



**EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA (EAD)
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL**

**POLÍTICAS DE FORMAÇÃO E EFICIÊNCIA NO SERVIÇO
PÚBLICO: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA COM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACSS) NO
MUNICÍPIO DE AQUIRAZ/CE**

ALDENÔRA GONÇALVES PEREIRA

**Redenção-CE
Julho/2014**



**EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA (EAD)
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL**

**POLÍTICAS DE FORMAÇÃO E EFICIÊNCIA NO SERVIÇO
PÚBLICO: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA COM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACSS) NO
MUNICÍPIO DE AQUIRAZ/CE**

ALDENÔRA GONÇALVES PEREIRA

Orientadora: Prof. Ms. Fabiana Pinto Almeida Bizarria

**Redenção-CE
Julho/2014**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira
Direção de Sistema Integrado de Bibliotecas da Unilab (DSIBIUNI)
Biblioteca Setorial Campus Liberdade
Catálogo na fonte
Bibliotecário: Francisco das Chagas M. de Queiroz – CRB-3 / 1170

P489p

Pereira, Aldenôra Gonçalves.

Políticas de formação e eficiência no serviço público: análise de uma experiência com agentes comunitários de saúde (ACSs) no município de Aquiraz/CE. / Aldenôra Gonçalves Pereira. Redenção, 2014.

114 f.; 30 cm.

Monografia do curso de Especialização em Gestão Pública Municipal da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB.

Orientadora: Profa. Ms. Fabiana Pinto Almeida Bizarria.

Inclui Lista de Siglas, Quadros, Figuras, Gráficos, Referências e Apêndices.

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Aspectos da saúde. 3. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. I. Título.

CDD 614

ALDENÔRA GONÇALVES PEREIRA

POLÍTICAS DE FORMAÇÃO E EFICIÊNCIA NO SERVIÇO
PÚBLICO: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA COM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACSS) NO
MUNICÍPIO DE AQUIRAZ/CE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Orientadora: Profa. Ms. Fabiana Pinto Almeida Bizarria

Redenção-CE
Julho/2014

Aldenôra Gonçalves Pereira

POLÍTICAS DE FORMAÇÃO E EFICIÊNCIA NO SERVIÇO
PÚBLICO: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA COM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACSS) NO
MUNICÍPIO DE AQUIRAZ/CE

Esta monografia foi submetida à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Defesa em 26/ 07/ 2014.

Conceito obtido:
Nota:

Banca Examinadora

Profa. Ms. Fabiana Pinto Almeida Bizarria
ORIENTADORA

Profa. Ms. Ana Zenilce Moreira
Examinadora

Profa. Ms. Ana Paula Pinto Bastos
Examinadora

Dedico este trabalho as minhas amadas, mãe Vilanir Gonçalves e filha Fernanda Luiza que tanto acreditaram em mim.

Ao meu marido, que sempre me incentivou a buscar meus objetivos, confiante e sempre apoiando minhas decisões.

Aos meus verdadeiros amigos, que tanto me incentivaram e me ajudaram e em especial à minha amiga Almiza que tanto me apoiou e me ajudou nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Principalmente à Deus Pai, que sem o consentimento Dele não havia nada no mundo. Sem sua proteção e benção, eu não estaria aqui.

À minha maravilhosa e incomparável Mãe Vilanir Gonçalves Pereira que sem seu apoio e sua grande dedicação e determinação eu não estaria subindo estes poucos degraus da minha enorme caminhada da vida.

A meu pai (*in memorian*) que fomentou a necessidade constante dos estudos.

Para todos que me apoiaram e me incentivaram na prossecução deste Curso.

As amigas e parceiras de viagem, Ediane Sousa, Elissandra Sousa e Hélia Silva, obrigada!

“A grande generosidade está em lutar para que, cada vez mais, essas mãos, sejam de homens ou de povos, se estendam menos em gestos de súplica. Súplica de humildes a poderosos. E se vão fazendo, cada vez mais, mãos humanas, que trabalhem e transformem o mundo”.

Paulo Freire

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AIDS | <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> |
| CE | Ceará |
| CEB | Câmara de Educação Básica |
| CEC | Conselho de Educação do Ceará |
| CNE | Conselho Nacional de Educação |
| CONTEC | Conselho de Coordenação Técnico-Administrativo |
| CTACS | Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DEGERTS | Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde |
| DEGES | Departamento de Gestão da Educação em Saúde |
| DIESP | Diretoria de Educação Profissional em Saúde |
| DST | Doenças sexualmente transmissíveis |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| ESP/CE | Escola de Saúde Pública do Ceará |
| GM | Gabinete do Ministro |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH-M | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| IDM | Índice de Desenvolvimento Municipal |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional |
| MEC | Ministério da Educação |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PBL | Ensino Baseado em Problemas |
| <i>PBL</i> | <i>Problem-Based Learning</i> |
| PNAN | Política Nacional de Alimentação e Nutrição |

| | |
|-------|---|
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| SESA | Secretaria da Saúde do Estado |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UnB | Universidade de Brasília |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 – Competências Etapa I | 53 |
| QUADRO 2 – Competências Etapa II | 55 |
| QUADRO 3 – Competências Etapa III | 57 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|-----------------------------------|----|
| FIGURA 1 – Arco de Maguerez | 36 |
|-----------------------------------|----|

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 1 - Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) | 82 |
| GRÁFICO 2 – Faixa etária | 83 |
| GRÁFICO 3 - Estado Civil..... | 83 |
| GRÁFICO 4 - Tempo de Serviço..... | 84 |
| GRÁFICO 5 - Grau de Escolaridade..... | 84 |
| GRÁFICO 6 - Agente em outros municípios | 85 |
| GRÁFICO 7 - Agente em outras Unidades deste município | 85 |
| GRÁFICO 8 - Treinamento para preparação do Agente Comunitário de Saúde | 86 |
| GRÁFICO 9 - Treinamento para preparação do Agente Comunitário de Saúde | 86 |
| GRÁFICO 10 - Domicílios para cada Agente Comunitário de Saúde | 87 |
| GRÁFICO 11 - Presença do líder em todas as decisões grupais | 88 |
| GRÁFICO 12 - Frequência se reúne a equipe de Saúde da Família | 89 |
| GRÁFICO 13 - Líder com ensino superior | 91 |
| GRÁFICO 14 - Frequência visita cada domicílio | 92 |
| GRÁFICO 15 - Usa o SIAB | 93 |
| GRÁFICO 16 - Coordenação discute os dados do SIAB com a equipe ... | 94 |
| GRÁFICO 17 - Coordenação oferece algum tipo de orientação para a melhoria do desempenho | 95 |
| GRÁFICO 18 - Coordenação dá algum retorno sobre o desempenho da equipe | 96 |

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, optaram por utilizar como metodologia de ensino, a problematização. É, portanto, objetivo da pesquisa proporcionar aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) à profissionalização como aspecto de garantia da eficiência de políticas públicas de 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 Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS); Apreciar a importância da formação de Agentes Comunitários de Saúde no Curso Técnico; Analisar a contribuição da formação do ACSs 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, 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.

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

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) with its guidelines and targets, launched in 1994 by the Ministry of Health (MOH) began requiring the Community Health Agent (CHA), the acquisition of skills, abilities and attitudes to them permit to be able to develop and instigate transformative actions that consider the sociocultural context of families followed, and collaborate in search of better living conditions, and therefore health. Aware of this reality, the founders and organizers of the Technical College of Community Health Agent, chose to use as teaching methodology, the questioning. It is therefore objective of this research provide Community Health Agents (ACS) as the professional aspect of ensuring the effectiveness of public health policies and the right of citizens to quality healthcare services. And the specific objectives are: To identify the skills and knowledge essential to the exercise of the Technical College of Community Health Agent (CTACS); Appreciate the importance of training of Community Health Workers in Technical College; Analyze the contribution of training CHWs to the quality of health services offered. The study, part of a methodology literature, descriptive and field research with a qualitative approach, arrive at the systematization of a small retrospective on deployment Training of health workers, community health workers in the municipality of Aquiraz-EC. And, trying to illuminate the issues of identification with the community and a commitment to act to improve the social interaction of health relevant to complement the work is part of a study-with (the) ACS service, investigating the actions of the same municipality of Aquiraz-EC.

Keywords: Problem-solving methodology. Agent Community Health Practice Transform.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 17 |
| CAPÍTULO I CONTEXTO DA PESQUISA | 21 |
| 1.1 Problematização | 23 |
| 1.2 Objetivos | 23 |
| 1.2.1 Objetivo Geral | 23 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos | 23 |
| CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL TEÓRICO | 24 |
| 2.1 Agentes Comunitários de Saúde | 24 |
| 2.1.1 Perspectiva do Agente Comunitário de Saúde | 24 |
| 2.1.1.1 O Papel do Agente Comunitário de Saúde | 24 |
| 2.1.1.2 Significado de ser Agente de Saúde | 27 |
| 2.1.1.3 Mudança como Pessoa | 28 |
| 2.2 Escola de Saúde Pública (ESP/CE) | 29 |
| 2.3 Modelo Educacional | 31 |
| 2.4 Um Breve Histórico da Metodologia da Problematização | 32 |
| 2.5 A Metodologia da Problematização e suas características | 35 |
| CAPÍTULO III EFICIÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA | 39 |
| 3.1 Desenvolvimento Profissional e os Princípios Básicos e Fundamentais na Administração Pública | 40 |
| 3.2 Os Valores do Profissionalismo no Serviço Público | 43 |
| 3.3 Aspectos de Profissionalização de Trabalhadores da Saúde | 45 |
| CAPÍTULO IV - EXPERIÊNCIA DE UM CURSO DE FORMAÇÃO PARA ACS | 47 |
| 4.1 Formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) profissional técnico do Sistema Único de Saúde (SUS) | 47 |
| 4.1.1 Objetivo do Curso | 49 |
| 4.1.2 Acesso ao Curso | 49 |

| | |
|--|------------|
| 4.1.3 Composição e Análise das Competências que compõem as Etapas Formativas do Técnico de Agente Comunitário de Saúde | 52 |
| 4.1.3.1 Saber-ser: Atitudes e Valores | 52 |
| 4.1.3.2 Habilidades e Conhecimentos | 53 |
| 4.2 Manuais do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde - Etapa Formativa I | 58 |
| 4.2.1 Manual Fase 1- O Agente Comunitário de Saúde: História e Contribuições para Construção do SUS | 58 |
| 4.2.2 Manual Fase 2- O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde para o fortalecimento das competências familiares | 59 |
| 4.2.3 Manual Fase 3- O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde para Melhoria da Qualidade de Vida dos Acometidos de Doenças Crônicas | 60 |
| 4.2.4 Manual Fase 4- O Trabalho Educativo do Agente Comunitário de Saúde | 63 |
| CAPÍTULO V METODOLOGIA DA PESQUISA | 65 |
| 5.1 Tipos de Pesquisa | 65 |
| 5.2 Delimitação do Estudo | 71 |
| 5.2.1 Caracterização do município em estudo | 71 |
| 5.2.1.1 Município de Aquiraz-CE | 72 |
| 5.3 Técnica, Análise e Interpretação de Dados | 75 |
| CAPÍTULO VI AS ANÁLISES DOS DADOS | 77 |
| 6.1 Pesquisa Qualitativa | 77 |
| 6.2 Pesquisa Quantitativa | 81 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 97 |
| REFERÊNCIAS | 100 |
| APÊNDICE | 104 |
| Apêndice I – Termo de Anuência | 105 |
| Apêndice II – Entrevista para Coordenadores | 107 |
| Apêndice III – Questionário direcionado aos ACS | 112 |

INTRODUÇÃO

O estudo propõe um olhar analítico sobre aspectos do Sistema Único de Saúde (SUS), que 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.

A política de saúde no Brasil, tendo a Reforma Sanitária como referência doutrinária e o Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia institucional, fornece indicações para a formação dos trabalhadores, apontando a necessidade do processo de trabalho em saúde como indicações para a organização dos processos de educação profissional.

Estas indicações estão expressas na Constituição Federal (CF) de 1988 e nos dispositivos legais, Leis 8.080/90 e 8.142/90, que definem um conceito de saúde, e um conjunto de princípios norteadores, centrados na integralidade, universalidade e equidade da atenção, bem como no controle social e na descentralização da gestão, com comando nas esferas de governo.

Assim, no Artigo 196 da Constituição Federal (1988) consta que

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

Portanto, com essa garantia a universalidade do acesso, a Constituição Federal 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 (1991) e do Programa de Saúde da Família (1994).

A Saúde da Família vem sendo implantada em todo o Brasil como uma importante estratégia para reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do SUS, uma vez que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e contínua.

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.

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.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, do Departamento de Atenção Básica (2011), o SUS 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 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Nessa equipe, o agente comunitário de saúde desempenha um papel de mediador social, para Nogueira et al., (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.

A profissionalização desses trabalhadores deve considerar as novas perspectivas para a educação profissional no Brasil, de acordo com a Lei Federal nº 9.394/96, Decreto Federal 5.154/2004, Parecer do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Básica (CNE/CEB) nº 16/99 e Resolução CNE/CEB nº 04/99, que apontam para a elevação da escolaridade e para uma concepção de formação que proporcione “compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões” (PARECER DO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO / CÂMARA DE EDUCAÇÃO BÁSICA (CNE/CEB) Nº 16/99).

Considera-se, ainda, as necessidades apontadas pelo SUS, que exige profissionais com capacidade de atuar nos diferentes setores, de forma a promover a melhoria dos indicadores de saúde e sociais, em qualquer nível do Sistema.

O Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS). 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 é dividido em etapas e nessas existe o estudo da investigação, possibilita ao ACS buscar as informações que necessitam sobre o problema, possibilitando conclusões, que lhes permitirão, como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigado de todos os ângulos possíveis, a elaboração de hipóteses de soluções e encaminhamentos, para só então, aplicá-las à realidade. Ao analisar a metodologia em questão verificou-se que é adequada ao curso, favorece o aprendizado, envolve o grupo na construção dos conhecimentos, e no desenvolvimento de atividades de pesquisa e de ensino comunitário, exigindo do profissional ACS uma tomada de decisões para intervir nos problemas da realidade.

O interesse pela temática surgiu a partir da experiência profissional desta pesquisadora junto Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), como Facilitadora do Curso de Técnico em Agente Comunitário de Saúde que 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 curso técnico de agente comunitário de saúde oferece ambientes apropriados ao desenvolvimento das atividades, Organização Curricular, condições para que o processo de ensino-aprendizagem tenha como motivações fundamentais as experiências dos ACS e a realidade do trabalho. Com isso, os vários contextos de atuação deste profissional deverão ser compreendidos como espaços privilegiados para a integração e a contextualização da formação.

Nesta visão, a interação escola-serviço-comunidade é fator essencial e indispensável ao processo formativo, cabendo à Escola de Saúde Pública (ESP) e aos gestores dos serviços construir viabilidades para que esta interação se efetive.

Cientes dessa realidade, os idealizadores e organizadores do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, optaram por utilizar como metodologia de ensino, a problematização. Portanto, opta-se descrever como esse estudo parte do pressuposto de que capacitar é importante, dentro do contexto de políticas de saúde e apresentar a profissionalização como aspecto importante para a eficiência das políticas públicas.

CAPÍTULO I - CONTEXTO DA PESQUISA

O Ministério da Saúde valoriza a formação dos trabalhadores como um processo de reajuste da força de trabalho, no sentido de contribuir para a qualificação e a efetivação da política nacional de saúde. Esta concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional, possibilitando aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de auto-planejamento, de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho.

Vale ressaltar, que para aumentar a qualidade de resposta do setor saúde às demandas da população, o Ministério da Saúde investe na política de educação profissional, articulando estratégias que envolvem o aumento da escolaridade, a profissionalização e a educação dos trabalhadores do setor.

No caso da formação do agente comunitário de saúde, a análise da Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 1.886/97, que estabelece suas atribuições e do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa diretrizes para o exercício de suas atividades, possibilitou uma proposição qualitativa de suas ações, destacando os eixos estruturantes de sua prática profissional.

Outros profissionais tiveram interesse em pesquisar sobre o tema, como: Barros et al. (2010) “O contexto da formação dos agentes comunitários de Saúde no Brasil”; Monteiro; Previtalli (2011) “A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos”; a Escola de Saúde Pública do Paraná; Governo do Espírito Santo, e outros.

Esta análise, combinada às políticas e estratégias desenvolvidas pelo SUS, quanto às concepções de formação do setor saúde e educacional, mostraram para o Ministério da Saúde a importância da construção de instrumentos para

subsidiar as instituições formadoras na elaboração dos programas de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's). Com isso, foi traçado o Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde, nas seguintes propostas:

- Adequação aos princípios e diretrizes da política de recursos humanos do SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde como Norma Operacional Básica (NOB-RH/SUS);
- Proposição que contemple a diversidade de aspectos relacionados à prática profissional do ACS e considere suas especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de organização do trabalho e ao atendimento das demandas individuais, grupais e coletivas;
- Observância à Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de ACS, ao Decreto nº 3.189/99, que fixa diretrizes para seu exercício profissional e à Portaria GM/MS nº 1.886/97, que estabelece suas atribuições;
- Valorização da singularidade profissional do ACS, como um trabalhador da saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente;
- Promoção da qualificação profissional mediante processo sistemático de formação vinculado às escolas técnicas, itinerário de formação e obtenção de certificado profissional com validade nacional.

O perfil de competências profissionais do ACS foi elaborado de acordo com um processo sistematizado que associou debates, por meio de oficinas de trabalho, reuniões e seminários com a participação de consulta pública. Essa consulta pública representou importância para a ampliação do debate em torno das políticas públicas para a formação e educação dos trabalhadores do setor saúde. A elaboração do perfil de competências profissionais do ACS contou, com a participação de técnicos da SGTES, da SAS, do MEC, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz. O documento constitui-se em referencial para as instituições formadoras dos cursos Técnicos de ACS, respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, instituídas pela Resolução CNE nº 04/99, conforme Art. 10.

1.1 Problematização

Na presente investigação, “Políticas de Formação e Eficiência no Serviço Público: análise de uma experiência com Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) no Município de Aquiraz-CE”, são buscadas respostas ao questionamento: Como a política pública de formação do ACS contribui para a eficiência dos serviços de saúde como forma de garantir o direito dos cidadãos e cidadãs a serviços de saúde com qualidade?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- O trabalho tem como objetivo geral analisar a contribuição aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) à profissionalização como aspecto de garantia da eficiência de políticas públicas de saúde e o direito dos cidadãos e cidadãs a serviços de saúde com qualidade.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as habilidades e conhecimentos essenciais para o exercício do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS);
- Apreciar a importância da formação de Agentes Comunitários de Saúde no Curso Técnico;
- Analisar a contribuição da formação do ACSs para a qualidade dos serviços de saúde ofertados.

CAPÍTULO II - MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de Aquiraz-CE, são em número de 114 agentes de saúde, distribuídos pelas localidades em todo o município, onde realizam visitas diárias às famílias. Segundo a coordenadora dos Agentes Comunitários de Saúde, o município possui hoje 21.281 famílias cadastradas, sendo cada profissional responsável por 700 pessoas.

Os agentes têm suas atribuições regulamentadas pela Lei nº 11.350/2006, no 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.

Nesta pesquisa, no desenvolvimento de atividades pedagógicas, como a promoção de ações de educação para a saúde individual, como no desempenho de atividades de coletas de dados e na realização de visitas domiciliares para monitoramento de situações de risco à família, há, às vezes, um contato dos agentes comunitários de saúde com os indivíduos, nos domicílios destes.

