

## INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde vêm sendo centrais nas políticas do país há pelo menos um século. De fato, a crise sanitária que acometeu a capital da recém proclamada República, na virada dos séculos XIX e XX, gerou as primeiras grandes iniciativas de saúde pública, com as memoráveis campanhas de Oswaldo Cruz contra a peste e a febre amarela (LIMA *et al*, 2006).

Paralelamente, desenvolveu-se a atenção aos indivíduos: os grandes institutos passaram a fornecer assistência ambulatorial e hospitalar aos seus segurados, com serviços próprios ou comprados do setor privado, a massa sem proteção previdenciária buscava o raro alívio disponível nas Misericórdias e Beneficências (LIMA *et al*, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem origem na crise do modelo vigente e numa intensa mobilização popular em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que desembocou no debate sobre a Constituinte e, finalmente, na Constituição Federal de 1988.

No contexto das reformas do setor de saúde, no plano internacional, preconiza-se a organização de um sistema unificado que enfrente a segmentação social e no qual o poder público seja comprador único de serviços complementares. Também se valoriza o primeiro nível de atenção dentro do sistema-Atenção Primária - devendo articular a promoção à saúde, à prevenção e ao acolhimento, definindo uma porta de entrada e referência para maiores complexidades.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994, tendo como objetivo principal a reorientação do modelo assistencial brasileiro. Isso porque, mesmo após a implantação do SUS, o modelo assistencial vigente no Brasil durante a maior parte da segunda metade do século XX foi caracterizado pela prática “hospitalocêntrica”, com uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas. De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde responsável pela “ineficiência do setor”, “insatisfação da população” e “desqualificação profissional”.

O modelo hospitalocêntrico se baseia no tratamento curativo das doenças, exigindo altos gastos por parte do governo, principalmente devido do uso irracional dos recursos tecnológicos disponíveis. Além disso, pouco se investia na prevenção, motivo pelo qual aumentava-se cada vez mais o tamanho das filas nos hospitais.

O PSF pode ser encarado como uma forma de viabilizar e complementar as propostas gerais do SUS de universalidade, equidade e integralidade, porém, com características próprias. O primeiro princípio, garante atenção à saúde a todo e qualquer cidadão brasileiro, enquanto o segundo e o terceiro, asseguram a igualdade a todos perante o sistema de saúde, reconhecendo o homem como um ser integral e prevendo o seu atendimento como um ser bio-psico-social (MERHY *et al*, 2004).

Ele é definido como uma dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e intervindo de forma apropriada. Seria a prática humanizada de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.

Portanto, o plano de trabalho das equipes deve contemplar a interação entre seus profissionais de tal forma que possam acolher a população e resolver, na própria Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), as questões e os problemas mais frequentes relacionados à saúde daquela população. Para isso, a equipe deve estar integrada e motivada para atuar em PSF (SOUZA, 2000).

O tema do trabalho surge em cada capítulo que se segue, como estruturante da formulação teórica, e expressa a atividade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), na relação com os demais trabalhadores do PSF e com os usuários do mesmo. Neste processo, foi construído um instrumental, que possibilita a partir da categoria de trabalho e dos processos de trabalho, analisar os serviços prestados pelo ACS, sob o aspecto da gestão e da produção do cuidado.

O interesse na realização da pesquisa, surgiu após, a vivência do pesquisador no local de trabalho e com os profissionais que trabalharam no mesmo.

Os objetivos deste estudo são capacitar os ACS do PSF São Pedro do município de Muriaé-MG e confeccionar um Guia Prático para auxiliar o trabalho do ACS.

O Capítulo 1 referiu-se a localização geográfica da cidade de Muriaé-MG, seguido da relação dos serviços de saúde prestados pela região e um breve histórico do SUS, para possibilitar o entendimento mais completo da construção do PSF e a realidade local que modela o trabalho do ACS, objeto do estudo.

No Capítulo 2 foi abordado a Atenção Primária à Saúde (APS), uma análise do PSF, apresentando como o principal programa do Ministério da Saúde para estruturar a assistência básica e posteriormente a discussão de quem é o ACS, onde relatamos suas atribuições inseridas no contexto do PSF.

A seguir, no Capítulo 3 foi apresentado as ferramentas analisadoras, onde foram discutidos os dados encontrados e posteriormente propusemos um produto final, que neste caso será um guia prático para o trabalho do Agente Comunitário de saúde, para auxiliar o seu trabalho e suas relações com os demais trabalhadores do PSF e usuários.

Diante do exposto, torna-se relevante buscar novos conhecimentos a cerca do trabalho do ACS em uma realidade contextualizada

## **1. POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE MURIAÉ-MG: UMA VISÃO HISTÓRICA**

### **1.1 A Organização do Serviço de Saúde na Cidade de Muriaé-MG**

O município de Muriaé está localizado na região Leste da Zona da Mata Mineira e é uma das 25 cidades-pólos regionais de Minas Gerais. Com acesso pela BR-116 (Rio Bahia), pela BR-265 (Muriaé – Mirai) e pela e BR 356 (Ervália - Muriaé), está à 364 km de Belo Horizonte e à 304 km da cidade do Rio de Janeiro. Possui população estimada em 100.000 habitantes, pertencendo ao Circuito Serra do Brigadeiro, área de desenvolvimento sustentável, criada pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDS) e que é administrada pelos 9 municípios localizados no entorno do Parque Estadual da Serra do Brigadeiro (IBGE, 2000).

Na área específica da Saúde e Pólo Regional, dentro do Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde, definido pela Secretaria de Estado da Saúde na busca do fortalecimento do SUS, Muriaé integra a Macrorregião de Juiz de Fora, que possui com 94 municípios, população de 1.541.964 (um milhão e quinhentos e quarenta e um mil e novecentos e sessenta e quatro) habitantes. É definido como base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde, que engloba microrregiões de saúde em função da possibilidade de oferta e do acesso a serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares de maior tecnologia (IBGE, 2003).

Para a efetivação do um Pólo Macrorregional, no caso de Juiz de Fora, Pólos Microrregionais foram criados e Muriaé alcançou esse *status* devido a sua capacidade instalada e de resolutividade na área da saúde. O Pólo Microrregional é definido no município que pelo seu nível de resolutividade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza os municípios da microrregião, com nível de complexidade nos serviços oferecidos na área da Saúde. Possui condições até mesmo superadas na área da saúde no município, uma vez que conta com serviços de Alta Complexidade (AC), como será especificado adiante. A Microrregião de Muriaé, com uma população de 160.000 (cento e sessenta mil) habitantes, é composta pelos seguintes

municípios, dentro do PDR: Mirai, São Sebastião da Vargem Alegre, Rosário da Limeira, Miradouro, São Francisco do Glória, Vieiras, Eugenópolis, Antônio Prado de Minas, Patrocínio do Muriaé e Barão do Monte Alto (IBGE, 2003).

Muriaé atende também à sua condição de microrregião de saúde, atendendo sua base territorial de planejamento da atenção básica e da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de MC - Média Complexidade.

Na atenção básica, o município de Muriaé conta com 21 (vinte e uma) equipes da estratégia de Saúde da Família, 21 Equipes de Saúde Bucal, 107 Agentes Comunitários de Saúde distribuídos pelos bairros e nos 6 (seis) distritos que compõem a estrutura administrativa local, efetivando uma cobertura de 73,3% da população.\*

\* Dados coletados com o responsável pelo Programa de Saúde da Família da cidade de Muriaé-MG.

É constituído por postos de saúde e policlínicas em seus bairros e recentemente foram instalados o Centro de Epidemiologia e o Centro de Especialidades, este, com ofertas de serviços clínicos especializados nas áreas de clínicas médicas e na área de psicologia. Apresenta também o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e se prepara para a estruturação do seu Centro de Convivência, serviços estes em conformidade com o Fórum Nacional de Luta Antimanicomial e seus instrumentos legais. A diversificação e qualidade dos serviços de média complexidade e alta complexidade estão distribuídos atualmente nos 5 hospitais do município, num total de 465 leitos, assim divididos:

- Fundação Cristiano Varella - Hospital do Câncer - 127 leitos\*\*
- Hospital São Paulo - 168 leitos\*\*
- Hospital Prontocor – 77 leitos\*\*
- Casa de Saúde Santa Lúcia – 60 leitos\*\*
- Assistência Médica Infantil de Urgência (AMIU)– 33 leitos.\*\*

\*\*Dados coletados com o profissional de enfermagem responsável pelo setor.

