidados em saúde que a população precisa ter.

A formação profissional do Agente Comunitário de Saúde deve ter como informações essenciais os princípios do Sistema Único de Saúde e a proposta de contribuir para uma atitude crítica diante da realidade, questionando o quanto são desumanas as formas que o trabalho assume para com isso, fortalecer a luta coletiva.

No campo da formação, como aspecto inovador, diferente dos processos de capacitação, a proposta de formação dos Agentes Comunitários de Saúde permitiu participação das Escolas Técnicas do SUS em todo o processo de elaboração do curso e na discussão acerca do profissional que se deseja formar. Tal fato desenvolveu grande mobilização de todos os envolvidos, no tocante à participação nas articulações e decisões políticas da formação em saúde.

Em relação ao ponto de vista da política pública, o Ministério da Saúde cumpriu seu papel como financiador de políticas de formação, uma vez que somente com vontade política e viabilização dos recursos tornou-se possível oferecer formação aos agentes comunitários. Portanto, os esforços em formar e qualificar os ACSs são proporcionais às expectativas de melhorias na qualidade da atenção à saúde da comunidade.

Percebe-se, que os estudos sobre educação profissional em saúde nos mostram, que os investimentos na qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde para a área da saúde não têm fugido a estas determinações.

Diante disso, são muitos os desafios que se apresentam aos ACS para constituírem-se conhecedores sobre a prática e a construção de sujeitos críticos. Ressalta-se que a troca de experiências entre os Agentes Comunitários de Saúde apresenta-se fundamental para o seu crescimento, tendo em vista a relevância de muitas na sua área, no cenário do Sistema Único de Saúde, por ser o campo de experiências que perpassam no seu cotidiano.

As observações realizadas, sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e de suas lutas por melhores condições de trabalho possibilitam o esclarecimento de muitas questões, mostrando-nos que se fazem necessários outros estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BRASIL, Ministério da Saúde. **O Sistema Único de Saúde: SUS**. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília-DF: 2000. 119 p. p. 24-29. Texto de Apoio n. 1.
- 2 BRASIL, Constituição Federal de 1988. **Artigo 6º e seção II – da Saúde – art. 196**. Dispõe que a Saúde é direito de todos e dever do Estado. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoefederal.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.
- 3 BRASIL, Ministério da Saúde. **O ACS em ação**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília-DF: 2000. 119 p. Texto de apoio n. 2.
- 4 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011
- 5 NOGUEIRA, Roberto; SILVA, Frederico; RAMOS, Zuleide. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o Agente Comunitário de Saúde**. Textos para discussão, 2000. IPEA nº 735. Disponível em: www.ipea.gov.br.
- 6 ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Índice de desenvolvimento humano municipal**. 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013>. Acesso em: 15 nov. 2013.
- 7 RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.
- 8 SECRETÁRIA DE SAÚDE DE AQUIRAZ. 2006. Disponível em: <<http://www.aquiraz.ce.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

9 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família**: manual para os agentes comunitários de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

10 KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATOS, T. M. **Enfermagem comunitária: visita domiciliar**. São Paulo: EPU, 1995.

11 TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. **A visita domiciliar no contexto da saúde da família**. In BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

12 BRASIL, Ministério da Saúde. **SIAB**: manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília-DF: 1998. 98 p.

13 DURÃO, Ana Violeta et al. Analisando o processo de qualificação do agente Comunitário de Saúde (ACS). In: Monken, Mauricio; Dantas André Vianna. **Estudos de Politecnicia e Saúde**. v. 4. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

14 BORNSTEIN, V. J.; MATTA, G. C.; DAVID, H. O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em Saúde. In: MONKEN, Mauricio; DANTAS, André Vianna. **Estudos de Politecnicia e Saúde**. v. 4. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

15 SANTOS, Maria Teresa Queirós dos. **Conhecendo a comunidade pela visita domiciliar**. Escola de Saúde Pública do Ceará. Curso Técnico de ACS: Etapa Formativa 1: manual fase 1: Guia do Facilitador: O ACS: sua história e contribuições para a construção do SUS. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2013.

16 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS Atenção Básica**: manual de implantação. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.