2.1.1. Perspectiva do Agente Comunitário de Saúde

2.1.1.1. *O Papel do ACS*

O ACS é um trabalhador que tem como função realizar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas em saúde, realizadas em domicílios e junto à coletividade, em âmbito exclusivo do SUS (BRASIL, 2011).

No início do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), visando contribuir para uma

melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. O programa ataca de maneira objetiva e direta os problemas cruciais da saúde materno-infantil, e o agente comunitário de saúde (ACS) atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO 196/96).

O trabalho do ACS era, muitas vezes, marcado por desconfiança e era um desafio convencer as pessoas de que, mudando hábitos antigos, as condições de saúde poderiam melhorar. Um dos pontos explorado pelo agente era o recebimento de material, como remédios e gases, a possibilidade de fazer um curativo e de verificar a pressão arterial, o que hoje não é mais atribuído ao agente.

No entanto, as opiniões são diferentes em relação à retirada ou proibição ao ACS de realizar esse tipo de serviços. Esse aspecto é importante de ser salientado, por alguns agentes que não estejam convencidos dos benefícios que podem ser alcançados com ações de prevenção e Promoção da Saúde, valorizando uma perspectiva assistencialista. Outros já acreditam que isso não é tarefa do agente, pois este deve ter um trabalho mais preventivo e de promoção e não curativo.

Muitas comparações são feitas por parte dos agentes em relação às condições de vida da população antes do funcionamento do PACS. A falta de orientação era responsável por muitas doenças e muitos óbitos, significando que alguns ACS conseguem perceber a importância de suas ações como importantes para a melhoria da qualidade de vida da população a partir do trabalho por eles desenvolvido.

Apesar das melhorias apontadas no desenvolvimento das atividades no contexto atual, porém, os agentes reclamam de que, com o PSF, há uma sobrecarga de trabalho, diminuindo a qualidade das atividades por eles exercidas. Para eles, no início, o trabalho podia ser feito de maneira mais cuidadosa, com maior tempo para investigar o histórico do agravo e poder junto à família achar uma solução.

O ACS utiliza instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação, executa atividades de educação para a saúde, registra nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos, estimula a participação da comunidade, monitora situações de risco à família, fortalece os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas, entre tantas outras atividades pertinentes a sua função (BRASIL, 2009).

Com isso, o ACS considera seu trabalho importante, quanto aos aspectos preventivos, ressaltando como importante o conhecimento que ele tem sobre as famílias da sua área. Consegue identificar o impacto na saúde da comunidade, na redução da mortalidade infantil e no aumento dos índices de aleitamento materno. O agente de saúde como pessoa da comunidade percebe a importância do seu trabalho, principalmente na diminuição da mortalidade infantil.

Morosini (2010, p. 202) identifica a diferença entre as dimensões das responsabilidades atribuídas aos ACS e as dimensões de qualificação exigida para a função e questiona a contradição entre as atividades que este trabalhador tem a cumprir, a expectativa de sua atuação em contribuir para os serviços de saúde e as comunidades e a formação escolar e profissional que lhe é requerida, chamando a atenção o fato de um trabalhador sem escolarização e formação.

Vale ressaltar, que quando se analisa a importância do trabalho do agente de saúde para a população, depara-se com um trabalho de orientação das famílias no que se refere ao controle da vacinação, peso das crianças, informação sobre hipertensão e diabetes. Trata-se de um trabalho de informação e acompanhamento das famílias aos serviços de saúde, pois isso revela-se como um trabalho preventivo, e que gera grande impacto positivo para saúde pública.

A escolha pela técnica do Trabalho Grupal junto à comunidade, instrumento de trabalho dos ACSs, é considerada:

Uma técnica de inegável importância para tratar das questões de saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO, 2010, p.129).

O trabalho grupal junto à comunidade, ou seja, o fato de realizarem reuniões coletivas com determinado grupo de pacientes, é um grande aliado do agente de saúde, no que concerne à prevenção e controle de determinadas doenças, como a hipertensão.

A orientação que é dada às famílias é uma das competências do agente de saúde, expondo a sua capacidade de interagir com os indivíduos de seu grupo social, priorizando os principais problemas de saúde da comunidade.

Na busca de propor práticas de saúde de acordo com os problemas da comunidade o agente de saúde acaba sendo o elo entre a comunidade e os serviços de saúde.

2.1.1.2. Significado de ser Agente de Saúde

Ser agente é valorizar o trabalho, visto como um dos mais importantes na área de saúde. É ter um papel de vigilante e cuidador da saúde da população. Para os ACS está presente é sentido de responsabilidade e zelo pelas famílias de sua área, onde a existência de doença é sentida como falta de dever cumprido. A confiança entre a comunidade e o agente é destacada como um ponto importante que permite a troca de conhecimento e fortalecimento das relações.

Segundo os estudos realizados por Cardoso et al. (2011), evidencia que “os ACS reconhecem a responsabilidade que enfrentam nas suas atividades e que para conseguir dar conta da carga, devem ter uma formação que os ajude a desenvolver a capacidade de agir corretamente em diferentes situações”.

As conquistas observadas na melhoria das condições de saúde também estão relacionadas ao trabalho do agente, braço direito da equipe ou o coração da equipe, como eles mesmos se intitulam. Os agentes se tornam o elo entre o serviço de saúde e a comunidade. Por parte desses agentes, quando adquire conhecimento é uma conquista pelos atos de repassar e manter a população sempre informada dos cuidados sobre a saúde. Além da dedicação e da vontade de ajudar, no entanto, pode-se perceber também que ser agente pode garantir poder e

prestígio junto às comunidades onde atuam o que parece influenciar também no prazer que eles sentem pelo trabalho.

2.1.1.3 *Mudança como pessoa*

Com essas condições, portanto, não é novidade o fato de que os agentes, com o passar do tempo, adquiram mais consciência em relação à importância do trabalho que desenvolvem e, também passem por transformações no sentido pessoal. Eles se acham responsáveis e conscientes de seu papel para a melhoria das condições de saúde de sua localidade, principalmente comparando-se com o início de funcionamento do Programa.

Freire (1983), diz que a ação reflexiva que permite ao trabalhador identificar a capacidade de mudança e a estabilidade da realidade social, e como sujeitos sociais, podem optar pela permanência do *status quo* ou mudança.

Acredita-se que a atuação dos agentes ocorre pela sua inserção na área onde atua, permitindo espaço de discussão e troca de experiência nas atividades educativas, impõem respeito às vivências e à cultura desse trabalhador. O fato de estar mais próximo acompanhando os problemas enfrentados pelas famílias faz com que muitos agentes modifiquem seu modo de agir se sentindo mais humanos e solidários.

No ano de 2003, o MS aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, apresentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) (BRASIL, 2004a), com o propósito de capacitar os trabalhadores da saúde.

No mesmo ano, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) apresenta o documento intitulado “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde-ACS,” com vistas a “subsidiar as instituições formadoras na elaboração de programas de formação baseados no modelo de competências” (BRASIL, 2004b, p.4).

Morosini (2010, p. 202) destaca que o documento define as competências profissionais dos ACS com atributos requeridos aos profissionais da saúde e a importância estratégica de a qualificação profissional ser promovida diante de processos sistemáticos de formação vinculados à escola. Desse modo, estes aspectos contribuem para o reconhecimento profissional dos ACS, inserindo-o no universo dos trabalhadores de saúde e ao processo formativo dos ACS, o que promove estabilidade a essa formação.

A aquisição de conhecimentos é reconhecida pelos agentes como a possibilidade de novo aprendizado e estar inserido na comunidade. Destaca-se também, a preocupação em cuidar melhor das pessoas, possibilitado pela aquisição de mais conhecimentos, fazendo com que tenham um melhor atendimento.

A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) é uma instituição pioneira na formação de Agente Comunitário de Saúde (ACS), no estado do Ceará. A visão da ESP-CE é ser uma instituição de referência na formação e educação permanente, em práticas inovadoras de ensino, pesquisa, extensão e produção tecnológica, na área da saúde, no âmbito nacional e Internacional até 2015. E sua missão promove a formação e educação permanente, pesquisa e extensão na área da Saúde, na busca de inovação e produção tecnológica, a partir das necessidades sociais e do SUS, integrando ensino-serviço-comunidade, formando redes colaborativas e fortalecendo o sistema saúde-escola.

2.2. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)

A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) nasceu sob a forma de autarquia vinculada à Secretaria da Saúde do Estado (SESA), para operacionalizar a política de Desenvolvimento de Pessoas para o Sistema Único de Saúde (SUS) e compor uma rede de formação, em parceria com universidades, escolas, cursos profissionalizantes, favorecendo uma unidade na diversidade de pensamento sobre o profissional necessário para responder às necessidades da população e, portanto, do sistema de saúde.

Com este fundamento, o então Governador do Estado do Ceará, Ciro Ferreira Gomes, sancionou a Lei 12.140, publicada no Diário Oficial em 22 de julho de 1993, criando, assim, a Escola de Saúde Pública do Ceará.

A ESP-CE surgiu fortemente influenciada pelo movimento de mudanças no âmbito da saúde. A pesquisa, a informação e a documentação em saúde pública; a educação permanente; a formação e o aperfeiçoamento de recursos humanos para o Programa Saúde da Família e para o Sistema Estadual de Saúde são, até hoje, as suas prerrogativas.

Desde sua fundação em 1993, a ESP-CE desenvolve atividades no processo de capacitação e educação continuada de gestores para o sistema de saúde do Estado. Como instituição de ensino superior, reconhecida pelo Conselho de Educação do Ceará, a ESP-CE tem contribuído na formação de profissionais ligados à área de saúde e, tem constituído uma base de conhecimentos sobre o setor, e os tem disponibilizado sob a forma de cooperações com municípios, com a própria SESA, com instituições de outros Estados e com órgãos internacionais.

Ao longo de sua trajetória, a ESP-CE promoveu não somente ações de capacitação e formação de recursos humanos do Sistema Único de Saúde, como também construíram mecanismos e aberturas para um novo espaço na educação, na gestão, na atenção à saúde e na cultura cearense. Seguindo valores como: Ética; Equidade; Eficiência; Respeito à diversidade; Transparência; Inovação contínua; Responsabilidade socioambiental; Colaboração.

O Conselho de Coordenação Técnico-Administrativo (CONTEC) é um órgão de gestão colegiada, de caráter deliberativo, que tem a finalidade de definir e coordenar as ações desenvolvidas pelos órgãos de Execução Programática e de Execução Instrumental da Escola de Saúde Pública.

A Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIESP), representada pela Dra. Ondina Maria Chagas Canuto, atua na formação e capacitação de recursos humanos, produção científica e tecnológica e na prestação de serviços no

campo da saúde pública, mantendo cooperações técnicas com todos os municípios cearenses e com instituições estaduais atuantes em vários campos da saúde.

A Educação Profissional Técnica de Nível Médio é regida pelos princípios da Constituição Federal e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Nº 9.394/96, Resolução CNE/CEB Nº 04/99, Resolução CNE Nº 01/2005, Resolução CEC Nº 384/2004, Resolução CEC Nº 389/2004, Resolução CEC Nº 392/2004, Resolução CEC Nº 413/2006 da Educação Profissional, sendo atualizados sempre que surgirem novas legislações. As ações de Educação Profissional Técnica de Nível Médio estão classificadas em formação inicial e continuada e técnico.

A DIEPS tem por missão contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, por meio do desenvolvimento de programas de formação e educação permanente dos(as) trabalhadores(as) no nível da educação básica, bem como do desenvolvimento de pesquisa e extensão, a partir das necessidades sociais e do SUS e da construção de redes colaborativas.

2.3. Modelo Educacional

A ESP-CE adota um modelo educacional que favorece a formação de um profissional apto às práticas coerentes com os desafios do seu tempo. Buscando aliar metodologias voltadas para o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas e científicas que possibilitem garantir a formação de profissionais comprometidos com a realidade que os cerca, estimulando posturas profissionais dinâmicas, ativas e reflexivas e em constante sintonia com o desenvolvimento dos processos tecnológicos, além de profundamente empenhadas com a responsabilidade social e a ética. Dentre outras abordagens educacionais inovadoras, opta pela adoção da Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem-Based Learning - PBL*) como perspectiva educacional central nos seus diversos programas educacionais na pós-graduação *lato sensu* e a Problematização nos programas de Educação Profissional Técnica de Nível Médio.

No entanto, os programas educacionais da ESP-CE fundamentam-se em um conjunto de premissas com os conhecimentos gerados pela investigação

científica no campo da educação e efetivas para a formação de profissionais com os atributos desejados. Estes pressupostos, que constituem os pilares sobre os quais os currículos dos diversos programas educacionais são elaborados, pressupõem o ensino destinado ao estudante; baseado em problemas; aprendizagem no contexto; abordagem temática interdisciplinar, integrada e por competência e com orientação e base na comunidade.

Nesse sentido, a ESP-CE propõe um modelo de capacitação e de educação permanente que pretende promover uma elevação significativa do espaço de qualidade dos serviços de saúde. Para o desenvolvimento desse modelo de capacitação a ESP enfatiza a abordagem da problematização em seus processos formativos.

2.4. Um Breve Histórico da Metodologia da Problematização

A Metodologia da Problematização, utilizada pela ESP, proporciona cursos de formação mais contextualizados formulando teoria e prática e que, assim, os resultados obtidos tendem a serem mais satisfatórios com uma maior amplitude da eficiência dos serviços de saúde. Na análise você também tem que retomar o uso dessa metodologia como forma de constatação empírica de que, no estudo realizado por você, foi constatado que essa metodologia revela-se como um diferencial. A primeira referência para essa Metodologia é o Método do Arco, de Charles Maguerez, do qual se conhece o esquema apresentado por Bordenave e Pereira (1982). Nesse esquema constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática).

Tem-se proposto a Metodologia da Problematização como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, para ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade. Embora se saiba de sua utilização para cursos como um todo, principalmente quando relacionado com a prestação de serviços à comunidade, como é o caso da formação de Auxiliares de Enfermagem e de cursos para Gerentes de Enfermagem, temos

proposto a Metodologia da Problematização como uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior.

Existem temas que serão mais bem aprendidos com uma ou mais alternativas metodológicas da lista à disposição na literatura pedagógica. Então, quando oportuna, a Metodologia da Problematização pode ser desenvolvida da seguinte forma que se segue:

A primeira etapa é a Observação da Realidade social, concreta, pelos alunos, a partir de um tema ou unidade de estudo. Os alunos são orientados pelo professor a olhar atentamente e registrar o que perceberem sobre a parcela da realidade em que aquele tema está sendo vivido ou acontecendo, podendo para isso serem dirigidos por questões gerais que ajudem a focalizar e não fugir do tema.

Tal observação permitirá aos alunos identificar dificuldades, carências, discrepâncias, de várias ordens, que serão transformadas em problemas, ou seja, serão problematizadas. Poderá ser eleito um desses problemas para todo o grupo estudar ou então vários deles, distribuídos um para cada pequeno grupo.

As discussões entre os componentes do grupo e com o professor ajudarão na redação do problema, como uma síntese desta etapa e que passará a ser a referência para todas as outras etapas do estudo. Para realizar as atividades da segunda etapa que é a dos Pontos-Chaves, os alunos são levados a refletir primeiramente sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo. Por que será que esse problema existe?

Neste momento os alunos, com as informações que dispõem, passam a perceber que os problemas de ordem social como os da educação, da atenção à saúde, da cultura, das relações sociais etc., são complexos e multideterminados. Os alunos percebem que existem variáveis menos diretas e evidentes, mais distantes, que interferem na existência daquele problema em estudo.

Portanto, essa complexidade indica um estudo crítico e abrangente do problema, em busca de sua solução. A partir dessa análise reflexiva, os alunos são

estimulados a uma nova síntese: a da elaboração dos pontos essenciais que deverão ser estudados sobre o problema, para compreendê-lo e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo ou desencadear passos nessa direção.

A terceira etapa é a da teorização, esta é a etapa do estudo, da investigação. Os alunos se organizam para buscar as informações que necessitam sobre o problema, onde quer que elas se encontrem, dentro de cada ponto - chave já definido. Vão à biblioteca buscar livros, revistas especializadas, pesquisas já realizadas, jornais, atas de congressos etc.; vão consultar especialistas sobre o assunto; vão observar o fenômeno ocorrendo; aplicam questionários (quantitativos ou qualitativos) para obter informações; assistem palestras e aulas etc..

No entanto, as informações obtidas são tratadas, analisadas e avaliadas quanto a suas contribuições para resolver o problema. Tudo isto é registrado, possibilitando algumas conclusões, que permitirão o desenvolvimento da etapa seguinte.

A quarta etapa é a das hipóteses de solução. Todo o estudo realizado deverá fornecer elementos para os alunos, crítica e criativamente, elaborarem as possíveis soluções. O que precisa acontecer para que o problema seja solucionado? O que precisa ser providenciado? O que pode realmente ser feito?

Nesta metodologia, as hipóteses são construídas após o estudo, como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigando-o de todos os ângulos possíveis. A quinta e última etapa é a da Aplicação à Realidade. Esta etapa da Metodologia da Problematização ultrapassa o exercício intelectual, de acordo com Berbel (1996, p. 8-9).

Pois as decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas. Nesse momento, o componente social e político estão mais presente. A prática que corresponde a esta etapa implica num compromisso dos alunos com o seu meio. Do meio observaram os problemas e para o meio levarão uma resposta de seus estudos, visando transformá-lo em algum grau.

Vale ressaltar, que assim completa-se o Arco de Magueréz, com o sentido especial de levar os alunos a exercitarem a cadeia dialética de ação - reflexão -

ação, ou dito de outra maneira, a relação prática - teoria - prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social.

Em síntese, a Metodologia da Problematização tem uma orientação como todo método, dividida por etapas e direcionada a partir de um problema detectado na realidade. Constitui-se uma metodologia, como um conjunto de métodos, técnicas ou atividades organizadas em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes. Volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o estudante para tomar consciência de seu mundo e atuar para transformá-lo, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem.

Com todo o processo, desde o observar da realidade e a discussão coletiva sobre os dados registrados, com a reflexão das causas e determinantes do problema e com a elaboração de hipóteses de solução e a intervenção direta na realidade social, tem-se como objetivo a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos, que estudam para agir politicamente, como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo.

Está presente, nesse processo, o exercício da praxis e a possibilidade de formação da consciência da praxis, como já busca-se demonstrar em texto anterior (BERBEL, 1996, p. 7-17).

Percebe-se que a Metodologia da Problematização busca ensinar os conteúdos e formar cidadãos críticos e reflexivos, os quais sejam capazes de conviver em sociedade e cooperar para a sua melhoria.

2.5.A Metodologia da Problematização e suas características

A Metodologia da Problematização com o Arco de Magueres tem como ponto de partida a realidade que, observada sob diversos ângulos, permite ao pesquisador identificar os problemas existentes. O esquema do Arco é o seguinte:



Figura 1. Arco de Maguerez (apud BORDENAVE; PEREIRA, 1989).

O esquema do Arco, utilizado na Metodologia da Problematização, pode ser entendido, quando recorre-se à explicação de Bordenave (1989) e a ela associa-se a compreensão que Berbel (1998a, 1998b), entre outros títulos, elaborou com a experiência de utilização da Metodologia.

O autor acima citado, Berbel (1995) explica que o estudo, a pesquisa se dá a partir de um determinado aspecto da realidade. Então, a primeira etapa é a da Observação da realidade e definição do problema. É o início de um processo de apropriação de informações pelos participantes que são levados a observar a realidade em si, com seus próprios olhos, e a identificar-lhes as características, mediante os estudos, contribuindo para a transformação da realidade observada. Os alunos, apoiados pelo professor, selecionam uma das situações e a problematizam.