Devido ao arrojado processo de investimentos privados na saúde, as instituições hospitalares de Muriaé oferecem também serviços de Alta Complexidade (AC), contanto com 40 leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), distribuídos nas diversas áreas de clínicas médicas e especializadas como os 14 leitos de UTI Cardiológica, 9 leitos de UTI do Hospital do Câncer, 17 leitos de UTI para cirurgias e outras enfermidades, além dos

serviços de diagnóstico por imagem de última geração para diagnóstico e tratamento de neoplasias malignas, serviços de Hemodinâmica e Cirurgias Cardíacas.

Vale destacar que a fundação Cristiano Varella, através do Centro Brasileiro de Oncologia (CBONC), tem garantido um processo de oferta de serviços terciários especializados, que ultrapassam os limites do PDR em vigor, pois o CBONC recebe pacientes vindos de mais de 100 municípios de Minas Gerais, além de pacientes de municípios dos estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo. Com pessoal qualificado e equipamentos de última geração, o CBONC é um dos poucos Hospitais de Minas credenciados como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON I).

Ainda na busca de condição para melhor utilização dos recursos públicos para a área de saúde, os municípios do estado de Minas Gerais se organizaram e formaram os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Quinze municípios que integram o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Mata Leste – o CIS LESTE: Manhumirim, Alto Jequitibá, Vieira, Eugenópolis, Antônio Prado de Minas, Patrocínio do Muriaé, Barão do Monte Alto, Palma, Miraí, São Sebastião da Vargem Alegre, Rosário da Limeira, Miradouro, São Francisco do Glória, Orizânia e Muriaé, sua sede.

Em Muriaé, a entidade fica localizada na Praça do Rosário, Centro, e atinge um montante significativo de 193.310 (cento e noventa e três mil, trezentos e dez) habitantes. Com uma visão locorregional, relacionando hospitais existentes na região de influência de Muriaé, têm-se ainda as seguintes instituições hospitalares:

- Hospital São Salvador, Além Paraíba;
- Hospital Plynto Almadás SS Vicente de Paula, Astolfo Dutra;
- Cara de Caridade de Carangola, Carangola;
- Hospital Evangélico de Carangola, Carangola,
- Hospital de Cataguases, Cataguases;
- Hospital Pronto Cordis, Cataguases;
- Hospital São Lucas Ltda., Cataguases;
- Hospital São Paulo, Muriaé;
- Prontocor, Muriaé;
- Hospital e Maternidade Maria Boy, Palma;
- Hospital Dr. Nascipe Daher, Patrocínio da Muriaé;
- Hospital da Prefeitura Municipal de Pirapetinga;
- Hospital São Sebastião de Recreio, Recreio;

- Hospital São Vicente de Paula, Rio Pomba
- Hospital Dr. Armando Xavier, Guarani;
- Hospital Psiquiátrico de Leopoldina, Leopoldina;
- Hospital de Espera Feliz, Espera Feliz,
- Hospital São Sebastião, Tombos;
- Hospital Divinense, Divino;
- Prefeitura Municipal de Laranjal, Laranjal;
- Hospital São José, Eugenópolis;
- Casa de Caridade Leopoldinense, Leopoldina;
- Hospital Wilkinson de Souza Meirelles, Miradouro;
- Casa de Caridade São Vicente de Paula, Miraí
- Casa de Caridade São Paulo, Miraí;
- Hospital Santa Izabel, Ubá;
- Clínica São Januário, Ubá;
- Hospital São Vicente de Paula, Ubá;
- Associação Beneficente São João Batista, Visconde do Rio Branco;
- Hospital da Prefeitura Municipal de Vieiras, Vieiras.

Na perspectiva de atuação em uma rede assistencial, o município de Muriaé conta hoje com uma estrutura assistencial de instituições que se dedicam a esse fim, dentre as quais destacamos:

- Centro Municipal de Atendimento ao Menor (ex-FEBEM);
- Serviço Social Irmã Maria Ana Sala;
- Casa da Criança – Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Muriaé;
- Casa da Menina;
- Comunidade Terapêutica El Shaday;
- Comunidade Terapêutica Projeto Reviver;
- Comunidade Terapêutica Fazenda Nova – Projeto COMVIDA;
- Sociedade Humana Renascer;
- Associação dos Deficientes Físicos;
- Lar Ozanan – Sociedade São Vicente de Paula;
- Procidadania – Projeto Esperança;
- União Espírita Bezerra de Menezes, entre outras.

Estas instituições assistenciais trabalham com dependentes químicos, crianças órfãs e/ou vítimas de maus tratos domésticos, adolescentes em gravidez de risco, idosos, portadores de deficiências físicas, excluídos psicossociais.

Com um potencial em nosso país e na região de Muriaé, temos também as APAEs, que resguardadas as possíveis falhas que possam cometer em seu trabalho de reinserção psicossocial de seus assistidos, é muita vezes nas cidades do interior a única possibilidade de atenção e atendimento clínico ao portador de necessidades especiais. Abrangendo 27 municípios, a Regional Zona da Mata II da APAE congrega Muriaé, Além Paraíba, Bom Jesus do Galho, Caputira, Carangola, Caratinga, Cataguases, Divino, Espera Feliz, Eugenópolis, Fervedouro, Inhapim, Ipanema, Manhuaçu, Laginha, Manhumirim, Miradouro, Miraí, Mutum, Pirapetinga, Recreio, Rosário da Limeira, Santa Margarida, Santana do Manhuaçu, Simonésia, Tombos e Ubaporanga.

Na complexa e resolutiva rede assistencial de saúde de Muriaé é importante evidenciar os serviços prestados pelo 8º Pelotão do Corpo de Bombeiros Militar que, com suas ações junto aos acidentados nas rodovias federais que cortam o município, tem garantido o salvamento de vidas.

Tendo em vista a reflexão das práticas da atenção primária, consideramos relevante adentrar este campo a fim de explorar uma prática contextualizada em saúde da família, bem como oferecer subsídios para uma discussão sobre os processos de trabalho em saúde com atuais profissionais que realizam esta prática.

## **1.2 Histórico da Unidade Básica de Saúde: Comunidade São Pedro**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) da comunidade São Pedro conta hoje com 11 (onze) funcionários, sendo:

- Um médico clínico geral,
- Um enfermeiro,
- Um técnico de enfermagem,
- Um fisioterapeuta,
- Um odontólogo,
- Um auxiliar de consultório dentário,
- Cinco Agentes Comunitários de Saúde.

Entretanto, quando foi implantado no ano de 1998, não continha em seu corpo de funcionários os profissionais da odontologia e da fisioterapia.

No Brasil, a Fisioterapia implantou-se como “solução” para os altos índices de acidentes de trabalho existentes. Era preciso curar ou reabilitar as vítimas desses acidentes para integrá-las ao sistema produtivo ou, pelo menos, atenuar seu sofrimento quando não fosse possível reabilitá-las (REBELLATO e BOTOMÉ, 1999).

A Lei n.º6.316, de 1975, que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia, parece corroborar esse entendimento (BRASIL, 1975), pois, por meio de seu artigo 13.º, cita os locais nos quais o fisioterapeuta, devidamente identificado, poderá exercer suas funções. Os locais citados são: estabelecimentos hospitalares, clínicas, ambulatórios, creches e asilos. Esses locais, considerando a “política de assistência à saúde” vigente no País, são, por definição, locais que fornecem um tipo de assistência basicamente remediadora, curativa, recuperadora ou reabilitadora (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

O fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância nos serviços de atenção primária à saúde, como é o caso do PSF. Entretanto, sua inserção nesses serviços ainda é um processo em construção (SILVA *et al*, 2005).

Um dos únicos documentos, cujo conteúdo parece ir além da concepção de uma assistência em âmbito curativo e reabilitador, é o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta. Consta no artigo 1.º deste Código de Ética: o Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde. Ou seja, ele cita a promoção da saúde (CREFITO-4, 1996).