Definido o problema a estudar, investigar, inicia-se uma reflexão acerca dos fatores e determinantes maiores relacionados ao problema, possibilitando uma maior compreensão da complexidade e da multideterminação do mesmo. Tal reflexão culminará na definição dos Pontos-chave do estudo, cuja investigação possibilitará uma nova reflexão sobre o mesmo. Os pontos-chave podem ser expressos de forma variada: questões básicas que se apresentam para o estudo;

afirmações sobre aspectos do problema; tópicos a serem investigados; ou, ainda, por outras formas. Assim, possibilita-se a criatividade e flexibilidade nessa elaboração, após a compreensão do problema pelo grupo.

A etapa da Teorização é o momento de construir respostas mais elaboradas para o problema. Os dados obtidos, registrados e tratados, são analisados e discutidos, buscando-se um sentido para eles, tendo sempre em vista o problema. Todo estudo, até a etapa da Teorização, deve servir de base para a transformação da realidade. Com isso, se chega à quarta etapa, a das Hipóteses de Solução, em que a criatividade deve ser bastante estimulada para se pensar nas alternativas de solução.

Segundo Bordenave (1989, p. 25) afirma que “o aluno usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la”.

Por fim, a última etapa, a da Aplicação à Realidade, é aquela que possibilita o intervir, o exercitar, o manejar situações associadas à solução do problema. A aplicação permite fixar as soluções geradas e contempla o comprometimento do pesquisador para voltar para a mesma realidade, transformando-a em algum grau.

Sendo assim, a Metodologia da Problematização diferencia-se de outras metodologias, e consiste em problematizar a realidade, em virtude da peculiaridade processual que possui, ou seja, seus pontos de partida e de chegada; efetiva-se através da aplicação à realidade na qual se observou o problema, ao retornar posteriormente a esta mesma realidade, mas com novas informações e conhecimentos, visando à transformação. “Trata-se de uma concepção que acredita na educação como uma prática social e não individual ou individualizante” (BERBEL, 1998a, p. 36).

A Metodologia da Problematização dá sua contribuição à educação, ao possibilitar a aplicação à realidade, pois desencadeia uma transformação do real, acentuando o caráter pedagógico na construção de profissionais críticos e participantes. Portanto, “dessa maneira, completa-se o Arco de Maguerez, cujos

resultados podem estar sugerindo o reiniciar de muitos outros arcos” (BERBEL, 1995, p. 16).

A Metodologia da Problematização passa a ser mais que um método, pelo exercício intelectual e social, que permite enxergar e transformar a realidade com maior criticidade. Como afirma Vasconcellos:

A Metodologia da Problematização parte de uma crítica do ensino tradicional e propõe um tipo de ensino cujas características principais são a problematização da realidade e a busca de solução para problemas detectados, possibilitando assim o desenvolvimento do raciocínio reflexivo e crítico do aluno (VASCONCELLOS, 1999, p. 35).

Portanto, a Metodologia da Problematização, após seu início na área da saúde em Londrina, em 1992, vem sendo aplicada na área da educação em diferentes situações, nas disciplinas de Didática na graduação e na pós-graduação e em estágios, como caminho metodológico, tanto de ensino quanto de pesquisa. No Programa de Mestrado em Educação, que recebe profissionais de diversas áreas de atuação, interessados em aprofundar-se nas questões do ensino de suas áreas, só nos anos de 1994 a 2000, foram realizados 88 trabalhos com a Metodologia da Problematização (BERBEL, 2001), abrangendo diferentes temas, diferentes níveis de ensino como objeto de estudo, assim como diferentes usos (como ensino, pesquisa, resolução de problemas de trabalho).

A partir de 2002, a Metodologia da Problematização foi utilizada como caminho de pesquisa para Dissertações de Mestrado em Educação e também em Dissertações em que foi experimentada no ensino, em áreas diferentes e relatados os seus resultados. Foi também criada uma Disciplina no Programa de Mestrado, em que é trabalhada com os alunos como uma espécie de laboratório.

São muitos anos de intensa experiência e produção, constituindo-se uma espécie de linha de pesquisa que busca construir conhecimentos a respeito da teoria e da prática da Metodologia da Problematização, a cuja produção esta investigação de Iniciação Científica (IC) poderá ser agregada, em relação aos saberes que são mobilizados para a formação de professores, com a Metodologia da Problematização.

CAPÍTULO III EFICIÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

“[...] a conscientização não é apenas conhecimento ou reconhecimento, mas opção, decisão e compromisso [...]”.

(FREIRE, 1983, p. 114)

A educação continuada é componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. Oguisso (2000) afirma que, sendo o capital humano o elemento mais importante no funcionamento de qualquer empresa, grande ou pequena, pública ou privada, ele deve ser objeto de análises permanentes e de adequação de funções para melhorar a eficiência do trabalho, a competência profissional e o nível de satisfação do pessoal.

Os desafios e obstáculos a serem enfrentados no desenvolvimento de viver em uma sociedade globalizada, entre o ensinar e aprender, considerados como “[...] desafios maiores que enfrentamos em todas as épocas e particularmente agora em que estamos pressionados pela transição do modelo de gestão industrial para o da informação e do conhecimento” (MORAN; MASETTO; BEHRENS, 2000, p. 12).

Como exemplo da relevância da educação continuada, observa-se a determinação da legislação com o artigo 80 da LDB/96 que incentiva todas as modalidades de ensino à distância e continuada, em todos os níveis.

A utilização integrada de todas as mídias pode contribuir a criar todas as modalidades de curso necessárias para dar um salto na educação continuada, na formação permanente de educadores, na reeducação dos desempregados (MORAN; MASETTO; BEHRENS, 2000, p. 12).

Percebe-se a necessidade de mudanças, que gera desafios, destacando os desafios a serem enfrentados na implantação da educação continuada, estes desafios são entendidos como estímulos para novos caminhos. Ao se buscar a

superação de novos modelos, rompe-se com a rotina do tradicionalismo, isso exige criatividade e mudanças profundas.

Segundo Litwin (1997, p. 9) relata que “O problema das inovações [...] reside em que, em numerosas oportunidades, se desconhecem a cultura da instituição”.

Portanto, para implantação de um programa de educação continuada é relevante um diagnóstico da instituição, e procura vencer essas dificuldades que é um desafio constante.

[...] a educação continuada do profissional é um requisito básico, não só para a sua permanência no mercado de trabalho, mas, sobretudo, como importante elemento de atualização e desenvolvimento das organizações para enfrentar os crescentes desafios impostos pelas mudanças no ambiente social, econômico e político, assim como pela evolução do conhecimento e da tecnologia. Nesse aspecto, novas competências técnicas e gerenciais são exigidas das organizações privadas e públicas [...] No que diz respeito essencialmente às organizações públicas, há o desafio de aumentar a capacidade de resposta às demandas sociais, com excelência na prestação dos serviços e uso racional dos recursos públicos, frente a uma sociedade mais consciente e mobilizada (EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS, 2006, p. 31)

Portanto, como um dos principais fatores de desafio e de estímulo para a implantação de cursos de formação variadas, as pressões das demandas sociais e a comunicação de qualidade, esse estímulo há carência de pessoas capacitadas para enfrentar essa realidade em que permanece o trabalho em equipe, a dinâmica e inovação com criatividade, competências necessárias para se romper os obstáculos.

3.1 Desenvolvimento Profissional e os Princípios Básicos e Fundamentais na Administração Pública

O Estado está em evolução, à sociedade pluralista faz com que aumente os interesses públicos como exclusivo o Estado, mas de vários interesses públicos representativos dos setores da sociedade civil. A proteção do interesse público deixou de ser vantagens do Estado, que já não tem condições de assumir as atividades de interesse geral, ajudando, estimulando, criando condições para que os grupos representados por entidades particulares, busquem seus próprios objetivos.

Assim, a administração pública busca soluções para abandonar a administração burocrática em busca de um modelo gerencial. Pois a administração burocratizada está baseada em procedimentos formais, a partir de princípios de profissionalização do servidor público, privilegiando uma administração ligada na impessoalidade, legalidade e racionalidade.

Considerando o disposto no *caput* do Art. 37 da Constituição Federal de 1988, a Administração Pública direta e indireta de qualquer dos poderes da União, dos estados e dos municípios obedecerão aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

O princípio da Legalidade significa que o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum, e deles não pode se afastar ou desviar, sob pena de praticar ato inválido e expor-se à responsabilidade disciplinar, civil e criminal, conforme o caso. Na Administração Pública fazer tudo que a lei não proíbe, na administração pública só é permitido fazer o que a lei autoriza ou permite.

Já no princípio da Moralidade o agente administrativo, como ser humano dotado da capacidade de atuar, deve, necessariamente, distinguir o bem do mal, o honesto do desonesto. E, ao atuar, não poderá desprezar o elemento ético de sua conduta. Assim, não terá que decidir somente entre o legal e o ilegal, o justo e o injusto, o conveniente e o inconveniente, o oportuno e o inoportuno, mas também entre o honesto e o desonesto. A moral administrativa é imposta ao agente público para sua conduta interna, segundo as exigências da instituição a que serve e a finalidade de sua ação: o bem comum. A moralidade administrativa está intimamente ligada ao conceito do bom administrador que é aquele que, usando de sua competência legal, se determina não só pelas normas vigentes, mas também pela moral comum. Há que conhecer, assim, as fronteiras do lícito e do ilícito, do justo e do injusto nos seus efeitos.

E no princípio da Impessoalidade, nada mais é que o clássico princípio da finalidade, o qual impõe ao administrador público que só pratique o ato para o seu fim legal. E o fim legal é unicamente aquele que a norma de Direito indica, expressa

ou virtualmente, como objetivo do ato, de forma impessoal. E a finalidade terá sempre um objetivo certo e “inafastável” de qualquer ato administrativo: o interesse público. Todo ato que se afasta desse objetivo sujeita-se à invalidação por desvio de finalidade. Desde que o princípio da finalidade exige que o ato seja praticado sempre com finalidade pública, o administrador fica impedido de buscar outro objetivo ou de praticá-lo no interesse próprio ou de terceiros.

A Publicidade é princípio da divulgação oficial do ato para conhecimento público e início de seus efeitos externos. Daí por que as leis, atos e contratos administrativos, que produzem consequências jurídicas fora dos órgãos que os emitem, exigem publicidade para adquirirem validade universal, ou seja, perante as partes e terceiros. A publicidade não é elemento formativo do ato; é requisito de eficácia e moralidade. Por isso mesmo, os atos irregulares não se convalidam com a publicação, nem os regulares a dispensam para a sua exeqüibilidade, quando a lei ou o regulamento a exige. Em princípio, todo ato administrativo deve ser publicado, porque pública é a Administração que o realiza, só se admitindo sigilo nos casos de segurança nacional, investigações policiais ou interesse superior da Administração a ser preservado em processo previamente declarado sigiloso.

E por último o princípio da Eficiência, que é o mais moderno princípio de Administração Pública que já não se contenta em que os seus agentes desempenhem suas atividades apenas com legalidade e moralidade, isto é, com ética. Mas, exige resultados positivos para o Serviço Público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros. Eficiência consiste em realizar as atribuições de uma função pública com competência, presteza, perfeição e rendimento funcional, buscando com isso, superar as expectativas do cidadão-cliente. Embora estes princípios básicos tenham sido apresentados na Constituição Federal de 1988, desde a Reforma Administrativa de 1967, outros princípios, oriundos das Teorias da Administração já buscavam delinear o processo de gestão pública com o intuito de dotar tal gestão de um caráter mais profissional e gerencial, como se pode ver na próxima seção.

Os princípios que regem a Administração Pública brasileira, em todas as suas esferas, encontram-se consagrados pelo Direito Público em quase todo o mundo. São eles a: legalidade (Legitimidade: Justiça); impessoalidade (Ato da administração não da pessoa do administrador); moralidade (probidade, honestidade); publicidade (Clareza na prática dos atos) e eficiência (melhor visibilidade social, relação custo benefício no serviço público).

De acordo com a Reforma Administrativa de 1967 estabeleceu os princípios fundamentais, com a preocupação de simplificar os procedimentos administrativos e, reduzir as despesas do déficit público. Os princípios fundamentais da Administração Pública são: planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle.

3.2 Os valores do profissionalismo no serviço público

Existem demandas conflitantes sobre os profissionais do serviço público, tendo em vista que eles têm de estabelecer prioridades e escolher entre vários conjuntos de valores concorrentes. Segundo Cooper; Luyi (1996, p. 177-196) chamam a atenção para

Os desafios ao redefinir a ética na Administração Pública, antes determinada pela aderência dos servidores públicos aos valores simplificados da neutralidade e da hierarquia, quando a visão contemporânea é a de que o sentimento de reflexão individual e de responsabilidade moral deve ser incentivado se deseja atingir uma administração responsável e democrática.

Vale ressaltar, que o conjunto de valores depende da socialização cultural, regime político, condições sociais, injunções econômicas, arranjos institucionais, pressão dos pares, cultura organizacional, nível de burocratização, e mesmo da consciência individual. Assim, o conjunto adotado varia de país para país, regime para regime, governo para governo, organização para organização, segundo as condições num momento particular e a natureza das atividades organizacionais, grupos de apoio, interesses particulares e clientela, e não somente de regras internas, normas de grupos e preferências individuais.

O número de especialistas na carreira do governo que reivindicam *status* profissional tem crescido à medida que o governo adiciona mais atividades. Mas

esta fragmentação das profissões do serviço público tem causado prejuízo à administração do setor público e a sua contribuição à sociedade. À medida que cada profissão desponta, torna-se cada vez mais especializada, e cada especialização adota uma visão estreita enquanto tenta proteger e alargar seu conteúdo.

O governo e o serviço público profissional aparecem fracos e menos capazes do que realmente são. Também se enfraquecem por rivalidade, falta de cooperação e isolacionismo. A ligação que une os profissionais do serviço público no governo, nos valores e objetivos e no profissionalismo, tendem a subestimar e negligenciar sua essência; isso exagera suas características que são partilhadas com outras instituições sociais a custo de aspectos importantes, cruciais ao bom governo e ao progresso da humanidade (REVISTA DO SERVIÇO PÚBLICO, 1937).

Com isso, ao dividir administração pública em políticas públicas e gerenciamento público, identifica a primeira com análise microeconômica, que perde de vista a essência do profissionalismo na área pública, enquanto a outra é identificada com gestão de negócios, que tem diferentes objetivos e valores. A visão maior fora de perspectiva, assim debilitando a essência da administração pública, do governo e do profissionalismo no serviço público.

Todos os países são diferentes uns dos outros que, enquanto alguns podem ter exagerado sua administração pública, o alargamento burocrático e à arrogância oficial, outros nunca atingiram o estágio de profissionalismo do seu serviço público. Exigir serviços não profissionalizados, o cumprimento de tarefas além de suas capacidades somente os prejudica, seus governos ficam incapazes de preservar a lei e a ordem, proteger seus países de desafios externos, oferecer incentivos para poupar e investir, propiciar uma infraestrutura para bens e serviços, garantir direitos humanos fundamentais, retomar o desenvolvimento sustentado, ou desempenhar atividades governamentais que permitam que a população mundial viva com segurança.

Ser profissional significa mais do que só empregar profissionais ou exibir os valores profissionais, sem exercitá-los, um entendimento de características às normas públicas de comportamento. Compreende promover uma camada

organizacional que permita que os profissionais se desenvolvam, otimizando seus conhecimentos. É necessário visualizar o progresso para melhorar a condição humana e evitar piorar o que já é ruim para população.

3.3 Aspectos de Profissionalização de trabalhadores da Saúde

O Ministério da Saúde valoriza a formação dos trabalhadores como um processo de reajuste da força de trabalho, no sentido de contribuir para a qualificação e a efetivação da política nacional de saúde. Esta concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional, possibilitando aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de auto planejamento, de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho.

De acordo com a IX Conferência Nacional, realizada em 1992 é indispensável para a implementação do SUS uma política nacional de recursos humanos efetiva, que incorpore ações como a qualificação e/ou formação permanente de seus trabalhadores, cuja evolução na carreira conte com o suporte de escolas de formação nas Secretarias de Saúde; ou mediante articulação com Secretarias de Educação, universidades e outras instituições públicas de ensino superior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), com isso surge a criação dos Pólos de Educação Permanente, vinculados a centros universitários, articuladores de uma ou mais instituições de formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos para a Saúde.

Para Organização Pan-Americana da Saúde (2001) relata que a

Busca melhores condições de trabalho, onde a capacitação dos profissionais é relevante para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, em decorrência da necessidade de trabalhar em grupo e/ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual.

Ressalta-se a importância do trabalho em equipe e seu incentivo ao aprimoramento individual em habilidades múltiplas, à visão interdisciplinar e interdependente das tarefas segundo um consenso estratégico de objetivos e, por conseguinte, à cooperação funcional no desenvolvimento do potencial criativo e de agregação dos valores existentes e reconhecidos no serviço (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2001).

A capacitação do profissional de saúde é um dos caminhos importante, um dos desafios a se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde. Algumas medidas são imprescindíveis, entre elas o aumento salarial, novas formas de contratos de trabalho que garantam estabilidade e fortaleçam o vínculo empregatício, além da melhoria das condições de trabalho e de infra-estrutura dos serviços de responsabilidade social prestados pelos profissionais do Programa Saúde da Família.

CAPÍTULO IV – EXPERIÊNCIA DE UM CURSO DE FORMAÇÃO PARA ACS

4.1 Formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) profissional técnico do Sistema Único de Saúde

A inclusão do agente comunitário na rede do Sistema Único de Saúde ocorreu por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizado pelo Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde, em 1991. O PACS foi pensado como uma estratégia de transição, o Programa de Saúde da Família (PSF), que teve sua implantação em 1994. Estas duas estratégias se constituíram no processo de reorganização da atenção básica em saúde, representando uma intervenção no contexto da mudança da atenção à saúde.

Suas concepções buscam contribuir para a redução de graves problemas enfrentados pelos serviços públicos: a ênfase em práticas de combate a doenças instaladas e a falta de vínculo com a população assistida.

Desde o início da década de 1990, quando o Ministério da Saúde incorporou os agentes comunitários ao SUS, ficou definido, pelo próprio Ministério e pelas secretarias municipais de saúde, que estes trabalhadores, independente do nível de escolaridade, deveriam cumprir os requisitos formais de residir há pelo menos 2 anos na comunidade onde atuaria; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica do saúde da família; e b) ligados a uma unidade básica de saúde da família como membro da equipe.

Segundo o Departamento de Atenção Básica/SAS/MS-Planilha de Cobertura Competência (2004) encontram-se em atividade no país

aproximadamente 190.000 agentes comunitários⁵, estando presentes nas comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios urbanizados. Cada ACS acompanha, em média, 550 pessoas de sua comunidade.

A estratégia implementada por meio do PACS/PSF busca introduzir uma dinâmica de atuação nas UBS, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde, onde os serviços passam a buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervir sobre fatores de risco aos quais a população está exposta, promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular o controle social.

O ACS atua neste contexto como membro da ESF, mas suas funções transcendem o campo da saúde, de acordo com Nogueira; Silva e Ramos (2000) relata que na “medida em que, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial”.

Por outro lado, desde a implantação do PACS, os ACSs vêm se organizando em busca do reconhecimento legal da profissão e, com a expansão do Saúde da Família e a consequente incorporação destes trabalhadores nas equipes multiprofissionais, houve uma ampliação das aspirações do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas e sociais. A organização dos agentes propiciou a edição do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades e, posteriormente, a elaboração de um projeto de lei que culminou na publicação da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 que cria a profissão de agente comunitário de saúde.

O contexto sócio-político em que se insere esta nova categoria profissional, as peculiaridades da Lei Federal nº 10.507/2002 e as diretrizes do Ministério da Saúde em relação à profissionalização dos trabalhadores do setor suscitaram importantes reflexões acerca do processo de regulação da formação do agente comunitário de saúde, delineando uma concepção de formação que possibilite uma elevação de sua escolaridade e de desempenho profissional.

Somam-se a isto, os dados obtidos pelo Ministério da Saúde acerca da escolaridade destes trabalhadores, que revelam um perfil onde 60% possui ensino médio completo ou incompleto, 18%, o ensino fundamental completo e 22% estão por concluir o ensino fundamental. Além disto, todos os ACS inseridos no SUS já passaram por algum processo de capacitação. A formação destes trabalhadores deve, portanto, incorporar estas especificidades e considerar, conforme determina o Decreto Federal nº 3.189/99, que suas atividades são de relevância pública.

Assim, as definições da política de educação profissional para o setor saúde, a importância do ACS no contexto de mudanças das práticas de saúde, seu papel social junto às comunidades e seu perfil de escolaridade constituem uma base onde se sustentam a necessidade de uma formação profissional em nível técnico.

A seguir, estão delineados a formação ofertada e o perfil profissional do técnico agente comunitário de saúde.

4.1.1 Objetivo do Curso

O Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde visa preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. Este profissional atua no SUS, no campo intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos, privilegiando às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde.

4.1.2 Acesso ao Curso

O acesso ao curso técnico de ACS dar-se-á da seguinte forma:

a) etapa formativa I – formação inicial: acesso a todos os agentes comunitários de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde, independentemente da escolarização;

b) etapa formativa II: concluintes da etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental;

c) etapa formativa III: concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio.

A Carga Horária do Curso de Técnico de Agente Comunitário de Saúde é estruturado com uma carga horária mínima de 1.240 horas, conforme Resolução CNE/CEB nº 04/99.

A Estrutura curricular do curso de Técnico de Agente Comunitário de Saúde, considerando o universo de especificidades que envolvem seu processo de trabalho e de formação, é o de itinerário de formação. A ideia de itinerário apresentada refere-se a percursos formativos, organizados de forma interdependente e que possibilitem uma progressão concomitante à escolarização do trabalhador. A formação busca contemplar a diversidade dos aspectos relacionados à prática profissional, considerando as especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho, ao atendimento das demandas individuais e coletivas e ainda, às diferenças regionais, sociais, políticas e econômicas.

A formação valorizou o profissional, tendo as características do seu perfil social, a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo.

O percurso proposto para a formação do técnico ACS pressupõe a incorporação, em cada um dos momentos formativos, dos eixos estruturantes, refletindo, a transversalidade entre as competências: atitudes, valores, habilidades e conhecimentos. No entanto, cada etapa está referenciada numa dimensão do trabalho desenvolvido por este profissional, de forma a garantir a integralidade de suas ações, segundo os espaços e contextos onde se desenvolvem as práticas.

Conforme determina o Parecer CNE/CEB nº 19 de julho de 2004, a estrutura curricular do curso inclui três etapas, distribuídos da seguinte forma:

- Etapa I – formação inicial: contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do técnico agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS – carga horária 440 horas.
- Etapa II – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes – carga horária 200 horas.
- Etapa III – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário – carga horária 600 horas.

A prática profissional deve ser incluída na carga horária de cada etapa. O estágio supervisionado, quando necessário, será acrescido à carga horária do curso e seu plano deverá ser explicitado.

A Etapa I – Contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do ACS e seu papel na equipe multiprofissional da rede básica do SUS: por meio de discussões e aproximações ao objeto de trabalho; atividades didáticas que permitam a apreensão de conceitos sobre a política nacional de saúde, a estratégia da saúde da família, o processo saúde-doença, as características do processo de trabalho em saúde e as cargas do trabalho do ACS, na perspectiva de reconhecimento dos diferentes espaços e contextos onde as práticas são desenvolvidas, conhecer e aplicar instrumentos do planejamento com enfoque estratégico e de se situar como membro da equipe de saúde e como mobilizador social; avaliação do próprio trabalho, considerando significado e importância de suas ações, bem como as necessidades de aprimoramento.

Na Etapa II – Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes: por meio da proposição e desenvolvimento de ações, por parte dos ACSs, que reflitam a compreensão do processo saúde-doença, seus determinantes e a apreensão dos conceitos e estratégias da promoção da saúde, entendida como qualidade de vida; implementação de trabalho sistematizado de pesquisas, estudos e práticas relacionadas à educação em saúde, informação e orientação a diferentes pessoas e

grupos, considerando suas necessidades e os espaços/contextos onde as ações são desenvolvidas, domicílios, escolas, creches, asilos, UBS, associações e outros; informação e orientação sobre acesso à políticas sociais; reconhecimento das doenças existentes na micro-área e desenvolvimento das ações pertinentes aos cuidados de prevenção e acompanhamento; articulação intersetorial com vistas à efetividade das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; participação e apoio às atividades de mobilização da comunidade e avaliação do trabalho.

Já na Etapa III – Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário: por meio do desenvolvimento de ações, por parte dos ACSs, que reflitam a aplicação das estratégias de promoção da saúde voltadas ao risco sanitário e ambiental, a apreensão dos conceitos e estratégias relativos à vigilância em saúde; levantamentos das condições de risco na micro-área de atuação; reconhecimento de doenças; implementação e envolvimento de indivíduos e grupos sociais nas ações de redução/prevenção de riscos em domicílios e outros espaços coletivos; avaliação do próprio trabalho, considerando significado e importância de suas ações, bem como as necessidades de aprimoramento.

4.1.3 Composição e análise das competências que compõem as etapas formativas do Técnico Agente Comunitário de Saúde

4.1.3.1 *Saber-ser: atitudes e valores*

O saber-ser é considerado transversal a todas as competências e se expressa pela capacidade de crítica, ética, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas. O saber-ser incorpora:

- Interagir com os indivíduos e seu grupo social; com coletividades;
- Respeitar valores, culturais e individualidades nas práticas de saúde;
- Buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa;
- Recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados;

- Levar em conta a pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza, medindo-se pelos indivíduos, grupos e populações a que se refere sua prática profissional;
- Colocar-se em equipe em prol da organização das práticas de saúde;
- Pensar nos seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador.

4.1.3.2 *Habilidades e Conhecimentos*

Na Etapa I - Contextualização, aproximação e dimensionamento do problema – o perfil social do técnico agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS. Segue as competências:

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

| HABILIDADES (Saber fazer) | CONHECIMENTOS (Saber) |
|--|---|
| <p>Trabalhar em equipe de saúde.</p> <p>Promover a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à unidade básica de saúde. Identificar a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações.</p> <p>Orientar indivíduos e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica</p> | <p>Processo saúde-doença e seus determinantes/condicionantes.</p> <p>Processo de trabalho em saúde e suas características.</p> <p>Cargas presentes no trabalho do Técnico Agente Comunitário de Saúde: conceitos, tipos, efeitos sobre a saúde do trabalhador e medidas de prevenção.</p> <p>Ética no trabalho em saúde. Políticas públicas, políticas sociais governamentais, em especial a política nacional de saúde – organização, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.</p> <p>Sistema Municipal de Saúde: estrutura, funcionamento e responsabilidades.</p> <p>A estratégia de saúde da família na atenção básica à saúde. Comunicação: conceitos, importância e práticas.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>de saúde. Realizar ações de coleta de dados e registro das informações pertinentes ao trabalho desenvolvido.</p> <p>Estimular a população para participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde.</p> <p>Realizar mapeamento institucional, social e demográfico em sua micro-área.</p> <p>Analisar os riscos sociais e ambientais à saúde da população de sua micro-área.</p> <p>Realizar o cadastramento das famílias na sua micro-área.</p> <p>Consolidar e analisar os dados obtidos pelo cadastramento.</p> <p>Realizar ações que possibilitem o conhecimento, pela comunidade, das informações obtidas nos levantamentos sócio-epidemiológicos realizados pela equipe de saúde.</p> <p>Priorizar os problemas de saúde da população de sua micro-área, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população.</p> <p>Participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.</p> | <p>Lideranças: conceito, tipos e processos de constituição de líderes populares.</p> <p>Participação e mobilização social: conceitos, fatores que facilitam e/ou dificultam a ação coletiva.</p> <p>Conceitos operados na sociedade civil contemporânea: organizações governamentais e não governamentais, movimentos sociais de luta e defesa da cidadania, das minorias e pelo direito às diversidades humanas.</p> <p>Família: ampliação do conceito, especificidades e diferenças.</p> <p>Estratégias de abordagem a grupos sociais, especialmente a família.</p> <p>Direitos humanos.</p> <p>História da formação do povo brasileiro e a contribuição das etnias na construção das ciências, da política, da economia e da cultura no Brasil.</p> <p>Cultura e práticas populares no cuidado à saúde. Lei Federal nº 10.507/2002; Portaria MS 1.886/97;</p> <p>Decreto Federal 3.189/99; Manual da Atenção Básica/MS; Normas do SUS.</p> <p>Mapeamento sócio-político e ambiental: finalidades e técnicas. Interpretação demográfica.</p> <p>Conceitos de territorialização, microárea e área de abrangência; cadastramento familiar e territorial.</p> <p>Técnicas de levantamento das condições de vida e de saúde/doença da população. Indicadores sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos. Assistência e internação domiciliar.</p> <p>Estratégias de avaliação em saúde: conceitos, tipos, instrumentos e técnicas.</p> <p>Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade em saúde. Critérios de qualidade da atenção à saúde: integralidade, acessibilidade, humanização do cuidado, satisfação do usuário, equidade, outros. Sistema de informação em saúde: introdução ao SIAB; ficha A.</p> |
|--|--|

Quadro 1: Competências Etapa I.
Fonte: Brasil (2004).

E na Etapa II - Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes. As competências são:

- Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas sociais das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.

- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.

| HABILIDADES (Saber fazer) | CONHECIMENTOS (Saber) |
|---|---|
| <p>Identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida.</p> <p>Identificar situações e hábitos presentes na localidade que são promotores de saúde.</p> <p>Propor e participar da implementação de ações intersetoriais e das políticas sociais governamentais.</p> <p>Estabelecer articulação com equipamentos sociais (creches, asilos, escolas e ...).</p> <p>Apoiar ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes e adultos.</p> <p>Participar de reuniões do conselho local de saúde. Mobilizar a população para participar de reuniões, destino do lixo, cuidados com a água e dejetos; outras.</p> <p>Orientar indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.</p> <p>Orientar a família e/ou pessoa com deficiência e portador de sofrimento mental quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social.</p> <p>Identificar indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde.</p> <p>Sensibilizar familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.</p> <p>Orientar as famílias e grupos</p> | <p>Processo saúde-doença e seus determinantes/condicionantes.</p> <p>Condições de risco social: violência, desemprego, infância desprotegida, processos migratórios, analfabetismo, nutrição, infraestrutura básica, outros.</p> <p>Indicadores de saúde.</p> <p>Promoção da saúde: conceito e estratégias.</p> <p>Principais problemas de saúde da população e recursos existentes para o enfrentamento destes problemas.</p> <p>Riscos e agravos à saúde associados ao trabalho.</p> <p>Intersetorialidade: conceito e dinâmica político-administrativa do município.</p> <p>Informação, educação e comunicação: conceitos, diferenças e interdependências.</p> <p>Formas de aprender e ensinar em educação popular.</p> <p>Cultura popular e relação com os processos educativos.</p> <p>Medidas de prevenção de acidentes domésticos.</p> <p>Pessoas com deficiência e portador de saúde mental: abordagem, medidas de inclusão e direitos legais.</p> <p>Estatutos da Criança e Adolescente e do Idoso.</p> <p>Conhecimentos da anatomia e do funcionamento do corpo humano.</p> <p>Diferentes fases do ciclo vital: características, situações de vulnerabilidade e cuidados especiais.</p> <p>Doenças mais comuns por sexo, grupo etário, étnico, inserção social e distribuição geográfica, com ênfase nas características locais/regionais.</p> <p>Saúde sexual e reprodutiva humana.</p> <p>Direitos sexuais e reprodutivos: métodos de planejamento familiar e paternidade; vantagens, desvantagens, indicações e contra-indicações dos métodos contraceptivos, formas de acompanhamento, aspectos culturais e promoção da autonomia.</p> <p>Direitos constitucionais relativos à licença maternidade, paternidade, planejamento familiar e aborto.</p> <p>Saúde da mulher nos ciclos gravídico-puerperal e no</p> |

| | |
|---|--|
| <p>na identificação de problemas de saúde.</p> <p>Comunicar à UBS da respectiva micro-área os casos que necessitam de cuidados especiais.</p> <p>Encaminhar para a unidade básica de saúde as demandas de atendimento identificadas na população da micro-área, estabelecidos pela ESF.</p> <p>Registrar as visitas domiciliares, estabelecido pela UBS.</p> <p>Estimular indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, entre outros.</p> <p>Orientar famílias e grupos quanto à saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Apoiar o acompanhamento da gravidez e puerpério, conforme orientações da equipe de saúde.</p> <p>Orientar as gestantes e seus familiares nos cuidados relativos à gestação, parto e puerpério.</p> <p>Orientar gestantes, puérperas e grupo familiar quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.</p> <p>Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil e a situação vacinal das crianças, conforme planejamento da equipe de saúde.</p> <p>Orientar indivíduos e famílias sobre prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.</p> | <p>climatério.</p> <p>Cartão da gestante: leitura e interpretação dos dados.</p> <p>Aleitamento materno: importância, anatomia, fisiologia e cuidados da mama; mitos e técnicas de amamentação.</p> <p>Desmame: introdução gradual de alimentos.</p> <p>Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.</p> <p>Cartão da criança: finalidade, leitura dos campos, interpretação dos dados. Esquema vacinal.</p> <p>Doenças prevalentes da infância: identificação dos sinais de risco, medidas de prevenção, encaminhamento e acompanhamento.</p> <p>Características da criança na fase escolar: nutrição, detecção de fatores indicativos de baixa acuidade visual e auditiva, problemas posturais, cuidados preventivos às doenças bucais e dermatoses, prevenção de acidentes, outras.</p> <p>Características físicas, psicológicas e sociais do adolescente: crescimento e desenvolvimento; cuidados preventivos à gravidez precoce, às DST e Aids, ao uso de drogas e à violência; redes de apoio familiar e social.</p> <p>A cavidade bucal: funcionamento, doenças, prevenção e controle das doenças bucais.</p> <p>Proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo assistencial em saúde mental, de acordo com a Lei 10.216/2001.</p> <p>Características e necessidades físicas, psicológicas e sociais do idoso; cuidados preventivos com acidentes e doenças prevalentes; uso de medicamentos; situações e sinais de risco; redes de apoio familiar e social.</p> <p>Doenças transmissíveis e não transmissíveis: conceitos, sinais, sintomas e fatores de risco.</p> <p>Cadeia de transmissão de doenças: agentes infecciosos, hospedeiros e transmissão.</p> <p>O processo de resistência e imunidade do hospedeiro e suas respostas à agressão do agente infeccioso.</p> <p>Medidas de prevenção individual e coletiva das principais doenças transmissíveis e não transmissíveis.</p> <p>Doenças compulsórias. Medidas de monitoramento das enfermidades segundo protocolos de saúde pública.</p> <p>SIAB: conceito, finalidades, fluxo, preenchimento dos formulários e análise dos dados.</p> |
|---|--|

Quadro 2: Competências Etapa II.
Fonte: Brasil (2004).

Na Etapa III - Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário. Competência:

- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde.

| HABILIDADES (Saber fazer) | Conhecimentos (Saber) |
|---|--|
| <p>Identificar as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde de indivíduos e populações.</p> <p>Informar à equipe de saúde e à população sobre a ocorrência de situações de risco, na micro-área de atuação. Identificar, na microárea, as doenças relacionadas aos problemas sanitários e ambientais locais.</p> <p>Orientar indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde.</p> <p>Orientar moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.</p> <p>Realizar o acompanhamento da micro-área, utilizando indicadores definidos pela equipe de saúde.</p> | <p>Processo saúde-doença e seus determinantes/condicionantes.</p> <p>Promoção da saúde: conceito e estratégias.</p> <p>Constituição Federal/1988. Capítulo II. Da Política Urbana. Artigo 182. Estatuto da Cidade: Lei Federal nº 10.257/2001.</p> <p>Plano Diretor Municipal – planejamento da ocupação e uso do solo. Conceito de ambiente, enfoque de risco e poluente.</p> <p>Condições de risco ambiental: poluição sonora, do ar, da água e do solo, queimadas, desmatamentos, calamidades, outros.</p> <p>Vigilância em saúde: conceitos e aplicações. Saneamento ambiental. Medidas de prevenção de riscos ambientais e sanitários.</p> <p>Doenças prevalentes na micro-área relacionadas aos problemas sanitários e ambientais: mecanismo de transmissão e medidas de prevenção e controle.</p> |

Quadro 3: Competências Etapa III.
Fonte: Brasil (2004).

Diante da Estrutura Curricular e da composição e análise das competências do Curso Técnico de Agente Comunitários de Saúde (CTACS) apresento o contexto dos manuais da Etapa Formativa I, por ser conhecedora dos mesmos na aplicação e desenvolvimento, na turma do município de Aquiraz-CE.

Importante destacar que a análise do curso aponta-se o uso da metodologia problematizadora e a construção do curso e do material revelou um diferencial do curso e revela um potencial de formação qualificada. Assim, pode ser exemplo de experiência bem sucedida de formação para ACS, considerando que o impacto positivo gerado na profissionalização desses sujeitos passam a ofertar um trabalho mais eficientes.

4.2 Manuais do CTACS Etapa Formativa I

4.2.2 Manual Fase 1 – O Agente Comunitário de Saúde: história e contribuições para a construção do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) efetiva o direito à saúde dos brasileiros e das brasileiras, há pouco mais de duas décadas. 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 e o direito dos cidadãos e cidadãs a serviços de saúde com qualidade.

O material do CTACS elaborado para contribuir na formação das pessoas aprovadas por meio de seleção pública para atuarem como ACS. Isto é, implica na formação do ACS profissional técnico do SUS - trabalhador da saúde, que tem um perfil social com características de sua identificação com a comunidade e o compromisso de atuar na interação social do serviço de saúde e a população.

Portanto, promover a interação entre serviço de saúde e comunidade é construir uma relação de confiança das desigualdades sociais com a participação comunitária, ou seja, é promover a vida. Para tal, é necessária uma formação que transcenda os conhecimentos do campo da saúde, habilidades para realizar ações intersetoriais e atitudes fundadas na ética da solidariedade.

O Manual da Fase 1, tem como título “O Agente Comunitário de Saúde: história e contribuições para a construção do SUS” é o primeiro de uma série de quatro, que compõem a Etapa Formativa I do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde.

Destaca-se a importância e a necessidade do Professor Facilitador realizar um estudo cuidadoso sobre todo o curso dos textos de apoio, no intuito de complementar e enriquecer as reflexões em sala de aula de forma a manter um ambiente permanente de aprendizagem com os ACS.