A Odontologia foi inserida no PSF pelas Portarias Ministeriais 1.444, de 28/12/2000, e 267, de 29/09/2001, com o intuito de buscar a construção de novos processos de trabalho voltados para a família, considerando-a uma instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, em que ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, religiosos e culturais (OLIVEIRA e SALIBA, 2005).

Para chegarmos aos dados históricos do PSF São Pedro, foi necessário realizar uma entrevista com a primeira ACS da UBS, cujo nome é Dejjaine de Oliveira Braga, moradora da própria comunidade e onde trabalhou por oito anos na UBS.

A entrevistada relatou que o PSF situava-se à Rua Maria Conceição Sabino, nº 53, Bairro São Pedro e funcionou neste mesmo local por quatro anos. Posteriormente, foi transferido para a Rua Ataúlfo Alves, nº. 78, Bairro São Pedro. Atualmente ele encontra-

se na Rua Maria Conceição Sabino, nº. 153, Bairro São Pedro. Dejjaine relata ainda, que no início ocorria todos os dias visitas domiciliares, no período vespertino, com a presença do médico clínico geral e sendo organizadas de acordo com a microárea, ou seja, cada dia da semana ficava reservada para uma microárea. Mas segundo a entrevistada, o mesmo não ocorre na atualidade.

*“Quando eu comecei a trabalhar, tinha um dia da semana para que o médico fosse na minha área, ver as pessoas que precisavam dele...”*

*“...Hoje, os atendimentos são feitos na maioria das vezes no posto, é muito difícil o médico sair do posto.”*

O médico, no PSF, é um generalista que acompanha o indivíduo em todos os ciclos de vida. Atendendo à gestante, criança, adulto e idoso, de forma integral. O modelo do PSF favorece o vínculo do médico com o paciente, pois o profissional atende uma área restrita que o permite conhecer o paciente e toda a sua família. O médico de família, assim como os outros profissionais da equipe, deve realizar visitas domiciliares em famílias de risco, principalmente onde existam acamados, idosos, portadores de deficiência física ou mental ou mesmo pessoas com dificuldade para aderir ao tratamento (SCHRAIBER, 2000).

### **1.3 Avaliação Saúde: Uma Prática em Construção no Brasil**

Desde o início do século passado, até o final dos anos 60, o sistema de saúde brasileiro se preocupava, fundamentalmente, com o combate em massa a doenças, através das campanhas de saúde pública. A partir dos anos 70, passou a priorizar a assistência médica curativa e individual.

Em 1975, através da Lei 6.229, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, separando as ações de saúde pública das ações ditas de atenção às pessoas (BRASIL, 1975).

Mais tarde em 1977, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para atender exclusivamente as pessoas que possuíssem carteira de trabalho. O atendimento dos desempregados e residentes no interior era de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e dos serviços públicos federais (LIMA et al, 2006).

Somente a partir dos anos 80 mudanças econômicas e políticas ocorridas no país passaram a exigir a substituição do modelo médico-assistencial privatista por um outro modelo de atenção à saúde.

Os primeiros sinais de mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil surgiram com a criação, em 1979, do PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, a partir de alguns projetos pilotos de medicina comunitária (LIMA et al, 2006).

Já em 1983, se implantou a Ações Integradas de Saúde (AIS), o primeiro desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde.

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, no ano seguinte, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que representou a desconcentração das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde.

A Constituição Federal de 1988, incorporando, parcialmente, as propostas estabelecidas pelo movimento da reforma sanitária brasileira, criou o Sistema Único de Saúde, regulamentado dois anos depois pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2004).

Um passo significativo na direção do cumprimento da definição constitucional de construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Em 27 de julho de 1993, quase três anos após a promulgação da lei 8.080, que regulamentou o SUS, o INAMPS foi extinto através da Lei nº 8.689, sendo suas funções, competências, atividades e atribuições, absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS (BRASIL, 1993).

Ao se preservar as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS, se preservou também a sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros, como, por exemplo, o estabelecimento de limites ou tetos físicos e financeiros para as Unidades Federadas.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o

atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (CARVALHO e SANTOS, 2006).

É definido pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde, como "*o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde*", garantida, também, a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Constitui o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.

Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e que compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

Tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o

controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária (BRASIL, 1998).

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região.

Espera-se que no futuro a finalidade do SUS e do PSF torne-se real, alterando a situação de desigualdade na assistência à saúde da população.

## **2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A Atenção Primária à Saúde (APS) teve uma importante contribuição no processo de reforma sanitária, através da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundos das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que propôs o APS como uma estratégia para ampliar o acesso de forma igualitária para a população, com a declaração “Saúde para todos no ano 2000”.

Os componentes essenciais nesse processo foram: educação em saúde, distribuição de alimentos e nutrição adequada, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento de doenças e agravos comuns e fornecimentos de medicamentos essenciais. Abordava, ainda, as questões de intersetorialidade, equidade, participação individual e comunitária (OMS, 1979).

Atualmente, têm sido apresentadas três interpretações do APS: como atenção primária seletiva, como nível primário do sistema dos serviços de saúde e como reorganização do sistema de serviço de saúde.

Dentro da visão seletiva, o entendimento do APS é de programa focalizado em pessoas e regiões pobres, onde há tensão e desordem social, utilizando tecnologia simples e de baixo custo.

Neste aspecto, o ASP utiliza menor uso de equipamentos, mas em contrapartida, exige para sua adequada compreensão e efetiva transformação, sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educacionais.

O ASP oferece atenção à pessoa nas suas diversas necessidades e problemas, tendo como característica primordial o acesso universal, a responsabilidade, a qualidade da atenção integral, as ações de prevenção, bem como as de tratamento, reabilitação e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002).

Num cenário de implantação e implementação do SUS, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), dentro das perspectivas dos ASP, como uma estratégia de reorganização sanitária, face às discussões a cerca do modo de produzir saúde.

Nesta revisão do conceito saúde-doença e de práticas em saúde, surge na década de 90 a Estratégia de Saúde da Família, em uma lógica de vigilância à saúde centrada na promoção e na qualidade de vida da família, entendida a partir do ambiente em que vive (BRASIL, 1998).

A Medicina Comunitária estrutura-se a partir dos campos de conhecimentos da epidemiologia e vigilância à saúde, valorizando portanto as ações coletivas de promoção e proteção à saúde, com referência a um determinado território. Quanto a estrutura, organiza o fluxo da atenção à saúde de forma hierarquizada, considerando o nível primário as ações de menor complexidade a serem realizadas nos locais mais próximos da comunidade. Propõe uma revisão tecnológica utilizada na assistência à saúde, a inclusão de práticas alternativas de medicina e reestrutura o trabalho, inserindo outros profissionais, não médicos, na função assistencial (MERHY *et al*, 2004).

As propostas para a Medicina Comunitária surgiram a partir da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde em Alma Ata, 1978, partindo de uma lógica racionalizadora para os serviços de saúde, pretendendo responder aos investimentos necessários à assistência, com menores custos possíveis. Este cálculo é baseado, em grande medida, por uma determinada conjuntura de recessão econômica vivida pelo capitalismo (VIANA e POZ, 2005).

A lógica pensada é a de que os Estados não teriam recursos suficientes para continuar financiando o sistema de saúde, seria necessário então, articular proposta minimante eficiente, de baixo custo, e capaz de ganhar a adesão entre os diversos seguimentos da sociedade, contemplando amplas camadas da população com ações básicas de assistência em saúde.

O PSF, desde sua criação tem se destacado na agenda nacional de saúde como instrumento de reforma política de saúde brasileira, envolvendo mudanças no modelo de atenção, na organização do sistema de saúde e nas modalidades de alocação dos recursos e de remuneração das ações básicas de saúde (VIANA e POZ, 2005).