Acredita-se que um ambiente onde as relações entre docentes e ACS se efetivam por meio do diálogo e da troca de saberes, possibilitando a construção de aprendizagem e práticas comprometidas com a garantia do direito à saúde e promoção da vida. Sendo esse um papel, de Professores Facilitadores e Supervisores na sala de aula, pois implica na relação ACS e docentes, na garantia da profissionalização dos ACS, técnicos do SUS. Todo este trabalho adquire visibilidade a partir das mudanças nos indicadores de saúde e na melhoria da qualidade de vida das crianças, adolescentes, adultos e idosos das comunidades.

Desta forma, é imprescindível que a união neste desafio, pois quando o desejo e a ação de todos e todas se unificam em prol de um resultado, se criam condições para as transformações da realidade.

4.2.3 Manual Fase 2 – O trabalho do Agente Comunitário de Saúde para o fortalecimento das competências familiares

Este Manual 2, parte da Etapa Formativa I, intitulado “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde para o fortalecimento das competências familiares”, tem suas atividades pedagógicas programadas para proporcionar aos Agentes Comunitários em Saúde o aprimoramento de sua abordagem educativa para o fortalecimento das competências familiares nos cuidados de crianças de 0 a 6 anos, no que diz respeito ao aleitamento materno e imunização. Faz-se referência aos adolescentes e idosos quanto à imunização.

Nessa perspectiva, a abordagem de redes sociais destaca-se como um referencial metodológico para subsidiar o trabalho do ACS com as famílias, foco da atenção da Estratégia Saúde da Família. Como atividades de prática profissional, dar-se continuidade à atualização do cadastro familiar e registro do número de homens e mulheres por idade no Quadro “Contando para Cuidar”, bem como a identificação de famílias que têm crianças de 0 a 6 anos, vivendo em situação de risco, e mapeamento da rede social para posterior abordagem educativa.

De acordo com Barbosa; Pessoa (2013, p. 32)

Para que o SUS possa funcionar bem, é necessário conhecermos o total de pessoas que estão cadastradas pelo serviço de saúde para identificarmos a quantidade de excluídos. Na intenção de que todos sejam incluídos no serviço, Dr. Carlile Lavor (2004) elaborou um instrumento para facilitar a consolidação do cadastro das famílias, permitindo a visualização do todo. O “Contando para cuidar” mostra um resumo da população real, por sexo e faixa etária, da área do ACS da área da ESF e do município.

Essa Ficha Contando para Cuidar é também um instrumento que facilita o planejamento das ações da Equipe, de forma a programar as ações, contemplando todos os grupos etários. Percebe-se que o trabalho é em cima de metas reais, identificando o número de pessoas idosas e crianças em idade de vacinação de campanhas do Ministério da Saúde; o número de adolescentes que poderão ser incluídos em projetos do Ministério; o número de mulheres em idade fértil que precisam ser atendidas para prevenção do câncer de colo de útero etc.

Assim, possibilitará também à ESF argumentar incoerências de metas preestabelecidas, uma vez que a equipe dispõe de um instrumento que lhe permite calcular suas metas com base em dados reais.

4.2.4 Manual Fase 3 – O trabalho do Agente Comunitário de Saúde para a melhoria da qualidade de vida dos acometidos de doenças crônicas

Este Manual “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde para a melhoria da qualidade de vida dos acometidos de doenças crônicas”, objetiva desenvolver as competências do ACS para realizar ações de promoção de hábitos alimentares e nutricionais mais saudáveis, bem como o acompanhamento permanente aos acometidos de doenças crônicas transmissíveis como: tuberculose e hanseníase; e não transmissíveis como: hipertensão e diabetes, no sentido de promover a melhoria da qualidade de vida.

Os autores Cartana; Heck (1997) esclarecem

Esta concepção de doença, enquanto fenômeno social e cultural, onde atuam fatores biológicos, ambientais e sociais, demonstrados através de mudanças passageiras ou permanentes na complexa estrutura das pessoas em comunidades.

Portanto, eles afirmam que a mudança permanente que se prolonga o decorrer da vida das pessoas, denominada de condição crônica, tem forte impacto nas relações com o ambiente físico e social, exigindo, portanto, a aquisição de novos estilos de vida.

Destaca-se também a importância das políticas públicas de proteção social, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em especial o Programa Bolsa Família, para a efetivação da cidadania, promoção da saúde e desenvolvimento social, como também o papel do ACS para efetivação destes direitos e políticas na sua micro área.

Segundo Pereira (1996) as políticas públicas podem ser compreendidas como

Linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual.

São exemplos de políticas públicas, o SUS, a previdência social, a assistência social, dentre outras. Para que estas políticas tornem-se efetivas, são disciplinadas em lei, onde estão definidas suas diretrizes, normas, regras e princípios que devem estruturar sua implementação.

Na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) integra a Política Nacional de Saúde, inserindo-se, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. Dessa forma compõe, portanto, o conjunto das políticas de governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição. Esta Política tem como propósito:

A garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. (BRASIL, 2003).

O fio condutor da problematização de todo este manual foi construído para facilitar o aprendizado do ACS em relação à coleta de dados do Sistema de

Informação da Atenção Básica - SIAB (Fichas B: B-HA, B-DIA, B-TB, B-HAN) no acompanhamento dos acometidos das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, bem como valorizar o seu papel na atualização do SIAB, na melhoria da qualidade de vida dos acometidos e na prevenção destas doenças na população da sua micro área.

Como atividades de prática profissional, o ACS cadastra os acometidos de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase existentes na sua microárea, preenchendo corretamente as Fichas (B-HA, B-DIA, B-TB, B-HAN), além de fazer um levantamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família.

O Programa Bolsa Família (PBF) é uma das principais ações do Fome Zero, concebido como uma política pública intersetorial que articula os diversos agentes públicos e sociais em torno de uma prioridade governamental de erradicar a fome e promover a inclusão social no Brasil.

É um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 70,01 a R\$ 140,00) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 70,00), de acordo com a Lei nº 10.836, 09 de janeiro de 2004 e o Decreto nº 6.824 de 16 de abril de 2009 (BRASIL, 2007).

Para o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) o público alvo para o recebimento do benefício em nome da família é a mulher. Essa decisão tem como base estudos sobre o papel da mulher na manutenção da família e na sua capacidade em usar os recursos financeiros em proveito de toda a família.

Segundo UNICEF (2007) “À medida que a mulher passar a ser economicamente produtiva, ampliam-se suas esferas de influência, torna-se mais capaz de fazer escolhas, não só para si mesma, mas também para seus filhos”.

O Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde é construído a partir das principais necessidades de saúde da população, expressas nos indicadores da atenção básica à saúde e objetiva promover um movimento de reflexões e

mudanças na prática deste profissional e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos cearenses.

Sabe-se que o trabalho é complexo, pois exige o compromisso e participação de todos os profissionais, educadores, gestores e população, mas tem-se a convicção de que o sentido de qualquer processo formativo está na utilização do conhecimento para a mudança da realidade social.

4.2.5 Manual Fase 4 – O Trabalho Educativo do Agente Comunitário de Saúde

Este Manual 4, da Etapa Formativa I, intitulado “O Trabalho Educativo do Agente Comunitário de Saúde”, objetiva desenvolver as capacidades do ACS para analisar a situação geral dos portadores de doenças crônicas da microárea, relacionando-a aos fatores de riscos, identificando os cuidados necessários e utilizando abordagem de redes sociais, bem como realizar trabalho educativo com grupos, utilizando metodologias participativas, visando à incorporação de estilos de vida saudável.

Como atividades teóricas-práticas no trabalho, nesta Fase 4, são previstas a construção da Árvore Familiar de cada ACS, a investigação de aspectos socioeconômicos, psicossociais, a história de doenças da família, o motivo das mortes e a expectativa de vida de seus antepassados. Está, também, proposta a construção da Árvore da Família de duas (2) famílias de alto risco da microárea e a elaboração de uma proposta de acompanhamento a uma dessas famílias, com ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Objetivando a ampliação das redes de apoio no município, a identificação de grupos existentes na microárea de todos ACS e sua classificação, conforme a identidade (religioso, trabalho e renda, esporte e lazer, etc), bem como conhecer a rede dos movimentos e das práticas que trabalham com educação popular no campo da saúde no município.

Nas atividades teórico-práticas, está proposto o conhecimento sobre o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, para que o professor-facilitador

possa subsidiar os ACS no processo de sistematização dessas informações, com antecedência, as Políticas Públicas Sociais, existentes no município.

O Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, no Estado do Ceará, possibilita a ligação de rede de compromisso social, que é fortalecida a cada fase do Curso. A união dessa rede é construção de relações sobre valores humanitários e de justiça social. Com isso, efetivar as práticas, desafiando a aprendizagem na aplicação do cotidiano profissional.

O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2003) através do educador brasileiro, Anísio Teixeira, relata que “sabe-se que a educação é um processo social e que o processo de aprendizagem e de crescimento não é linear, nem cumulativo, ele acontece no cotidiano”.

Com isso, concluí-se a última fase da Etapa Formativa I, acreditando que a finalidade do conhecimento construído é a realização de ações contextualizadas à realidade e necessidades da população. Que as mudanças, consolidem-se a partir da coerência entre o ser e o fazer de cada um, com seu compromisso e envolvimento.

CAPÍTULO V - METODOLOGIA DA PESQUISA

Diante do exposto, pretende-se 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), Ceará. Secretaria da Saúde do Estado (2002, 2004), Lavor (2004), Minayo; Miranda (2002), Wagner (2006), e outros.

“A metodologia refere-se aos procedimentos e instrumentos importantes para a realização da pesquisa, é como um conjunto de procedimentos a serem utilizados pelo indivíduo na obtenção do conhecimento”. (TARTUCE, 2008, p. 66)

Considerando que o presente capítulo investiga a formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como aspecto de garantia da eficiência de políticas públicas de saúde e o direito dos cidadãos e cidadãs a serviços de saúde com qualidade no contexto histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apropriando-se da especificidade do seu trabalho realizados na estrutura acadêmica da Escola de Saúde Pública do Ceará, no Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (CTACS), unidade acadêmica responsável pela formação de facilitadores para o ensino do Curso Técnico, especificamente, no município de Aquiraz-CE.

5.1 Tipos de Pesquisa

A pesquisa foi realizada com 02 (dois) coordenadores (entrevista) e com 20 (vinte) ACS aplicado um questionário no Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde, no município de Aquiraz-CE, as questões utilizadas no estudo incluíram o seguinte: Tempo de atuação como ACS, moradia na microárea de atuação, quadro

completo de ACS nas equipes, número de famílias atendidas para cada ACS, reuniões de equipe semanais, realização de grupos dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, capacitações realizadas aos ACS, critérios para realização de visitas domiciliares, relação ACS x equipe atuante, auto-avaliação profissional e a satisfação de exercer a profissão de ACS.

A partir 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, 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.

Para Lüdke e André (1986, p. 13), a pesquisa qualitativa "envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes".

No entanto, é na pesquisa que se utiliza diferentes instrumentos para se chegar a uma resposta mais precisa. O instrumento ideal deverá ser estipulado pelo pesquisador para se atingir os resultados ideais. Por isso a importância de se definir o tipo de pesquisa e da escolha do instrumental ideal a ser utilizado.

Várias são as classificações de pesquisa, em seus diversos aspectos. A pesquisa realizada é um estudo bibliográfico, documental e de campo. Bibliográfica porque as fontes são coletadas a partir de material impresso como livros, teses, artigos científicos, periódicos, revistas, *sites* na *Internet* e outros, e documental porque são coletados documentos de natureza qualitativa e quantitativa, pois se valem de técnicas de análise de conteúdo, no qual fazem referência há algum órgão ou empresa e a de campo, analisa o curso realizado e faz uso da observação como instrumento de coleta de dados.

Conforme Marconi e Lakatos (2001), a pesquisa bibliográfica abrange toda bibliografia relacionada com o tema em estudo, desde artigos científicos publicados em livros, revistas, teses e periódicos dentre outros.

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.

Quanto à forma de abordagem, a pesquisa pode ser considerada como qualitativa ou quantitativa. Na primeira, as informações obtidas não podem ser quantificáveis. Ou seja, a partir das informações obtidas é conhecida a situação ou fenômeno em toda a sua extensão, procurando levantar variáveis e seus significados para construir um quadro teórico a respeito do problema pesquisado.

Para a pesquisa é utilizado como instrumento de coleta de dados o recurso das entrevistas. De acordo com Tartuce (2008, p.43) “O princípio básico da entrevista é o contato face a face entre o entrevistador e o entrevistado. É o material típico da pesquisa qualitativa”.

Na segunda ocorre o contrário, onde as informações obtidas são quantificáveis. Conforme Tartuce (2008, p.43), a pesquisa quantitativa “(...) considera-se que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-los e analisá-los”.

No que se refere aos objetivos, a pesquisa é classificada como descritiva, pois visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou, ainda, o estabelecimento de relações entre variáveis, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática; e também exploratória, devido à mesma proporcionar maior aproximação com o problema, tornando-o mais explícito ou a construir hipóteses, de uma maneira a aprimorar ideia ou descobrir intuições, assumindo a forma de pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso (MARCONI; LAKATOS, 2001).

As pesquisas descritivas são, junto com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais, quando preocupados com a atuação prática. No trabalho será utilizada a pesquisa descritiva, onde os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005).

Houve, também, uma pesquisa exploratória que, de acordo com Vergara (2003, p. 47) “é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado (...) não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa”, buscando assim proporcionar uma maior familiaridade com o tópico pesquisado.

Desta forma, a pesquisa efetuada caracteriza-se, segundo a literatura sobre o assunto, como uma pesquisa bibliográfica e descritiva, considerada aplicada quanto aos seus objetivos.

Para examinar em maior detalhe a contribuição no processo de formação dos trabalhadores da saúde, Agentes Comunitários de Saúde do município de Aquiraz-CE, como já assinalado aqui, será realizado um estudo com o Agentes Comunitários de Saúde de Aquiraz-CE, atualmente participante do quadro de municípios que realizam a 1ª etapa do Curso de Técnico em Agente Comunitário de Saúde (CTACS), da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP).

O estudo baseou-se, ainda, nas produções de guias e manuais elaborados pela ESP, pesquisas e conversas com membros da ESP (Diretora, Coordenadora e Supervisores, Conteudista e etc.), Secretaria de Saúde do Município de Aquiraz-CE e Coordenação Local dos ACS de Aquiraz-CE.

Os dados serão coletados em uma sequência de observações das atividades desenvolvidas no Curso Técnico, interações e intervenções nessa prática. Tendo como ferramenta principal o trabalho do ACS 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 ACS, de Aquiraz-CE.

Nas entrevistas que foram realizadas, será possível saber do entrevistado sua opinião, explorar suas atividades e motivações. O sujeito entrevistado discorre "livremente, nas suas próprias palavras, em relação a temas que o observador coloca para iniciar a interação" (RICHARDSON, 1999, p. 209-214). Os dados obtidos no levantamento bibliográfico permite-se realizar as análises do objeto, conhecer a história e conquistas do profissional ACS, 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 SUS.

Segundo Richardson (1999, p. 263) a observação, "é o meio mais direto de estudar uma ampla variedade de fenômenos". E para os autores Lüdke e André (1986, p. 26) "a observação, o contato direto do pesquisador com o fenômeno, é, sem dúvida, o melhor teste de verificação e comprovação de um determinado fenômeno".

Já os procedimentos para a coleta de dados, neste trabalho, ocorreram em duas etapas distintas e complementares. Na primeira, aplicou-se uma entrevista com os coordenadores dos ACS, do município de Aquiraz, com intuito de obter dados sobre a Formação dos trabalhadores da saúde, Agentes Comunitários de Saúde do município de Aquiraz-CE. O material pedagógico mais usado para o desenvolvimento desta pesquisa é o CTACS. 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 CTACS. As suas produções formativas revelam os avanços significativos no processo de aprendizagem da leitura, da escrita, das relações interpessoais, do conhecimento do

SUS, bem como as mudanças para o contexto de vida. O período de pesquisa será de agosto a dezembro de 2013.

Dessa forma, a opção metodológica deste estudo segue os rumos da pesquisa qualitativa, diante dos desafios de se propor uma pesquisa social. As concepções teóricas de abordagem do estudo dão destaque aos autores dos guias formativos e suas contribuições práticas encaminhadas por: Lavor (2004); Mayer (1997); OPAS (2000-2007); Queiroz (1996) diante das questões anunciadas e apropriadas com o “conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade” (MINAYO, 2001, p. 16).

São propostas como ações práticas para dinâmica da pesquisa de campo as seguintes estratégias:

- 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 ESP-CTACS 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 ACS que vivenciarem o processo desta pesquisa ação;
- Sistematizar e catalogar os exercícios práticos e atividades estudadas durante a pesquisa.

O referencial teórico proposto garante no trato dos dados uma perspectiva rica, dando chance ao investigador de captar essas experiências a partir da observação, do discurso e do relato dos sujeitos que serão entrevistados. Assim, a entrevista, os diários de campo, os registros fotográficos e instrumentos de pesquisa

serão utilizados nessa investigação. Ademais, conta-se também com a pesquisa bibliográfica e documental como base para fundamentação do estudo. Para tal investida define-se a Formação dos trabalhadores da saúde, Agentes Comunitários de Saúde do município de Aquiraz-CE, e como sustentação e levantamento dos dados em respostas as questões propostas e norteadoras do estudo.

Portanto, o aprofundamento da teoria e das questões anunciadas dar-se-á na oportunidade do desenvolvimento da pesquisa propriamente dita, ciente da contribuição do referencial teórico-metodológico a ser indicado durante a formação do Projeto.

5.2 Delimitação do Estudo

A pesquisa foi realizada com uma turma de Agentes Comunitários de Saúde, do município de Aquiraz, no estado do Ceará, por meio de entrevista com o Coordenador da Atenção Básica e a Coordenadora dos Agentes Comunitários de Saúde, e por meio de questionários entregues aos Agentes Comunitários de Saúde, contendo perguntas fechadas, no período de agosto a novembro de 2013.

Inicialmente foi observado o acompanhamento dos Coordenadores para com os ACS, cursistas. Após isso será realizada uma entrevista com os Coordenadores e aplicado um questionário com 20 vinte Agentes Comunitários de Saúde para analisar o nível do Curso Técnico. Além disso, foram aplicadas aulas da Etapa I, do Curso Técnico com os ACS, na oportunidade de levantar dados e analisar. Serão pesquisadas bibliografias de diversos autores para conceituar a troca de informações com os colaboradores da Escola de Saúde Pública.

5.2.1 Caracterização do município em estudo

Considerando que o presente estudo investiga proporcionar aos Agentes Comunitários de Saúde (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 turma do CTACS que compõe a Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Atenção Básica e dos

Agentes Comunitários de Saúde, Associação dos Agentes Comunitários de Saúde, relata-se um pouco sobre esse município pesquisado, Aquiraz-CE.

5.2.1.1 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).

As atividades econômicas desenvolvidas no Município são a produção agrícola e extrativa, produção pecuária e avícola, indústria e comércio. Os produtos de maior representatividade estadual na produção agrícola são a castanha-de-caju, o coco-da-baía e a cana-de-açúcar. A atividade extrativa do Município resume-se à produção da cera da carnaúba e à extração de lenha, usada como fonte de geração de energia. O setor industrial de Aquiraz concentrava-se nos segmentos de minerais não metálicos, mobiliário, vestuário, produtos alimentares e bebidas. A partir de 1996, instalaram-se no Município duas indústrias, a White Stone do Brasil S/A, na linha de produção, extração, beneficiamento e comercialização de granito e outras pedras ornamentais, e a Indústria de Bebidas Antartica do Ceará S/A (AMBEV).

No município de Aquiraz a descentralização é vista como uma ferramenta para o desenvolvimento local e para a redução da pobreza, como um caminho para desorganizar economias centrais e, ainda, como forma de semear a democracia.

Para Aiyar et al. (1996) a descentralização pode trazer benefícios, como

O aumento do retorno dos governos à sociedade; o aumento do fluxo de informações entre o governo e a sociedade; a promoção de maiores atividades de participação e de associativismo; o aumento da transparência; o aumento da credibilidade; a integração da sociedade com o Estado; o

reforço e revigoração da democracia em nível nacional; a ampliação do escopo do projeto para além da agricultura; a redução das disparidades regionais; a solução dos problemas da complexidade e da coordenação; a atenção maior aos fatores socioculturais; a adaptação do desenvolvimento às condições locais; e o reforço do compromisso do governo central com o desenvolvimento rural.

Portanto, cada um desses benefícios não ocorre separadamente dos outros, com grandes diferenças regionais e locais, mas no médio e longo prazo eles tendem a convergir nas transformações sociopolíticas.

O modelo de execução da descentralização dos serviços, de modo que os municípios e estados vem sendo feitos investimentos nos gestores, técnicos e conselheiros, modernização de equipamentos e mobilização da sociedade civil organizada, o que representa à participação na elaboração dos planos e na relação entre governo e sociedade, através do incentivo às parcerias e às ações conjuntas, na perspectiva do desenvolvimento econômico com justiça social.

A gestão da Política de Aquiraz-CE, norteada pelo Sistema Descentralizado e Participativo se organiza por um conjunto de instâncias de gestão, de negociação, consenso e deliberação.

De acordo com Silva (2002, p. 4) identifica razões que dificultam a prática da descentralização na gestão da política, e comenta as “raízes históricas, falta de comando único, redução da descentralização a simples repasse de serviços e recursos, sem transferência de poder decisório”.

Pode-se afirmar que Aquiraz retrata um ideal da participação como processo onde os agentes se descobrem sujeitos políticos, exercendo direitos políticos, relacionada ao exercício da cidadania, as possibilidades de mudanças e conquistas.

A descentralização reestrutura o aparelho estatal mediante as relações socioinstitucionais entre Estado e sociedade e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Com isso, a população, por meio da intersetorialidade, seja assistida em

nos aspectos sociais, econômicos, culturais e melhore a qualidade de vida e bem-estar e que busque saberes e alternativas para solucionar problemas.

Para Junqueira (1999, p. 27),

A intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir o acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar a articulação dos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

No entanto, a despeito de transferir responsabilidades estatais para a sociedade, há à mobilização da participação social e o anseio de que as dificuldades sociais sejam minimizadas e os direitos sociais sejam efetivados.

As questões da equidade e das desigualdades aparecem com força no plano municipal de Aquiraz, e a intersetorialidade aparece como articulação entre as secretarias e parcerias com outros setores governamentais. Para trabalhar o conceito de governança territorial, é preciso trabalhar uma visão compartilhada de território, ressignificar conceito e trabalhar a regionalização.

Já no tocante ao perfil da saúde de Aquiraz, o município está investindo na melhoria dos serviços prestados a população pelo sistema de saúde sobre a responsabilidade da Prefeitura Municipal. Dados da Secretária de Saúde de Aquiraz demonstram que a cobertura do Programa Saúde da Família é de 100%. São 21 equipes de PSF com 100 agentes de saúde para atender todas as localidades. No período da coleta de dados desta pesquisa, no mês de setembro de 2005, os agentes de saúde locais já haviam concluído a primeira fase da capacitação para Técnicos de Enfermagem, oferecida aos agentes pela Secretaria de Saúde-CE.

No ano de 2013, foram contabilizados avanços no setor da saúde pública e a prefeitura, por meio da Secretaria Municipal de Saúde realizaram várias ações que contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos moradores de Aquiraz. São ações como, a ampliação da carga horária das 24 equipes de Saúde da Família e 16 equipes de Saúde Bucal do município de 4 para 8 horas diárias, os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Aquiraz estão mais presentes no

dia a dia das comunidades, para garantir a prevenção de doenças e a assistência à saúde da população. Destaca-se a construção de novas UBS, além da reforma e ampliação das já existentes no município, entrega de novas ambulâncias, e também a reforma do hospital municipal que passa por obras de ampliação e requalificação.

5.3 Técnica, Análise e Interpretação de Dados

Este item vem demonstrar a pesquisa feita com os Coordenadores, e os Agentes Comunitários de Saúde, do município de Aquiraz-CE referente à análise da Formação dos Trabalhadores da saúde, Agentes Comunitários de Saúde, em relação ao crescimento e desenvolvimento quanto ao profissional técnico, dentro da sua micro área. Primeiramente a pesquisadora vai tabular os dados do questionário com as informações básicas de cada entrevistado elaborando gráficos com os resultados. Posteriormente organiza e classifica as características indicadas pela pesquisadora ressaltando a importância e valorização do ACS, profissional técnico.

O contexto empírico desta pesquisa foi a Escola de Saúde Pública, com o Curso Técnico de Agentes Comunitário de Saúde (CTACS), juntamente com a Secretária de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 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.

O DIESP atualmente oferece formação e capacitação, produção científica e tecnológica e prestação de serviços no campo da saúde pública, mantendo cooperações, com o objetivo de melhorar a qualidade do diálogo entre conhecimento e da realidade no processo de ensino - aprendizagem.

Para o desenvolvimento deste estudo foi determinada como parceiros os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), turma 2013, do município de Aquiraz-CE. Treinamento para parceiros de pesquisa do grupo foram com base nos seguintes

critérios: em primeiro lugar, para ser eficaz, o ACS cursando o CTACS. Este critério foi pensado a priori para entender o ACS pertencente a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do município de Aquiraz-CE e ter área delimitada, experiência nas situações que ocorrem na sua vida e carreira, confirma a proposta de pesquisa .

Segundo critério, a adesão ACS, 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.

A formação do grupo é estruturada, a organização de um plano de trabalho onde fiz contatos com os Coordenadores representantes da DIESP na pessoa da Supervisora. Então, com sua permissão, entrei em contato com a coordenação dos cursos, a priori foi decidido a falar com os ACS que aderiram à investigação e apresentaram maior interesse no processo de investigação. E para a participação efetiva da investigação, decidiu-se trabalhar com 2 (dois) participantes (Coordenadores) e 20 (vinte) Agente Comunitário de Saúde (ACS).

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, tentamos preservar a identidade dos parceiros de pesquisa não colocá-los 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.

CAPÍTULO VI - ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS DOS TRABALHADORES EM SAÚDE: REVELAÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E COORDENADORES

O capítulo 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 mantêm relação aos objetivos definidos nesta pesquisa, bem como aos temas apresentados, em relação ao Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde (CTACS).

6.1 Pesquisa Qualitativa

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 ACS, 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 do 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 SIAB 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 SIAB 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 Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS). Partindo deste horizonte, buscou-se nas respostas às questões oferecidas identificar como os entrevistados percebem a centralidade e o papel da formação de Agentes Comunitários de Saúde 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 SIAB, 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.

6.2 Pesquisa Quantitativa

Ressalta-se que os questionados são Agentes Comunitários de Saúde (ACS), integrantes da Secretaria Municipal de Saúde, 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 Agente Comunitário de Saúde (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.

Qual a sua Unidade Básica Saúde da Família (UBSF)?

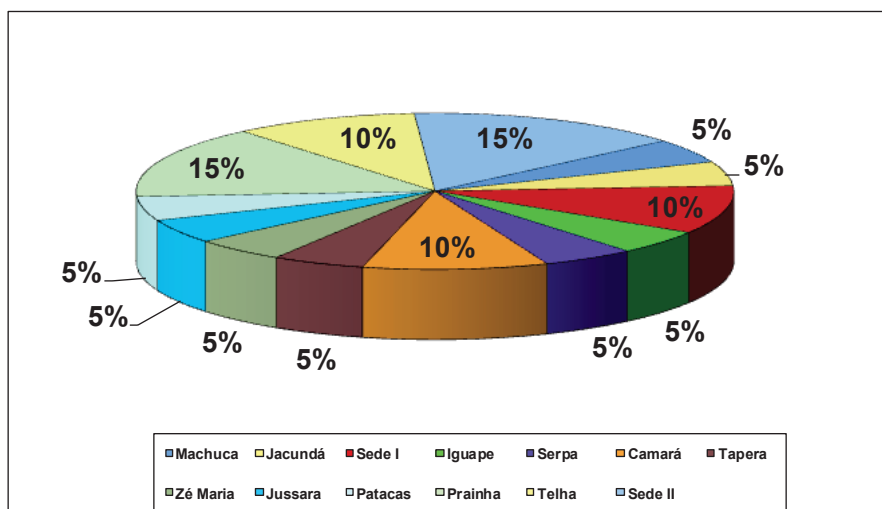


Gráfico 1 - Qual a sua Unidade Básica Saúde da Família (UBSF)?
Fonte: Dados da pesquisa.

Cada entrevistado tem a sua Unidade Básica de Saúde da Família que atua como um dos integrantes de Agente Comunitário de Saúde daquela área. Em cada Equipe são de 04 a 06 ACS, membro da Unidade.

Qual a faixa etária?

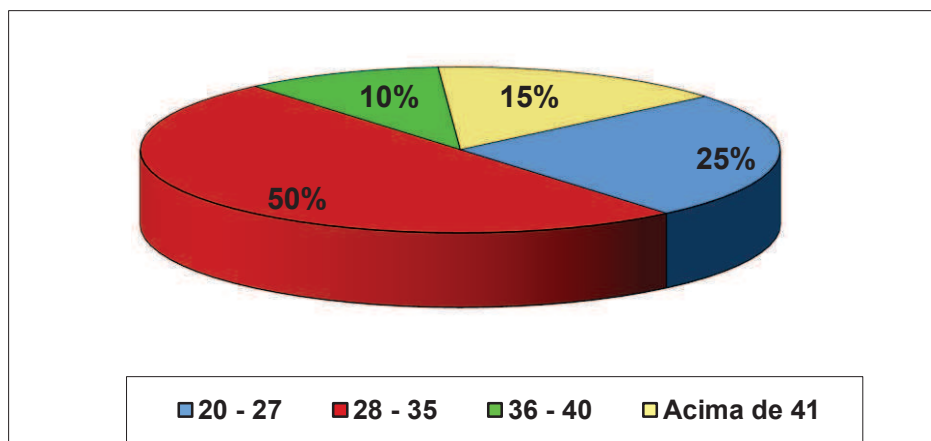


Gráfico 2 - Qual a faixa etária?
Fonte: Dados da pesquisa.

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%.

Estado Civil

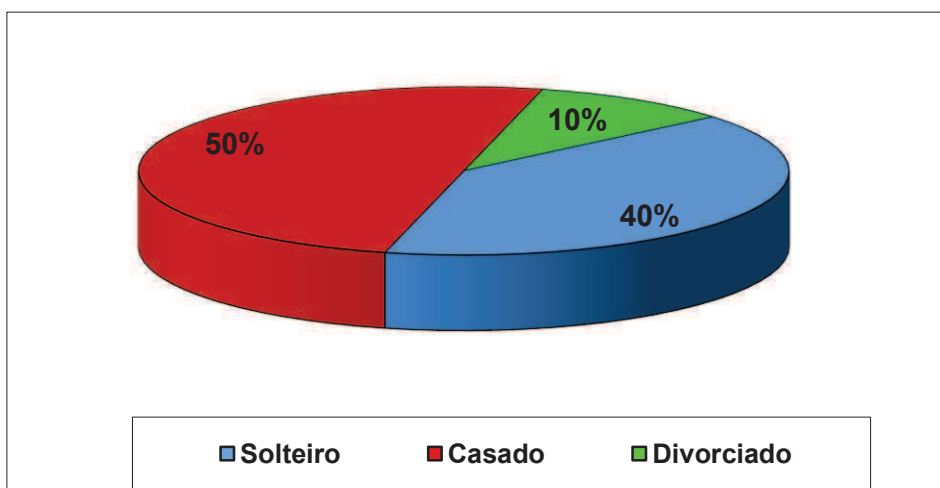


Gráfico 3 – Estado Civil.
Fonte: Dados da pesquisa.

O estado civil dos participantes percebe-se que a maioria são casados com 50%, vindo em seguida os solteiros com 40% e os divorciados com 10%.

Qual seu tempo de serviço como ACS?

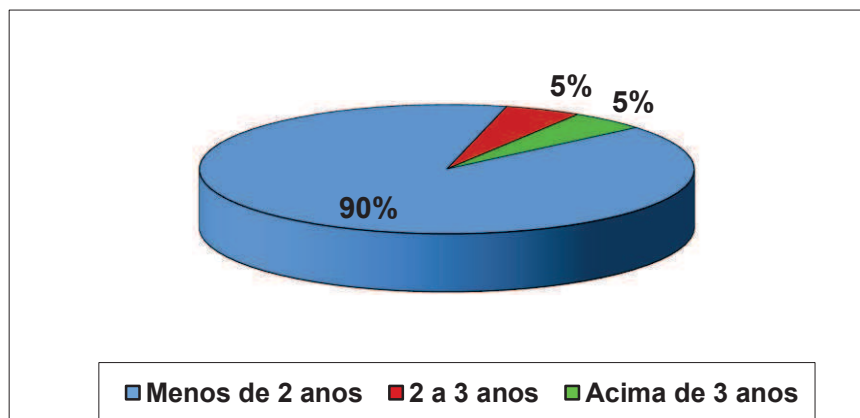


Gráfico 4 - Tempo de Serviço.
Fonte: Dados da pesquisa.

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.

Qual seu grau de escolaridade?

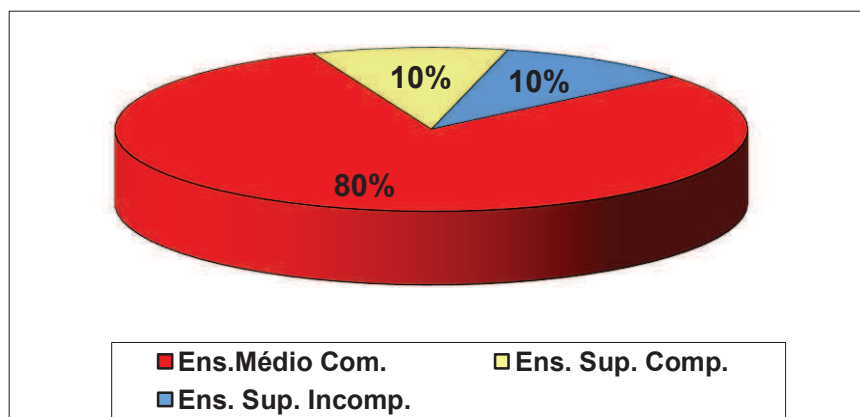


Gráfico 5 - Grau de Escolaridade.
Fonte: Dados da pesquisa.

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 Curso Técnico de AGENTE Comunitário de Saúde.

BLOCO 1 – Trajetória Pessoal

1ª Pergunta: Já foi Agente em outros municípios?

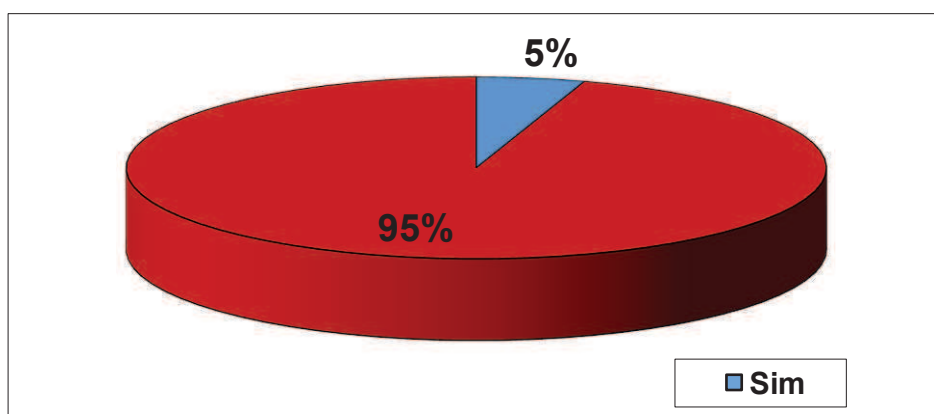


Gráfico 6: Já foi Agente em outros municípios?

Fonte: Dados da pesquisa.

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.

2ª Pergunta: Já foi Agente em outras Unidades deste município?

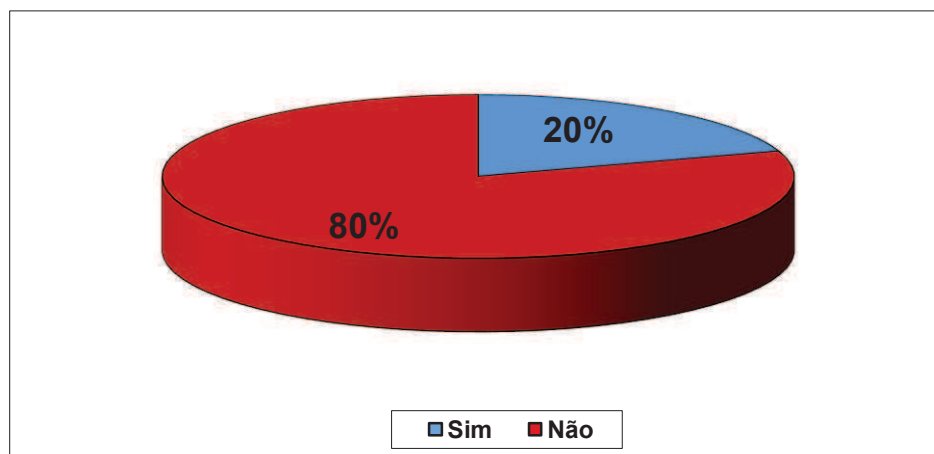


Gráfico 7 - Já foi Agente em outras Unidades deste município?

Fonte: Dados da pesquisa.

No gráfico 7, 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.

3ª Pergunta: Participou de treinamento para preparação do ACS?

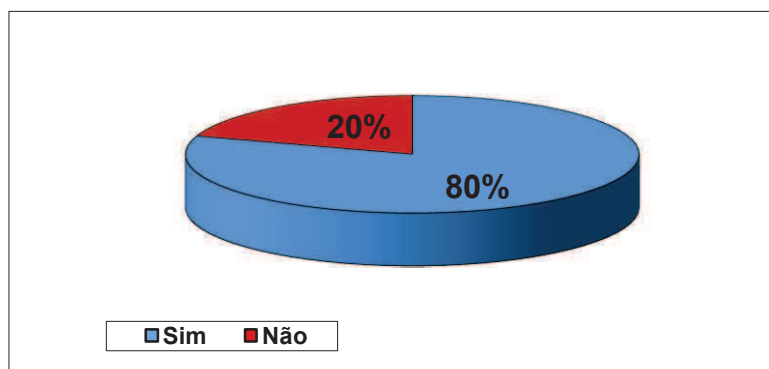


Gráfico 8 - Participou de treinamento para preparação do ACS?
Fonte: Dados da pesquisa.

No gráfico 8, temos a maioria com 80% afirmando que participaram de treinamento para assumir a função de Agente Comunitário de Saúde, 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.

4ª e 5ª Pergunta: É oferecido treinamento para preparação do ACS?