Situa-se entre essas práticas que buscam aumentar o exercício da cidadania, especialmente em camadas pauperizadas da população, garantindo-lhes o acesso a meios de promoção da saúde. Da Matta (1991), chama atenção para o fato que cidadania "*não é*

*algo natural*", posto que esta submetida a regras culturais e sociais. Entre sociedades individualistas, onde o que conta como uma unidade positiva do ponto de vista moral e político é o indivíduo, e entre sociedades coletivistas, onde o todo prevalece sobre as partes, onde a hierarquia é um princípio básico e onde o que vale é a relação. Situando o Brasil nesse segundo grupo, Da Matta chama atenção para o fato de que uma consequência notável desse modelo no nosso país é que pode-se afirmar que aqui "*um indivíduo isolado e sem relações é considerado altamente negativo, revelando apenas solidão de alguém que, sem ter relações, é um ser humano marginal*" (DA MATTA, 1991, p70.). Nesse sentido, o autor conclui que no Brasil,

"é a relação que explica a perversão e as variações da noção de cidadania, pois se o indivíduo não tem nenhuma ligação com pessoa ou instituição de prestígio na sociedade, ele é tratado como inferior" (DA MATTA, 1991, p78.).

Nesse ponto do argumento, podemos retomar a discussão acerca da posição e dos significados assumidos pelo ACS nesse universo relacional, e dos resultados destes na sua prática concreta. É importante ressaltar que essa dinâmica atravessa as interações que envolvem os outros membros da equipe de saúde da família na experiência que esse programa oferece de relacionar-se além das fronteiras do posto de saúde. As fronteiras se alargam, a lógica das interações se transforma. A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos.

Assim sendo, o modelo se constrói em cima de uma racionalidade abstrata baseada na teoria do sistema supondo, como seus princípios máximos:

- A saúde como questão natural e passível de ser mantida e recuperada mediante ações técnicas científicas de saúde.
- As ações de saúde são fundamentalmente gerais como promotoras, específicas como protetoras e médicas como recuperadoras.
- Os serviços são organizações sistêmicas das ações técnicas de saúde, e passíveis de serem planejadas cientificamente.
- Os objetivos dos serviços são anistóricos e visam igualmente todas as pessoas, que como coleção formam a comunidade (CAMPOS, 1997).

O primeiro documento do programa data de setembro de 1994 (BRASIL, 1994). Suas diretrizes foram concebidas a partir da reunião de dezembro de 1993. A concepção do programa, segundo esse documento, é de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorrerá, prioritariamente, nas áreas de risco (SAMPAIO, 2002).

Entretanto, desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, dos quais se destacam: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (Federal, Estadual e Municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas individuais – uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais.

A fase de formulação se consolida então, quando da elaboração da NOB-96, que aprofunda o caráter inovador do PSF e explicita uma nova fórmula de cooperação para a operação da política de saúde, envolvendo municípios, pólos, secretarias estaduais e o nível central do Ministério da Saúde. Esses são os elementos facilitadores da implementação do PSF (SOUZA, 2001).

Desde a Constituição de 1988, o Ministério da Saúde assume o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil, partindo de um referencial de saúde como direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Nessa proposta, o poder público municipal fica investido da responsabilidade imediata de atendimento das necessidades e das demandas de saúde de todos os seus munícipes, contando com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados, de acordo com o previsto na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996).

Essa estratégia de descentralização objetiva facilitar o acesso dos indivíduos e possibilitar uma gerência de saúde mais adequada ao contexto da população atendida, oferecendo serviços de melhor qualidade. No âmbito dessas mudanças, várias políticas municipais têm se organizado a partir do PSF, proposta que se insere no nível da atenção básica e que persegue o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. (SOUZA, 2003).

O que se verifica é que as propostas da Medicina Comunitária, embora tenham recebido patrocínio da Organização Mundial da Saúde, não conseguiram alterar o quadro na prestação de serviços, naquilo que é considerado fundamental, a ruptura com o processo de trabalho centrado no médico e na produção de procedimentos. Operando com diretrizes centradas na vigilância à saúde, estas propostas não deram importância ao exercício da clínica como um campo de conhecimento e de práticas que têm seu importante lugar no conjunto de tecnologias usadas na produção de saúde. Isso deixou que a assistência singular, voltada à necessidade de atividade curativa, continuasse operando como se os problemas dos usuários fossem satisfeitos a partir do número de procedimentos que se produzia em função de cada atendimento (FRANCO *et al.*, 1999).

A história do PSF tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (VIANA e POZ, 2005).

Na verdade, o ministério institucionalizou, nesse momento, as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do País (nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, neste se constituindo como uma política estadual).

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. A vida familiar constitui um espaço importante para a elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, para a transmissão de conhecimentos e informações e para a compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto. E, sobretudo, em decorrência da falta de tradição associativa, é na família que se elabora, em grande parte, um conhecimento um pouco mais crítico sobre a sociedade, uma avaliação das classes sociais, da conjuntura social presente e das condições para modificá-la (DURHAM, 1980).

Nesse sentido, a vida doméstica e comunitária não são isoladas, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo. A família se

apresenta como mescla de conformismo às exigências sociais e como forma fundamental de resistência contra essa mesma sociedade.

O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não "esperar" a demanda "chegar" para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção.

Compondo a equipe multidisciplinar, o programa conta com uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, onde o agente comunitário de saúde (ACS) tem-se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos. Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, torna-se um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas. Essa posição particular nos fez formular a hipótese de que o caráter híbrido e polifônico desse ator, o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um novo modelo assistencial, pois, numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação.

Fica claro, portanto, que a adesão aos “Cuidados Primários à Saúde”, se filia a uma concepção de que ao modificar a estrutura, os recursos em jogo e seus formatos, se modifica por conseqüência os modelos assistenciais e suas micropolíticas institucionais. No entanto, a realidade tem sido cruel ao demonstrar que muito além destas prerrogativas, é necessário um conteúdo novo, substantivo, que penetre de forma aguda nos valores e nos comportamentos presentes nos profissionais de saúde.

No intuito de realizar a promoção e recuperação da saúde, nas comunidades carentes, que são contempladas pelo PSF, a capacitação e educação dos profissionais que trabalham neste contexto se faz necessário para que ocorra a superação do modelo assistencial à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”, “insatisfação da população” e “desqualificação profissional” (BRASIL, 1994).

## **2.1 Caracterizando o trabalho do Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Programa de Saúde da Família**

O Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador que atua em dois importantes programas do Ministério da Saúde: o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o PSF. Atualmente, esses programas consolidam-se no contexto da municipalização e descentralização das ações de APS no Brasil. Para o Ministério da Saúde, o ACS é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (BRASIL, 1999). Sem dúvida, esse trabalhador apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social.

No Brasil, desde 1943, o Ministério da Saúde, através da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), passou a formar pessoal auxiliar com o objetivo de ampliar as atividades das unidades de saúde para áreas desassistidas. Esses eram conhecidos como visitantes sanitários, guardas da malária e auxiliares de saneamento (BASTOS, 1966).

A participação comunitária é uma estratégia que vem sendo preconizada há muito tempo. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), reunida em Alma-Ata (URSS), definiu metas que objetivavam “Saúde para todos no ano 2000”, mediante a priorização da APS, trazendo em suas bases a participação da comunidade. No Brasil, muitos esforços foram feitos para que a direção indicada pela OMS fosse alcançada. Na busca de nova orientação para o modelo assistencial, as discussões sobre a Reforma Sanitária Brasileira na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a promulgação da Constituição de 1998 marcaram a criação do SUS, com princípios doutrinários e organizativos que preconizam: “a universalidade, a equidade e a integralidade das ações, a regionalização e a hierarquização dos serviços, maior resolutividade, a descentralização das ações e dos serviços e a participação dos cidadãos” (BRASIL, 1990).

Como elemento desse processo participativo, deve ser considerado o dever das instituições oferecerem as informações e os conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito a sua saúde (BRASIL, 1990).

No início da década de 90, já se implementava o PACS. Em 1994, o PACS já estava implementado em 13 estados das regiões Norte e Nordeste, em 897 municípios, com 29 mil ACS. E em 1995 atingia 1.088 municípios, com expansão para a região Centro-oeste, com 34.500 profissionais, causando um impacto positivo quanto à reorganização do sistema de saúde dos municípios do Nordeste.

É nesse contexto que surge mais um integrante dos serviços de saúde: o ACS.