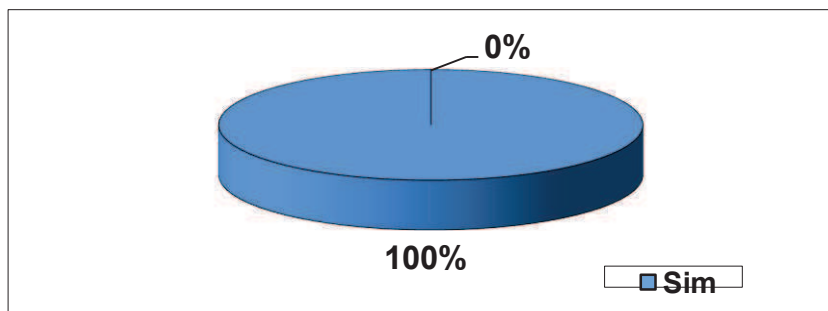


Gráfico 9 - É oferecido treinamento para preparação do Agente Comunitário de Saúde?
Fonte: Dados da pesquisa.

O gráfico 9 mostra a maioria 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.

BLOCO 2 – Organização de Trabalho

6ª Pergunta: Quantos domicílios cobre cada Agente Comunitário de Saúde?

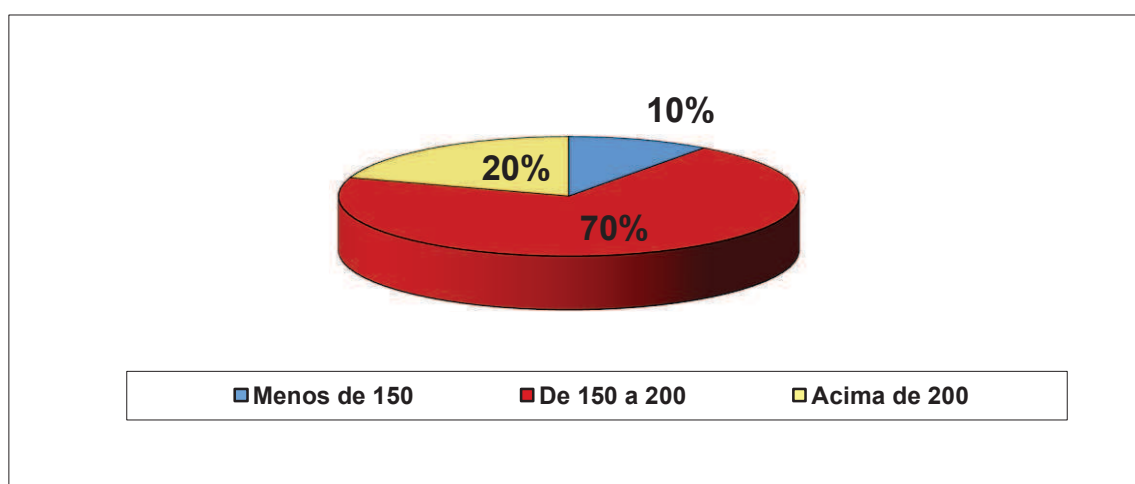


Gráfico 10 - Quantos domicílios cobre cada Agente Comunitário de Saúde?
Fonte: Dados da pesquisa.

Para o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde:

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.

De acordo com gráfico 10 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.

7ª Pergunta: Quantos domicílios cobre cada equipe Saúde da família?

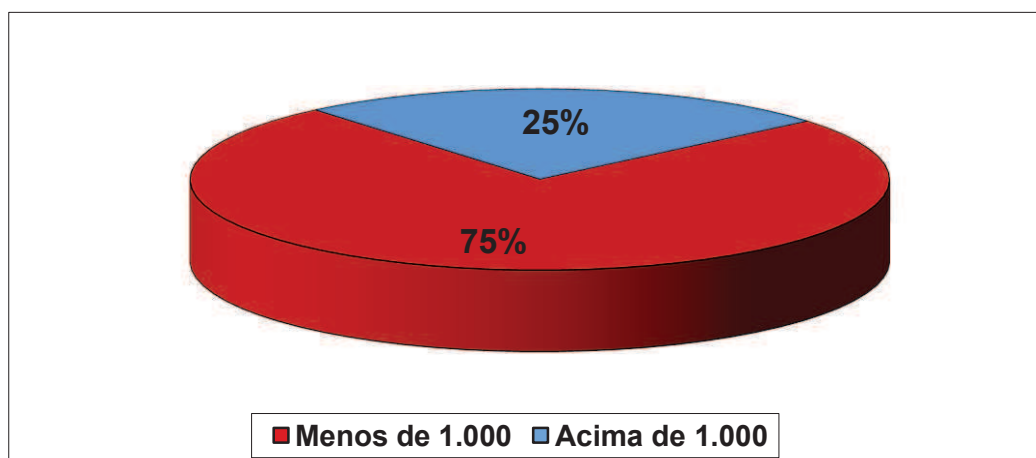


Gráfico 11 - Você acha importante a presença do líder em todas as decisões grupais?
Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) 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.

De acordo com o gráfico 11, 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.

8ª Pergunta: Com que frequência se reúne a equipe de Saúde da Família?

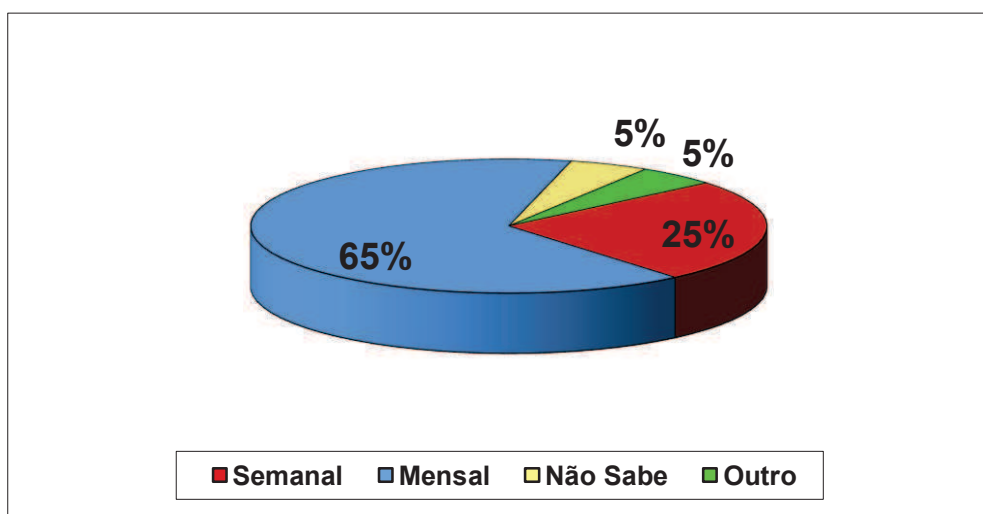


Gráfico 12 - Com que frequência se reúne a equipe de Saúde da Família?
Fonte: Dados da pesquisa.

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; Matos (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.

Ainda, segundo estas autoras Kawamoto; Santos; Matos (1995, p. 36)

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 Saúde (1998) preconiza que o ACS realize, no mínimo, uma visita por família da área de abrangência ao mês, sendo que, quando necessário, estas podem ser repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade. Cabe aos demais 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, realizando as visitas domiciliares nesta comunidade 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.

O gráfico 12 mostra que 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.

9ª Pergunta: O quadro de funcionários da ESF está completo?

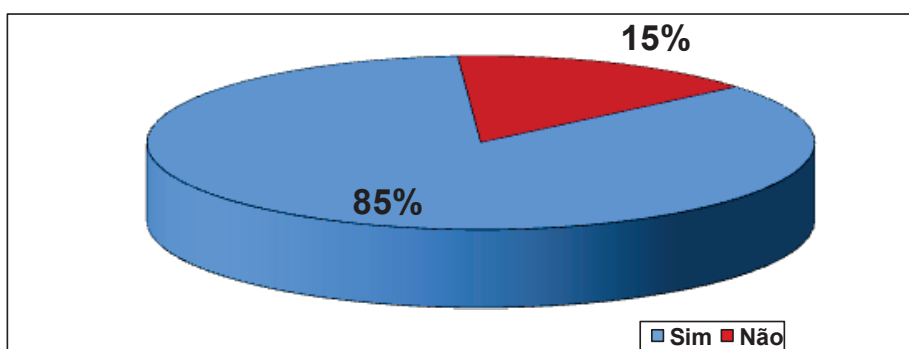


Gráfico 13 - Você acha importante o líder ter ensino superior?
Fonte: Dados da pesquisa.

Na nona pergunta, observou-se que 85% dos colaboradores conceituaram como o quadro de funcionários da ESF está completo. De acordo com o Departamento de Atenção Básica (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 agentes de saúde do Ceará (DURÃO et al., 2009).

No ano de 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), inserindo o Agente Comunitário de Saúde (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; DAVID, 2009, p. 194).

As equipes são compostas minimamente 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.

BLOCO 3 – Rotina

10ª Pergunta: Com que frequência você visita cada domicílio?

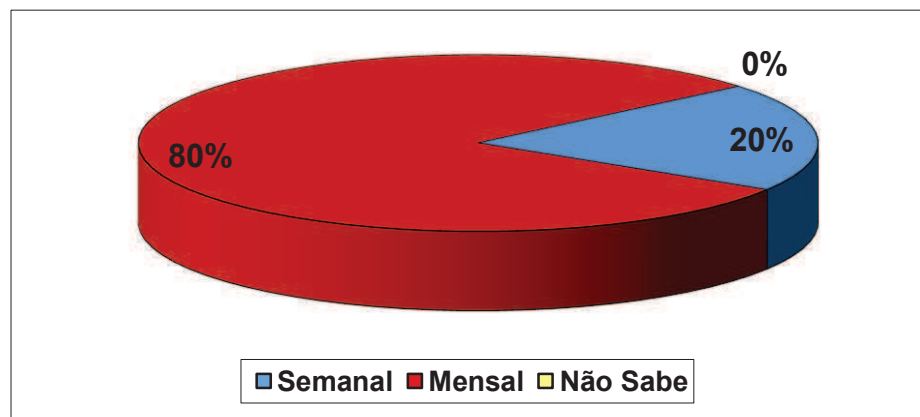


Gráfico 14 - Com que frequência você visita cada domicílio?

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com Santos (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.

11ª Pergunta: Você usa o SIAB?

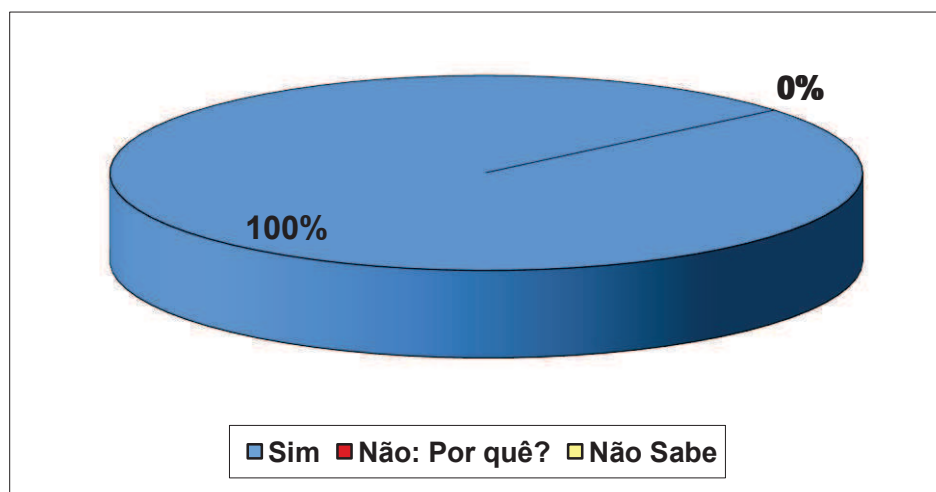


Gráfico 15 - Você usa o SIAB?

Fonte: Dados da pesquisa.

Na pergunta 10 Você usa o 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 Básica (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 Básica (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) (SIAB, 2008).

No entanto, é por meio das informações coletadas pelo *software* do SIAB que o Ministério da Saúde toma decisões de gestão da Atenção Básica em nível nacional. Entretanto, o SIAB não deve ser utilizado somente para esse fim. Este sistema é parte necessária da estratégia de SF, pois contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sócio-sanitários alcançados.

Dessa forma, todos os profissionais das Equipes de Atenção Básica (EAB) devem conhecer e utilizar o conjunto de dados estruturados pelo SIAB a fim

de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe.

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. Estas fichas são organizadas conforme lista abaixo: Ficha para cadastramento das famílias (Ficha A); Ficha para acompanhamento (Fichas B); Ficha de gestantes (Ficha B-GES); Ficha de hipertensos (Ficha B-HA); Ficha de diabéticos (Ficha B-DIA); Ficha de pessoas com tuberculose (Ficha B-TB); Ficha de pessoas com hanseníase (Ficha B-HAN); Ficha para acompanhamento da criança – Ficha C (Cartão da Criança); Ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações (Ficha D).

Finalizado os registros das informações o SIAB 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.

12ª Pergunta: A Coordenação discute os dados do SIAB com a equipe?

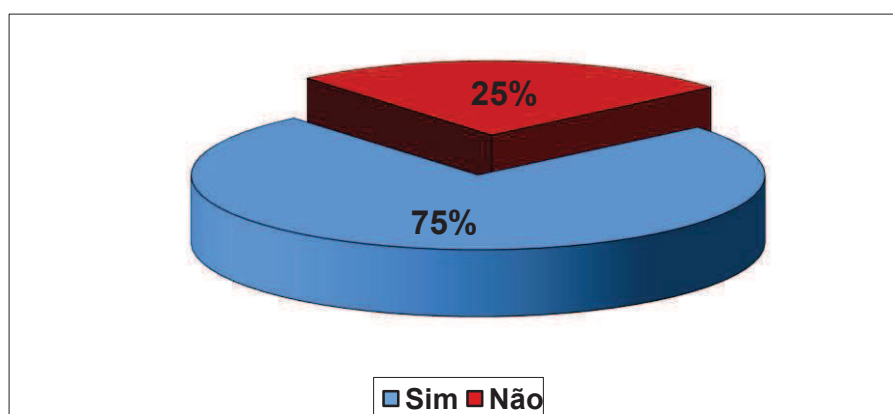


Gráfico 16: A Coordenação discute os dados do SIAB com a equipe?
Fonte: Dados da pesquisa

No gráfico 15, 75% afirmaram que a Coordenação discute os dados do SIAB com a equipe e dá algum retorno sobre o desempenho da equipe. E 25% dos entrevistados responderam que não.

Vale ressaltar, que houve mudança recente de Coordenação na Atenção Básica e na Coordenação dos Agentes Comunitários de Saúde. Espera-se que essa mudança traga bons resultados, para o trabalho e desenvolvimento dos ACS, nas Unidades de Saúde, do município.

13ª Pergunta: A Coordenação oferece algum tipo de orientação para a melhoria do desempenho?

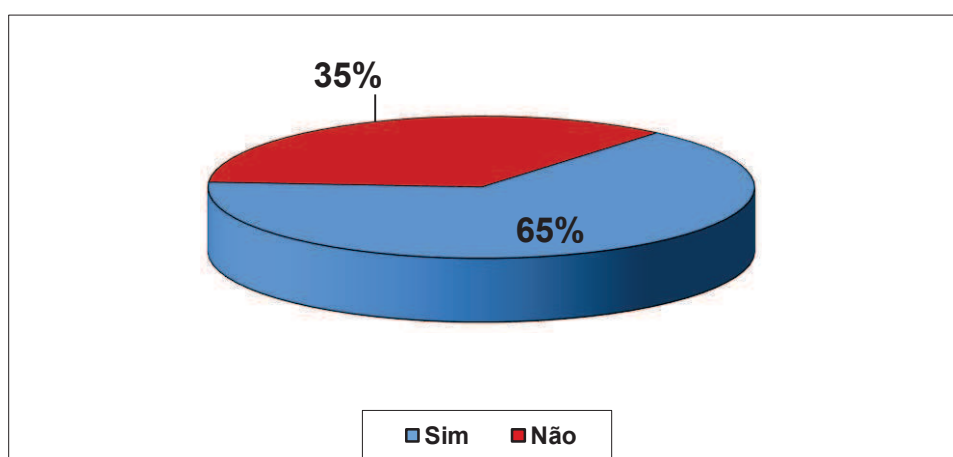


Gráfico 17 – A Coordenação oferece algum tipo de orientação para a melhoria do desempenho?

Fonte: Dados da pesquisa

Na pergunta 12 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.

14ª Pergunta: A Coordenação dá algum retorno sobre o desempenho da equipe?

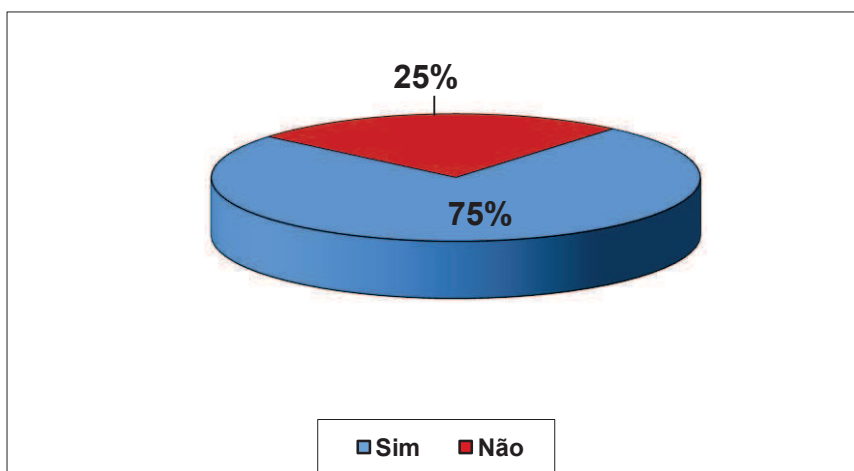


Gráfico 18 – A Coordenação dá algum retorno sobre o desempenho da equipe?
Fonte: Dados da pesquisa

No gráfico 18, as respostas representam que 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o estudo aponta para a necessidade de proporcionar aos Agentes Comunitários de Saúde (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.

A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez para o desenvolvimento de saberes ligados à formação e atuação do profissional. Para atingir o objetivo, foi descrito as etapas e características da Metodologia da Problematização com o arco de Maguerez, a partir de referenciais que tratam da mesma. Com isso, identificamos e caracterizamos um conjunto de saberes próprios do profissional, a partir de autores que tratam dessa temática.

Ainda, sobre a metodologia sintetizamos as ações das etapas da Metodologia da Problematização, com o Arco de Maguerez e, demonstramos a relação as contribuições a respeito dos saberes de professores e as características da Metodologia da Problematização, buscando identificar o potencial dessa metodologia afirmando as expectativas definidas como objetivos para a investigação.

As linhas pedagógicas que direcionam as ações dessa prática 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.

Para Boff (2012, p. 93) "O cuidado é aquela condição, aquela atitude que permite que a sustentabilidade realmente se realize". Cuidar bem é entender a saúde como qualidade de vida e direito do cidadão. Para isso, é importante a ação de um processo de educação, na medida em que possibilita refletir sobre a prática, e desta forma contribuir para mudanças qualitativas na saúde pública.

Com essa análise, a formação profissional do ACS deve ter como informações essenciais os princípios do SUS 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.

Segundo Pereira (1996), as políticas públicas são compreendidas como:

Linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual.