Inicialmente o Programa de ACS foi implantado em 13 Estados das regiões Norte e Nordeste, posteriormente, ele foi estendido para as demais regiões do Brasil. Os critérios definidos pelo Ministério da Saúde para a implantação do Programa, nos municípios, eram:

- A solicitação para implantação do Programa deve ser feita pela Secretaria Municipal de Saúde à Coordenação Estadual do Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- O Conselho Municipal de Saúde aprova e participa na implantação do Programa;
- Existência de Fundo Municipal de Saúde;
- Existência do profissional enfermeiro, contratado pelo município, com disponibilidade para assumir a coordenação, capacitação e supervisão dos agentes comunitários de saúde, na proporção de um enfermeiro para, no máximo, 30 agentes.
- Existência de Unidade de Saúde de referência na área onde o programa é implantado.

O ACS é um trabalhador que integra a equipe de saúde local, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde, por meio de ações individuais e coletivas (BRASIL, 1995).

É a pessoa que está em contato permanente com a comunidade. Ele vive nela e faz parte dela. Unindo dois universos culturais distintos: o científico e o popular, ajudando assim no trabalho de vigilância e na promoção da saúde. É de grande importância a presença do ACS nos serviços de saúde, como agente de transformação e mudança.

Mais recentemente, evidencia-se um aumento importante do número de agentes comunitários vinculados ao programa PSF que tem contribuído para uma

profunda mudança no conceito de cuidados de saúde no País. Aproximadamente um quinto da população brasileira está em contato com as equipes de saúde do PSF. No ano de 2004, existia 17.608 equipes do Programa, atuando em cerca de quatro mil municípios brasileiros, assistindo em torno de 57 milhões pessoas. A meta do governo federal era que, até o ano de 2006, estariam atuando 32 mil equipes no atendimento de 100 milhões de pessoas, ou seja, cerca de 77% da população brasileira (BRASIL, 2004).

Dados, do consolidado histórico de cobertura da Saúde da Família, do Ministério da Saúde revelam que contamos, atualmente, com 27.324 mil equipes de saúde do PSF implantadas em 5.125 mil municípios brasileiros com cobertura nacional de 46,6% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas. A população de ACS corresponde a 211 mil, cobrindo 5,3 mil municípios brasileiros com cobertura nacional de 56,8% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 107 milhões de pessoas.

Segundo críticos da APS, a implantação, no país, do agente de saúde assume a posição de amortecedor de tensões da clientela por atender às suas demandas de saúde. Simplificar o papel do agente de saúde neste patamar é, no mínimo, desconhecer o avanço qualitativo que sua atuação proporcionou especialmente nas pequenas localidades que até então não tiveram acesso a nenhum tipo de atenção à saúde (SILVA, 1997).

Colocá-lo como o responsável principal por estas mudanças, por outro lado, é negar a participação de um leque considerável de profissionais que criaram as condições técnicas, políticas e sociais para que tais mudanças ocorressem.

A reforma sanitária trouxe a saúde para a arena de decisões políticas, e não somente técnicas. O setor saúde passa a ser o palco de embates entre os partidários da capitalização e mercantilização do setor, e dos que viam as questões de saúde, agora no interior de cada aspecto da vida humana, como propulsoras das reformas sociais propostas pelo movimento sanitário. Trava-se, portanto, uma luta, no interior do Estado, entre o sistema de atenção médica supletiva, é hegemônico, e o SUS, que, embora contemplado no texto constitucional, ainda é considerado um movimento contra-hegemônico.

Mas onde situar o agente de saúde neste cenário? No nível do APS, onde o SUS conseguiu obter, até hoje, seus melhores resultados quantitativos e qualitativos. E esta atenção primária, de acordo com a Lei 8080, de 19/09/90, que regulamenta as ações do SUS, cabe aos municípios. Daí a importância que assume a descentralização administrativa, operacional e financeira. A descentralização assume variadas formas,

como a municipalização e regionalização, assim como diferentes marcos: o neoliberal e o social-democrata, ambos fundamentais para o processo de democratização (CARVALHO e SANTOS, 2006).

O agente comunitário de saúde assume, no cenário do sistema de saúde do país, um papel privilegiado. Seja porque as autoridades sanitárias fazem dele uma espécie de "coringa" ou "salvador da pátria", seja porque o cotidiano demonstra que ele é o trabalhador em saúde que mais convive com os problemas sociais afetos à saúde. Os primeiros tentam demonstrar sua importância para a saúde, numa perspectiva de lucratividade política; o cotidiano o capacita a reivindicar seu lugar no sistema de saúde (SILVA, 2000).

Falar sobre o ACS é despertar paixões. Ele foi colocado no discurso das autoridades sanitárias do país num patamar onde se é contra ou a favor, nunca indiferente. Exemplo disso é que os agentes de saúde do Ceará se viram colocados como responsáveis diretos pela queda vertiginosa da mortalidade infantil durante o período 1991-1995 no Ceará, lhes valendo um prêmio do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, no ano de 1993 (SILVA, 2000).

A prática desse profissional tem sido estudada por alguns autores com muita pertinência. Essa preocupação faz-se presente pela grande parcela de responsabilidade que tem esse profissional na reorganização da atenção básica e na mudança do modelo assistencial. Seu foco de atenção foi direcionado para ações de prevenção de doenças e promoção de saúde e em alguns momentos há identificação de projetos e identidade. Essa temática foi abordada por Minayo *et al.* (1990), retrata as diferenças entre o que foi planejado e o que estava sendo executado pelos ACS no PAS-Ceará, incluindo ações de enfermagem como curativos, injeções e retirada de pontos. Os autores enfatizam o desgaste do trabalhador ao realizar tarefas sem capacitação e supervisão.

O ACS tem a impressão de relativa autonomia por ter liberdade nas conversas com as pessoas e famílias visitadas, nas ações comunitárias. Possui um perfil ambivalente, expresso como agente institucional (ligado mais ao pólo técnico) e agente de comunidade (ligado mais ao pólo político). O ACS não dispõe de instrumentos e de tecnologia para o pólo político, pende mais para o técnico. Essa insuficiência leva-o a trabalhar com o senso comum, com a religiosidade e, mais raramente, com os saberes e recursos da família e da comunidade (SILVA, 2001).

Um segundo aspecto reportado, de forma direta ou velado, é o conflito de poder que se instaura quando o ACS passa a dividir, e mesmo disputar, o seu lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe, principalmente com os médicos. Isso ocorre, por exemplo, quando os ACS atuam em áreas cobertas exclusivamente pelo PACS e, que no momento de implantação do PSF, são incorporados na equipe do programa.

Essa situação é especialmente reportada em casos onde os ACS se revelavam pessoas muito atuantes no bairro, muitas vezes dotados de grande habilidade política, de grande autonomia nas suas ações relativas à resolução de problemas de saúde e de fácil trânsito na comunidade. A chegada da equipe de saúde, nesses casos, pode inibir essa autonomia gerando, tanto sentimentos de ciúme da parte do ACS, como desarmonia na condução de ações. A inclusão do ACS no PSF representa também, segundo vários relatos, um aumento significativo de trabalho e de responsabilidade, sem que isso seja acompanhado de aumento salarial correspondente.

O ACS é colocado como o elemento-chave do sistema na atenção primária de saúde; como o elo de ligação entre a comunidade e os serviços. Por tudo isso se faz necessário analisar com maior profundidade o papel deste personagem.

Dentre as atribuições dos ACS definidas pelo Ministério da Saúde (MS), duas merecem uma atenção especial quando se discute a formação desses profissionais. A primeira, afirma que os ACS devem "orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde" e a segunda, salienta que eles devem "informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades" (BRASIL, 1998:18). Curiosamente, nessas duas atribuições pode-se identificar o movimento bi-direcional dos agentes, aqueles que, de um lado, informam à população "modos de fazer" estabelecido pelo sistema médico oficial e que, de outro lado, munem os profissionais de saúde de elementos-chaves para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população.

A atuação do ACS, em vários municípios do país, lhe conferiu respeito e legitimação da população, porém não lhe deu a condição de ser institucionalizado com direitos trabalhistas garantidos. Mas, como ressalta (SIQUEIRA e SOUZA, 1997), a legitimação e a institucionalização são metas centrais nesse jogo. Nesse sentido, em julho de 2002, resultado de muitas discussões e também como uma forma de não encarar a verdadeira polêmica colocada nos debates sobre a inserção do ACS, – polêmicas que diziam respeito aos problemas referentes à vinculação institucional<sup>11</sup> – o Governo Federal

criou a Lei de Profissão de Agente Comunitário de Saúde – Lei 10.507, de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002).

O fato do ACS não realizar suas visitas mensalmente leva-nos a considerar que o fato de ele realizar outras atividades dentro do sistema de saúde, como cadastramento do cartão SUS, cadastramento do Programa Segurança Alimentar e cadastramento da Bolsa Escola, requer tempo e que ele saia de suas áreas, dificultando assim o cumprimento de suas atividades diárias e rotineiras.

Nesse sentido, o treinamento desses agentes deve muni-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.

É necessário treinar os ACS para realizarem procedimentos técnicos como medida de peso e altura de crianças, verificação do estado de vacinação das mesmas, além de desenvolverem atividades educativas visando à implementação de procedimentos saudáveis nas pessoas da comunidade, especialmente no que se refere a hábitos higiênicos e alimentares, entre outras ações. Nesse ponto, é imprescindível o desenvolvimento e/ou incorporação de novas tecnologias em saúde, sob pena de comprometimento na qualidade e efetividades das ações desenvolvidas (NUNES, 2002).

Por fim, é importante ressaltar que, apesar de os agentes atenderem às equipes nos aspectos práticos do funcionamento dos serviços de saúde, eles vêm também desenvolvendo importante trabalho na vigilância da saúde da população.

“O agente é uma peça importante para o desenvolvimento do PSF, assim sendo, cuidar desse trabalhador e valorizá-lo é de fundamental importância, pois aqueles que atuam e promovem saúde, ou seja, esses trabalhadores são um bem público, uma utilidade pública”(MACHADO,p10, 2000).

## **2.2 Educação e capacitação dos trabalhadores**

Com a preocupação de subsidiar a formação de ACS da Estratégia de Saúde da Família, este estudo teve como propósito construir um Programa de Educação para capacitar um grupo de agentes comunitárias de unidade São Pedro.

Esse modelo assistencial prioriza o trabalho multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, no qual todos devem se

identificar com uma proposta de atendimento que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo (BRASIL, 1997).

Os ACS possuem um papel muito específico que os difere dos demais membros da equipe. Antes de tudo, são pessoas que convivem com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde moram e trabalham, portanto identificam-se com a cultura, linguagem e os costumes de sua própria comunidade (NUNES, 2002).

Para que o trabalho do ACS tenha êxito é necessário que ele tenha conhecimento de sua importância e de todos os pré-requisitos necessários. Com isso programas de educação e capacitação são importantes para o trabalho desses agentes facilitadores da saúde.

A educação é um fenômeno complexo da existência humana. Por conseguinte, também tem muitas definições, compreensões ou explicações e acontece em diferentes lugares e de diversos modos.

*“Educação é conjunto das ações, processos, influências, estruturas, que intervêm no desenvolvimento humano de indivíduos e grupos na sua relação ativa com o meio natural e social, num determinado contexto de relações entre grupos e classes sociais” (LIBÂNEO, p. 22, 1998)*

Para Marques (p. 14, 1996),

*“A educação se cumpre num diálogo de saberes, não em simples troca de informações, nem em mero assentimento acrítico a proposições alheias, mas na busca do entendimento compartilhado entre todos os que participam da mesma comunidade de vida, de trabalho, de uma comunidade discursiva de argumentação” (MARQUES, p.14, 1996).*

Vários e distintos são os lugares e os processos da educação; diferentes são os lugares e os processos de produção de conhecimento, de aprendizagem, de desenvolvimento de habilidades. Muitas são as pedagogias. O homem educa e é educado, aprende e ensina em um processo de convivência com os seus semelhantes, seja por uma relação cooperativa, ou competitiva. Pelo conhecimento, pela educação, pela aprendizagem constrói os sentidos de sua existência. O conhecimento é produto da capacidade de pensar e viver o mundo, de atribuir significados à realidade, é criação humana, gerado no esforço por entender e fazer a vida. No processo da convivência social e, especialmente, no processo de produção de sua sobrevivência e afirmação, seja na

relação com a natureza ou com os demais seres humanos, o homem constrói conhecimento, processa educação, aprende e desenvolve capacidades.

A concepção de qualificação ou capacitação nasceu associada à concepção de desenvolvimento socioeconômico dos anos 50 e 60, da necessidade de planejar e racionalizar os investimentos do Estado no que diz respeito à educação escolar, visando, no nível macro, garantir uma maior adequação entre as demandas dos sistemas ocupacionais e do sistema educacional. Foi elaborada a partir dos cânones da "Teoria do Capital Humano", cujos principais expoentes foram economistas americanos como Theodore Schultz (1974) e Frederick H. Harbison (1974). Eles defendiam a importância da instrução e do progresso do conhecimento como ingredientes fundamentais para a formação do chamado *capital humano*, de *recursos humanos*, isto é, a solução para a escassez de pessoas possuidoras de habilidades-chave para atuarem nos setores em processo de modernização. Naquele contexto histórico, por *modernização* entendia-se a eleição e a adoção do modelo industrial capitalista como modo de produção, consumo, estilo de vida, e a integração a um padrão de desenvolvimento industrial adotado nos países capitalistas do ocidente.

No que diz respeito à qualificação do trabalho, pode-se distinguir duas conotações interdependentes e complementares, ainda que dialeticamente opostas: visões que pontuam o pólo da negatividade e outras que destacam o da positividade.

A qualificação ou capacitação profissional é entendida como um processo por meio do qual se efetiva um cruzamento estreito entre a aquisição da experiência adquirida e os conteúdos (saberes) necessários para fazer frente às situações e condições de trabalho, em geral suscetíveis de modificação, ao longo do tempo. Pode-se observar que o crescimento progressivo do conhecimento se realiza mediante procedimentos, análise, elaboração e transformação dos objetos da experiência; a aquisição de novos conhecimentos se configura como sendo o êxito de uma construção gradual em que se dá, por um lado, o crescimento qualitativo e quantitativo das informações adquiridas, o nível e grau de sofisticação de sua elaboração e, por outro, o ganho de consciência daquilo que se sabe, de como é possível desenvolver e transmitir o próprio saber (MEGHNAGI, p.65, 1992).

O processo de reorganização da economia mundial e as transformações técnico-organizacionais não só têm afetado as condições, os meios e as relações no trabalho, como

também estão associados à construção de novas formas de representação das noções de trabalho, qualificação, competência e forma profissional.

No Brasil, desde o início da década de 1990, vários estudos empíricos têm focado as transformações que estão ocorrendo nos diferentes setores da economia, constatando realidades diferenciadas, heterogêneas, contraditórias, mostrando que não é possível concluir, de forma linear e universal, que o caráter inovador das atuais transformações na base técnica e material do trabalho se expressa, também e genericamente, por ganhos de qualificação por parte dos trabalhadores (MACHADO, 1994).

Há, portanto, no nível das concepções e representações, um movimento no sentido de substituir a noção de qualificação pelo chamado modelo de competência.

A noção de competência é oriunda do discurso empresarial nos últimos dez anos, na França, e retomada em seguida por economistas e sociólogos. É uma noção bastante imprecisa e decorreu da necessidade de avaliar e classificar novos conhecimentos e novas habilidades gestadas a partir de novas exigências de situações concretas de trabalho, associada, portanto, aos novos modelos de produção e gerenciamento, e substitutiva da noção de qualificação ancorada nos postos de trabalho e das classificações profissionais que lhes eram correspondentes (HIRATA, 1994).

“a correspondência entre um saber, uma responsabilidade, uma carreira, um salário tende a se desfazer na medida em que a divisão social do trabalho se modifica . às exigências do posto de trabalho se sucede um estado instável da distribuição de tarefas onde a colaboração, o engajamento, a mobilidade passam a ser as qualidades dominantes” (HIRATA, 1994, p.125.)