Percebe-se, que os estudos sobre educação profissional em saúde nos mostram, que os investimentos na qualificação dos ACS 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 ACS apresenta-se fundamental para o seu crescimento, tendo em vista a relevância de muitas na sua área, no cenário do SUS, 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

AIYAR, S. S.; PIRIOU-SALL, S.; MCLEAN, K.; WILLIAMS, M. **The political economy of democratic decentralization**. Washington, DC: World Bank-Agricultural & Natural Resources Department, 1996. 4p. (Toward Sustainable Production Systems and Rural Poverty Reduction. Dissemination Notes, 9).

ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. H. C. **O Programa de saúde da família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros**. RAP, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-49, mar./abr. 2005.

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.

BARBOSA, Maria Idalice Silva; PESSOA, Vanira Matos. **Contando para cuidar**. Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Etapa Formativa 1: Manual 2: fase 2: Guia do Facilitador: O Trabalho do ACS para o fortalecimento das Competências Familiares. Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza: ESP do Ceará, 2013.

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da praxis**. Semina: v. 17, n. esp., p. 7-17, 1996.

_____. **Metodologia da problematização**: experiências com questões de ensino superior. Londrina: EDUEL, 1998a.

_____. **Metodologia da problematização**: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. Semina: Ciências Humanas e Sociais, Londrina, v. 16, n. 2, p. 9-19, out. 1995.

BOFF, Leonardo. **O cuidado necessário**: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. 2. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2012.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

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.

BRASIL. Lei n. 10.507, DE 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências**. Disponível em: www.trt02.gov.br. Acesso em: 15 out. 2013.

BRASIL. Lei n. 11.350, de 5/10/2006. Regulamenta o 5. do art. 198 da Constituição. **Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do**

art. 2º da emenda constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2013.

BRASIL. Lei n. 13.812, de 05.06.06 (D.O.12.09.06). Proj. Lei nº 6.861/06-Executivo. **Dispõe acerca da situação dos agentes comunitários de saúde adequando-a à emenda Constitucional Federal nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.al.ce.gov.br/>. Acesso em: 15 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação à distância para atenção básica.** Caderno de exercício ACS. 2011. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/9/8/089->

_____. **Política nacional de alimentação e nutrição.** 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 48 p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/pnan.pdf>. Acesso: 27 nov. 2013.

_____. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde:** área profissional saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.: il. color. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. **O ACS em ação.** In: _____. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília-DF: 2000. 119 p. p. 44-77. Texto de apoio n. 2.

_____. **O Sistema Único de Saúde: SUS.** In: _____. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília-DF: 2000. 119 p. p. 24-29. Texto de Apoio n. 1.

_____. 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.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Série B.** Textos Básicos de Saúde Série pactos pela Saúde, v. 9, Brasília- DF, 2009.

_____. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS).** Brasília. Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **SIAB:** manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília-DF: 1998. 98 p.

BRASIL. OPAS. **O trabalho em equipe.** In: _____. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília-DF: 2000. 80 p. p. 45 – 49.

CARDOSO, F. A. et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. **Rev. bras. Enferm.** Distrito

Federal, v. 64, n. 5, Set./Out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?115pid=S003471672011000500026&script=sci_artt ext>. Acesso em: 27 nov. 2013.

CARTANA, M. H. F.; HECK, R. M. Contribuição da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 6, n. 3, 1997.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **O jeito cearense de fazer o SUS: um guia para gestores municipais**. Fortaleza, 2004.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. **Programa saúde da família no Ceará: um novo modelo de atenção**. Fortaleza: 2002. Folder.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

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

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. **Revista EA/PUC-SP**. v. 1, São Paulo: 1999.

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

LAVOR, A. C. H. **Um novo profissional para novas necessidades da saúde**. Ano 5, n. 1. Sobral: Sanare, 2004.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPPU, 1986.

MAYER, P. C. **Viver e conviver**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 1997.

MARCONI; Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.) **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Cap. 3.

MINAYO, M. Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 2010.

MOROSINI, M. V. **Educação e trabalho em disputa no SUS**: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro:EPSJV, 2010. 202 p.

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.

PEREIRA, P. **Assistência social na perspectiva dos direitos**: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres. Brasília. Thesaurus, 1996.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DE AQUIRAZ. 2006. Disponível em: <http://www.aquiraz.ce.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2013.

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.

SILVA, Marcus André B. C. de. **Ingovernabilidade**: desagregando o argumento. In: VALLADARES, Lícia, COELHO, Magda Prates (orgs.). Governabilidade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

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

TARTUCE, Terezinha de Jesus Afonso. **Normas e técnicas para trabalhos acadêmicos**. Fortaleza: UNICE – Ensino Superior, 2008.

UNICEF. Mulheres e crianças. **O duplo dividendo da igualdade de gênero**. 2007. Disponível em: www.unicef.org Acesso: 26 nov. 2013.

VASCONCELLOS, M. M. M. Aspectos pedagógicos e filosóficos da metodologia da problematização. In: BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: EDUEL, 1999, p. 29-59.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Termo de Anuência



REITOR e Pós-Graduação FACULDADE

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA – UNILAB

Especialista em Gestão Pública Municipal

PRAZO livre e consentimento informado

Título do Projeto: Políticas de Formação e Eficiência no Serviço Público: Análise de uma Experiência com Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) no Município de Aquiraz/CE.

Pesquisadora: Aldenôra Gonçalves Pereira

Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Telefone: (85) 8836.0551

Você está sendo convidado a participar como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar. Por favor, não se apresse em tomar uma decisão. Leia atentamente o seguinte e, em seguida, estudar todas as perguntas que você tem. Depois de ser informado sobre as seguintes informações, por concordar em fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que é de duas maneiras. Uma delas é sua e a outra é o investigador principal. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

♦ A pesquisa intitulada a Formação Técnica dos Trabalhadores da Saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Município de Aquiraz/CE, esta pesquisa tem como objetivo proporcionar aos Agentes Comunitários de Saúde (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.

◆ Este é, portanto, um estudo que não beneficia diretamente priori, porque só no final, pode-se concluir a presença de alguns dos benefícios para a comunidade acadêmica.

◆ As contribuições desta pesquisa refere-se às reflexões sobre a produção de conhecimentos e competências em cursos na especialidade do CTACS. Espera-se que este trabalho irá incentivar o debate nesta área, bem como de outras instituições de ensino.

◆ Em qualquer fase do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela investigação para responder a quaisquer perguntas.

◆ Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade será mantida em sigilo. A menos que exigido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador terá acesso a suas informações para verificar as informações da pesquisa.

Consentimento da participação do indivíduo como sujeito Eu,

RG: _____ CPF: _____
assinado concordaram em participar do estudo para fornecer as informações necessárias para o desenvolvimento de pesquisas sobre aspectos da "Formação Técnica dos Trabalhadores da Saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Município de Aquiraz/CE". Eu conversei com uma Especialista Aldenôra Gonçalves Pereira, sobre a minha decisão de participar neste estudo estava claro quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, assegurando a confidencialidade e esclarecimento. É também claro que a minha participação é gratuita, voluntariamente aceitaram participar neste estudo. Estou ciente de que o uso das informações que eu forneci é limitado a esta pesquisa.

Local e data

Nome e Assinatura do Colaborador (es): _____
Declaro que estou devidamente informado e consentimento voluntário do parceiro de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Aquiraz / CE

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE II – Entrevista

QUESTIONÁRIO PARA COORDENADOR DA ATENÇÃO BÁSICA e COORDENADORA DOS ACS, DA SECRETARIA DE SAÚDE, DE AQUIRAZ/CE.

1. PERFIL

Nome Completo: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP _____

Tel Resid. _____ Celular _____

E-mail: _____

Formação acadêmica: _____

Dados Gerais

Município _____

Nome da unidade _____

Tipo: UBS Tradicional () UBSF () UBS mista () PACS () PA () PS () UPA ()

Outro _____

Nome do entrevistado _____

Cargo: () Coordenador Atenção Básica () Coordenador de Agente Comunitário de Saúde. Desde quando? _____

Formação: Ensino Médio () Ensino Superior: Qual? _____

Bloco 1 - Trajetória Profissional

1) Já trabalhou em outros municípios? Não () Sim ():

Qual? _____

2) Já trabalhou em outras unidades deste município? Não () Sim ():

Qual? _____

3) Já trabalhou fora da rede pública? Não () Sim ()

4) Já trabalhou fora da Atenção Básica? Não () Sim ():

Hospitalar () Ambulatorial () PA/PS ()

Bloco 2 - Características da Unidade

5) Tem prontuário eletrônico? Não () Sim ():

Ligado a toda a rede municipal? Não () Sim ()

6) Pacientes têm cartão SUS? Não () Sim ():

Único para toda a rede municipal? Não () Sim ()

7) Qual o tamanho da população coberta pelo equipamento:

Usuários cadastrados:_____ Demanda estimada oficial:_____ site ()

8) O quadro de funcionários está completo? Sim () Não (): Qual profissional falta?_____

9) Quantos profissionais atuam no equipamento?

Administrativo: Total _____

Prefeitura_____ Contratualizada_____ Outro_____ Não Sabe_____

Farmácia: Total _____

Prefeitura_____ Contratualizada_____ Outro_____ Não Sabe_____

Limpeza: Total _____

Prefeitura_____ Contratualizada_____ Outro_____ Não Sabe_____

Segurança: Total _____

Prefeitura_____ Contratualizada_____ Outro_____ Não Sabe_____

Cirurgião-Dentista: Total _____

Prefeitura_____ Contratualizada_____ Outro_____ Não Sabe_____

Auxiliar de Saúde Bucal: Total _____

Prefeitura_____ Contratualizada_____ Outro_____ Não Sabe_____

Agente Comunitário de Saúde: Total _____

Prefeitura_____ Contratualizada_____ Outro_____ Não Sabe_____

Auxiliar de enfermagem: Total _____

Prefeitura_____ Contratualizada_____ Outro_____ Não Sabe_____

Enfermeiros: Total _____

Prefeitura_____ Contratualizada_____ Outro_____ Não Sabe_____

Médicos: Total _____

Prefeitura_____ Contratualizada_____ Outro_____ Não Sabe_____

Outros (fonoaudiólogo, psicólogo, acupunturista, fisioterapeuta): Total _____

Prefeitura_____ Contratualizada_____ Outro_____ Não Sabe_____

10) Quais e quantos médicos especialistas atuam na unidade? Qual a sua carga horária?

Clínico Geral: número _____ carga horária _____

Ginecologista-Obstetra: número _____ carga horária _____

Pediatra: número _____ carga horária _____

Psiquiatra: número _____ carga horária _____

Ortopedista: número _____ carga horária _____

Assistente Social: número _____ carga horária _____

Nutricionista: número _____ carga horária _____

Outros: qual? _____ número _____ carga horária _____

Outros: qual? _____ número _____ carga horária _____

Outros: qual? _____ número _____ carga horária _____

(questões 11 a 14: apenas para UBSF e PACS)

11) Quantas equipes de saúde atuam? _____

12) Quantos domicílios cobre cada Agente Comunitário de Saúde? _____

13) Quantos domicílios cobre cada equipe de Saúde da Família? _____

14) Com que frequência se reúne a equipe de Saúde da Família?

Diária () Semanal () Mensal () Não sabe ()

Bloco 3 - Dados de produção

15) Qual a média de consultas/mês? _____

16) Qual a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas pré-natais?

17) A gerência usa o SIAB? Não () Sim ()

18) A gerência considera o SIAB útil para:

a) Estimar a demanda por serviços Não () Sim ()

b) Avaliar o desempenho das equipes Não () Sim ()

c) Avaliar o desempenho da unidade Não () Sim ()

c) Planejar o trabalho da unidade Não () Sim ()

19) A gerência repassa os dados do SIAB para secretaria? Não () Sim ()

20) A secretaria dá algum retorno sobre o desempenho da unidade? Não () Sim ()

Qual? _____

21) Os indicadores de saúde da população atendida estão dentro do esperado?

Não () Sim () Não sabe ()

22) A secretaria oferece à gerência algum tipo de orientação para melhoria do desempenho? Não () Sim () Qual? _____

23) A Coordenação monitora os gastos das unidades? Não () Sim ()

Quais? _____

Como? _____

24) Existem metas para a produção na unidade? Não () Sim ():

Estabelecidas por quem?

SMS () Ministério da Saúde () Outros: _____

25) A Coordenação é cobrada em relação à sua produção? Não () Sim ():

Por quem?

SMS () Ministério da Saúde () Outros: _____

26) A Coordenação discute o planejamento de suas atividades e prioridades com:

SMS () Ministério da Saúde () Outros: _____

27) Existe no dia-a-dia da gerência da unidade um momento de levantamento de problemas? Não () Sim: (): Qual? _____

28) A gerência recebe apoio para a avaliação e planejamento de suas atividades?

Não () Sim: Por quem? SMS () Ministério da Saúde ()

Outros: _____

Bloco 4 – Administração da Unidade: porta de entrada

29) Como funciona o agendamento?

Agenda aberta (agenda-se independente da data para qual há consulta disponível) ()

Agenda fechada (agenda-se dentro de um intervalo de tempo determinado) ()

30) No caso de agenda aberta, o paciente é contatado para confirmação? Não () Sim ()

31) Em caso de desistência, como são realocadas as consultas?

Lista de espera () Encaixe () Outros ()

32) Como é feito o atendimento à demanda espontânea? Encaixe ()

Encaminhamento para uma unidade de pronto-atendimento: Formalmente ()

Informalmente () Faz agendamento ()

33) Como lida com casos de urgência/emergência?

Encaminha para unidade de pronto-atendimento:

Formalmente () Informalmente ()

Encaminha para outra unidade básica ()

Tenta atender na própria unidade ()

34) Quanto tempo demora desde a recepção até a primeira escuta?

35) Quanto tempo entre o agendamento e a consulta/procedimento na unidade?

Consulta odontológica _____

Consulta com médico generalista _____

Consulta com médico especialista _____

Coleta de exame _____

Outros procedimentos _____

Bloco 5 – Administração da Unidade: Organização de Trabalho

36) A unidade tem protocolos estabelecidos para o trabalho de:

Enfermagem? Não () Sim ()

Médicos? Não () Sim ()

Agente Comunitário de Saúde? Não () Sim ()

35) Os protocolos foram estabelecidos por quem?

Prefeitura () Ministério da Saúde () Governo estadual () Outros: _____

36) Que avaliações são feitas sobre o desempenho da unidade?

Externa, pela SMS ()

Externa, por outro órgão (): Qual? _____

Auto-avaliação ()

37) Com que periodicidade ocorrem as reuniões:

Internas Semanal () Mensal () Bimestral () Semestral ()

Não ocorrem () Outras _____

Com a SMS Semanal () Mensal () Bimestral () Semestral ()

Não ocorrem () Outras _____

Bloco 6 – Coordenação de Equipe

38) Existe treinamento para preparar o profissional para o cargo de:

Coordenador? Não () Sim () Apenas no ESF () Não sabe ()

Administrativo? Não () Sim () Apenas no ESF () Não sabe ()

Enfermagem? Não () Sim () Apenas no ESF () Não sabe ()

Médico? Não () Sim () Apenas no ESF () Não sabe ()

Agente Comunitário de Saúde? Não () Sim () Apenas no ESF ()

Não sabe ()

39) O treinamento é realizado pela SMS? Não () Sim () Outro _____

40) A Coordenação tem autonomia para:

Selecionar? Não () Sim ()

Montar a grade horária? Não () Sim ()

Definir quem trabalha com quem? Não () Sim ()

Oferecer treinamento? Não () Sim ()

Indicar para promoção? Não () Sim ()

Oferecer incentivos financeiros? Não () Sim ()

Oferecer outros incentivos? Não () Sim (): Quais? _____

41) A Coordenação utiliza algum instrumento de avaliação?

Não () Sim () Qual? Prefeitura () Outros: _____

42) Esses instrumentos são aplicados para avaliar:

O profissional individualmente: Não () Sim ()

A equipe em conjunto: Não () Sim ()

APÊNDICE III

**QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE**

Dados Gerais

Município _____

Nome da unidade _____

Tipo: UBS Tradicional () UBSF () PACS () ESF Outro _____

Nome do entrevistado _____

Idade: _____ anos

Estado Civil: _____

Cargo: Agente () Desde quando? _____

Contratante: SMS () Governo () Outro _____

Formação: Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior ()

Bloco 1 - Trajetória Pessoal

1) Já foi agente em outros municípios? () Não () Sim:

Qual? _____

2) Já foi agente em outras unidades deste município? () Não () Sim:

Qual? _____

3) Participou de treinamento para preparação do agente comunitário de saúde?

Não () Sim ()

4) É oferecido treinamento para preparação do agente comunitário de saúde?

Não () Sim () Não sabe ()

5) Quem oferece o treinamento? MS () SMS () Não sabe ()

Outro _____

Bloco 2 - Organização de Trabalho

6) Quantos domicílios cobre cada Agente Comunitário de Saúde? _____

7) Quantos domicílios cobre cada equipe de Saúde da Família? _____

8) Com que frequência se reúne a equipe de Saúde da Família?

Diária () Semanal () Mensal () Não sabe ()

Outra _____

9) O quadro de funcionários da ESF está completo? () Sim () Não: Qual profissional falta? _____

10) Com que frequência os agentes comunitários de saúde se reúnem com outros profissionais da unidade? Semanal () Mensal () Não sabe ()
Outra _____

11) Nas reuniões, vocês discutem casos específicos de pacientes? Não () Sim ()

12) Nas reuniões, vocês discutem o planejamento de atividades? Não () Sim ()

13) Nas reuniões, vocês discutem a qualidade do trabalho feito? Não () Sim ()

Bloco 3 – Rotina

14) Com que frequência você visita cada domicílio?

Semanal () Mensal () Não sabe () Outra _____

15) Como faz para saber se um paciente precisa de atenção prioritária?

16) Você usa o SIAB? Sim () Não: Por quê? Não sabe ()

Outro: _____

17) Considera o SIAB útil para:

a) Estimar a demanda por serviços. Não () Sim ()

b) Avaliar o desempenho da equipe. Não () Sim ()

c) Planejar o trabalho da equipe. Não () Sim ()

18) A Coordenação discute os dados do SIAB com a equipe? Não () Sim ()

19) A Coordenação dá algum retorno sobre o desempenho da equipe? Não () Sim ()

Qual? _____

20) A Coordenação oferece algum tipo de orientação para melhoria do desempenho?

Não () Sim ()

Qual? _____

21) Sua equipe participa/participou das avaliações do PMAQ? Não () Sim ()

22) Acha que as avaliações do PMAQ ajudam a equipe a se avaliar?

Não () Sim ()

23) Quando há necessidade de encaminhar um paciente para outra unidade, os agentes desempenham alguma função? Não () Sim ()

Qual? _____

24) Os agentes trazem queixas e demandas da população para a unidade? Não () Sim () Quais e por qual via?

25) Que papel os agentes desempenham no tratamento de pacientes?

Levam remédios () Medem pressão () temperatura () glicose ()

Discutem hábitos como alimentação, sedentarismo, tabagismo ()

Outros _____

26) Quando o agente identifica um paciente acamado, qual o procedimento?

27) O agente desempenha algum papel junto às escolas? Não () Sim () Qual?

Bloco 4 – Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde

28) O Curso desenvolve ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.

Não () Sim ()

29) Realiza, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito da Unidade de Saúde.

Não () Sim ()

30) Desenvolve atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de agravos, e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco.

Não () Sim ()

31) Desenvolve ações de educação em saúde, na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos no controle de saúde da mulher, da criança e do adolescente, do homem, do idoso, das doenças crônico degenerativas, das doenças transmissíveis por vetores, no controle do uso de álcool e outras drogas e no controle e prevenção da violência.

Não () Sim ()