O conceito de competência centra-se no caráter da qualificação com relação social. A partir desta perspectiva, qualificação definiu-se em situações histórico-sociais concretas, como resultado não só da dialética capital trabalho, nem do determinismo tecnológico, mas, sobretudo, das relações sociais, inclusive entre os próprios trabalhadores. Construir competências significaria, pois, definir posições no processo de trabalho, no mercado e na própria sociedade (LEITE, 1994).

Machado (1996, p.17) questiona o modelo de competência, argumentando que a centralidade deste reside no estabelecimento de paradigmas, lista de categorias de competências e de um conjunto de proposições dedutivas, originadas da identificação de

supostas tendências qualificadoras em função das quais o conjunto da força de trabalho é classificado e tomado como objetivo de intervenção de políticas de qualificação.

As referências às aptidões pessoais necessárias ao emprego, não é uma novidade. O que parece evidenciar-se é quanto menos empregos são estáveis e mais caracterizados por objetivos gerais, mais qualificações são substituídas por saber-ser. Observa-se o aumento de exigências de uma massa de conhecimentos e habilidades cada vez menos específicas diante de uma trabalho flexível e pouco previsível (HIRATA, 1994). Nesse sentido, há de se perguntar se a mobilização de aspectos da subjetividade do trabalhador no processo de trabalho tem como perspectiva a expansão das potencialidades humanas e a emancipação do coletivo.

De acordo com Deluiz (1996) para que isto se torne possível é necessário agregar ao conjunto das competências profissionais, as competências políticas que permitiriam aos indivíduos refletir e atuar criticamente sobre a esfera de produção, assim como na esfera pública, nas instituições da sociedade civil, constituindo-se como atores sociais dotados de interesses próprios que se tornam interlocutores legítimos e reconhecidos.

O Ministério da Saúde realiza vários programas com a missão de trazer a saúde para perto do cidadão e dar ao profissional a especialização necessária a fim de que ele possa exercer seu trabalho com mais qualidade.

Sabendo que a comunicação para a prevenção de doenças e promoção de saúde é importante, então, nada melhor do que poder contar com um ACS-comunicador, que saiba identificar as necessidades e tenha conhecimento para informar e esclarecer a população sobre as mais urgentes questões de saúde na comunidade e no Brasil.

Acreditamos que tanto o profissional de saúde como os indivíduos da comunidade são sujeitos do processo de educação em saúde. Nesse contexto, o profissional tem a oportunidade, em um primeiro momento, de desenvolver suas habilidades como facilitador do processo educativo no grupo. Posteriormente, perceberá como os sujeitos de suas ações de saúde se organizam dentro do contexto da comunidade em que vivem e conhecerá suas necessidades, dando-se conta do seu potencial como facilitador, também, nos processos de mudança da realidade necessários para que este contexto propicie escolhas saudáveis (FREIRE, 1983).

O paradigma da educação popular, inspirado originalmente no trabalho de Paulo Freire nos anos 60, encontrava na conscientização sua categoria fundamental. A prática e

a reflexão sobre a prática levaram a incorporar outra categoria não menos importante. Afinal não basta estar consciente, é preciso organizar-se para poder transformar.

Nos últimos anos, os educadores que permaneceram fiéis aos princípios da educação popular atuaram principalmente em duas direções: na educação pública popular, no espaço conquistado no interior do Estado, na educação popular comunitária e na educação ambiental ou sustentável, predominantemente não-governamentais.

Na formação continuada necessita-se de maior integração entre os espaços sociais (domiciliar, escolar, empresarial), visando equipar o indivíduo para melhor viver na sociedade do conhecimento.

As práticas da educação popular também constituem-se mecanismos de democratização, em que se refletem valores de solidariedade e de reciprocidade e novas formas alternativas de produção e de consumo, sobretudo as práticas de educação popular comunitária, muitas delas voluntárias. O Terceiro Setor está crescendo não apenas como alternativa entre o Estado burocrático e o mercado insolidário, mas também como espaço de novas vivências sociais e políticas hoje consolidadas com as organizações não-governamentais e as organizações de base comunitária (GODOTTI, 2000).

A partir do momento que esses profissionais são capacitados e esclarecidos para que possam promover a educação em saúde, é garantido a oferta qualitativa de profissionais, com um perfil adequado ao SUS e a toda a comunidade em que trabalha.

### 3. METODOLOGIA

A abordagem é do tipo descritivo com predominância qualitativa e teve como foco de investigação as formas de inserção no trabalho e a capacitação dos ACS da cidade de Muriaé-MG do PSF São Pedro, sendo entrevistados cinco ACS, um do sexo masculino e quatro do sexo feminino, apresentando uma faixa etária de 18 a 41 anos.

Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, no mês de agosto de 2007, seguindo um roteiro com 11 (onze) perguntas, respondidas no local de trabalho, sem interferência, significando uma conversa despretensiosa e neutra, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Para coletas de dados sobre o histórico do PSF local, foi realizada uma entrevista com uma das primeiras ACS da comunidade, cujo nome é Dejaine de Oliveira Braga, brasileira, casada, residente da comunidade São Pedro.

Foi assegurado a todos os entrevistados a liberdade para participação no estudo e o cumprimento dos preceitos éticos contidos na resolução 196/96 do CNS/MS, garantindo o anonimato e o retorno dos resultados do estudo.

A estratégia metodológica adotada constitui uma combinação da pesquisa/ação com a metodologia de reflexão/ação (MANFREDI, 1999), adotando os seguintes passos:

- Levantamento de problemas juntamente com os ACS pesquisados;
- Classificação e estabelecimentos das prioridades;
- Análise em profundidade dos problemas selecionados;
- Pesquisa-elaboração de um percurso de busca de informações e fundamentação teórica para compreender e resolver o problema;
- Discussão coletiva dos relatos;
- Construção de uma Guia Prática para auxiliar o trabalho do ACS.

Após aplicação dos questionários, foram realizadas reuniões com os ACS para esclarecer os trabalhadores sobre:

- O que é saúde e o que se faz necessário para que haja saúde;

- Políticas públicas de saúde;
- O trabalho dentro do PSF;
- O trabalho fora do PSF;
- Vestuário do ACS;
- Atividades realizadas pelo ACS.

As falas foram analisadas, considerando a análise de conteúdo apresentada, buscando estabelecer a interpretação das respostas, através da organização do material, encontro dos significados e estabelecimento de categorias. Assim, visando enriquecer a análise, foram citados trechos de algumas falas (POLIT e HANGLES, 1995).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

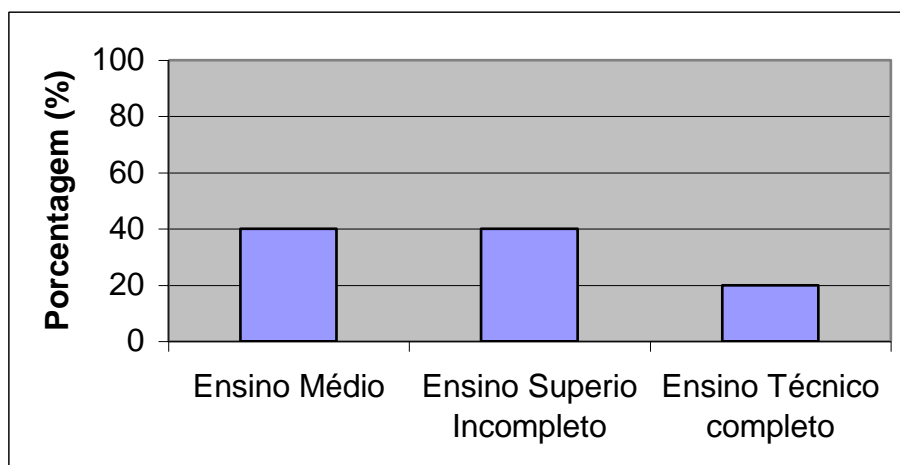
Quadro 1: Estado Civil dos Entrevistados

<b>Porcentagem (%)</b>	
Casados com filhos	20
Solteiros	80

A faixa etária apresentada foi de 18 a 41 anos, esse perfil etário mostra uma população economicamente ativa e jovem demonstrando que o PSF institui mudanças consideráveis no mercado de trabalho vistas as inúmeras oportunidades de emprego.

Foi detectado que, 25% eram do sexo masculino e 75% do sexo feminino, sendo 20% casados e possuem filhos e 80 % solteiros (Quadro 1), 40% referiram como grau de instrução o ensino médio completo, 40% como grau de instrução o ensino superior incompleto, 20% como grau de instrução o ensino técnico completo e 100% exerciam a função atual por um período de meses.

Gráfico 1: Nível de Escolaridade dos entrevistados



De acordo com o gráfico 1 a escolaridade destaca-se pelo percentual de agentes com ensino médio completo, quando o critério mínimo de escolaridade exigido pelo PSF para a função é saber ler e escrever (BRASIL, 2002).

Em relação ao local de moradia, 80% dos agentes não residiam no mesmo bairro onde está situada a Unidade de Saúde da Família, não atendendo ao critério preconizado pelo PSF.

Apenas 20% dos agentes moravam no mesmo bairro onde exercem a prática de serviço. O Ministério da Saúde estabelece como pré-requisito, que o agente deve estar morando, no mínimo, há dois anos no local onde trabalhará, ressaltando que são os únicos trabalhadores da APS que devem obrigatoriamente residir na área de atuação. Esse tempo de dois anos é solicitado como uma condição necessária para que o agente conheça a comunidade. Por outro lado, é importante considerar que a qualidade da relação entre agente e comunidade é apenas em parte determinada pelo tempo de sua residência no local, pois a sua empatia com a comunidade e vice-versa são fatores importantes para a integração desse trabalhador (BRASIL, 2002).

Todos os agentes possuem como vínculo empregatício o contrato com a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Muriaé-MG. Isso implica em gastos com o transporte e alimentação, já que os mesmos terão que utilizar um meio de condução para comparecer ao trabalho, podendo surgir atrasos ou o não comparecimento do trabalhador ao local por imprevistos e terão também que arcar com sua alimentação.

Os ACS ao responderem o questionário, tiveram como opções mais citadas:

- Desenvolver atividades de educação em saúde;
- Estimular a organização da comunidade e realizar ações básicas de saúde de acordo com seu nível de competência, por meio de visitas domiciliares.

As referidas atribuições são compatíveis com o conteúdo formal repassado no treinamento introdutório concebido pelo Ministério da Saúde para o exercício da atividade.

Dentre as medidas indicadas, que contribuiriam para melhorar o seu desempenho se encontram a necessidade do acompanhamento de outro profissional de nível superior durante a visita domiciliar; a redução do número de visitas domiciliares; meios de transporte para os locais muito distantes; melhoria salarial; material para o trabalho; além da necessidade de realização de alguns procedimentos de enfermagem (como por exemplo, a aferição de pressão arterial e de prestar primeiros socorros).

Durante a pesquisa foi pedido para que os ACS pontuassem as responsabilidades do seu cargo, onde obtivemos as seguintes respostas:

*“Limpeza do Posto, entrega de encaminhamentos, visitas domiciliares, marcação de consultas, relatórios, produção e recepção de pessoas.” (ACS 1)*

*“Receber aos pacientes da melhor forma possível e promover a saúde de minha comunidade de um modo em geral.” (ACS 2)*

*“Manter atualizado o sistema de informações, atender com qualidade a necessidade do usuário, respeitando as diferenças, educar em saúde a população, tratar com seriedade os problemas individuais, instruir coletivamente na qualidade de vida de nossos clientes e familiares.”(ACS 3)*

*“Visita domiciliares, marcação de consultas, entrega de encaminhamentos, relatórios, produção, recepção e limpeza.” (ACS 4)*

*“Fazer visitas domiciliares diariamente, marcação de consultas, entrega de fichas de consultas, entregar os relatórios e a produção do mês. Orientar as famílias sobre o funcionamento do posto.”(ACS 5)*

No momento em que os sujeitos da pesquisa são indagados sobre suas atribuições, relatam com uma maior frequência a *visita domiciliar*, sendo este o seu principal

instrumento de trabalho. Consiste de no mínimo, uma visita mensal a cada família cadastrada (BRASIL, 2000).

Realizar visitas domiciliares consiste no trabalho com a família, já que esta é o principal foco de trabalho dos profissionais da saúde da família.

De acordo com Wagner *et al.* (2001), a divisão didática das diferentes etapas de um trabalho com famílias consiste: associação, avaliação, educação e saúde, facilitação e referência. Daremos ênfase, neste momento, às etapas de associação e educação em saúde. Associar-se com o outro é o requisito fundamental para a construção do processo terapêutico almejado e, através de uma comunicação adequada, iniciar um processo de educação em saúde que as leve ao um desenvolvimento do autocuidado e de hábitos de vida mais saudáveis.

A concepção teórica do modelo de atenção à saúde centrada na família, a partir de seu ambiente físico e social, enfatizado no PSF, pode ter influenciado a representação das falas das agentes.

O Ministério da Saúde, ao relatar as atribuições específicas do ACS explicita que este funciona como elo entre a equipe de saúde e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção de saúde. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (BRASIL, 2000).

Um atributo frequentemente associado à profissão de ACS e que se constitui como referência para a sua identificação é a realização de visitas domiciliares que, embora não privativa destes profissionais, têm um significado grande para a profissão, ocupando quase que integralmente a jornada de trabalho do ACS.

O ACS entra exatamente para cumprir o desafiante papel de ser ponte, de amalgamar campos formados pelos profissionais “donos do saber biomédico” e pela demanda espontânea da população que busca atendimento.

Quando indagados sobre o tipo de relacionamento mantido entre a equipe, 80% disseram ser ótimo e 20% disseram ser bom.

O plano de trabalho das equipes deve contemplar a interação entre seus profissionais de tal forma que possam acolher a população e resolver, na própria Unidade Básica de Saúde da Família, as questões e os problemas mais frequentes relacionados à saúde daquela população. Para isso, a equipe deve estar integrada e motivada para atuar em PSF (PEDUZZI, 1998).

Foi pedido para que os ACS pontuassem também o que deve ser feito para melhorar o ambiente de trabalho e seu relacionamento com os usuários da Unidade Básica de Saúde em que trabalha, com isso obtivemos as seguintes falas:

*“Respeito dos usuários, organização das formas de trabalho, maior participação dos demais profissionais, menos pressão, estabilidade profissional, valorização dos SUS, motivação da equipe, mais empenho.” (ACS 1)*

*“Mais solidariedade e menos limitação física das consultas.” (ACS2)*

*“Um pouco de dedicação e solidariedade.” (ACS 3)*

*“Entendimento e compreensão mútua.” (ACS 4)*

*“Não tenho problemas com os colegas de trabalho e nem com os usuários do posto, mas um pouquinho a mais de solidariedade deixaria os usuários mais satisfeitos com o atendimento.” (ACS 5)*

A partir dessas falas percebe-se que há preocupação com a estabilidade profissional, uma vez que o vínculo empregatício é realizado através de um contrato. A preocupação com atendimento populacional também podem ser observada. A necessidade de trabalho em equipe para que ocorra trocas de idéias e experiências, possibilitando o planejamento e implementação de ações conjuntas que atendem as necessidades da comunidade.

A atuação dos agentes comunitários de saúde, em vários municípios do país, lhes conferiu respeito e legitimação da população, porém não lhes deu a condição de serem institucionalizados com direitos trabalhistas garantidos. Mas, como ressalta Siqueira e Filho (1997), a legitimação e a institucionalização são metas centrais nesse jogo.

Nesse sentido, em julho de 2002, resultado de muitas discussões e também como uma forma de não encarar a verdadeira polêmica colocada nos debates sobre a inserção do ACS, polêmicas que diziam respeito aos problemas referentes à vinculação institucional – o Governo Federal criou a Lei de Profissão de Agente Comunitário de Saúde – Lei 10.507, de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002).

“Desde sua inauguração como política de governo, a inserção do agente comunitário de saúde (ACS) na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado polêmica a respeito da forma mais adequada de relações de trabalho que deve ser adotada para que se possa contar de modo sustentável com esse tipo de recurso humano. Essa polêmica é alimentada, em parte, pela demanda de atendimento a direitos trabalhistas e sociais, visto que, atualmente, em sua grande maioria, os ACS estão submetidas a relações informais de trabalho. Também surge do fato que algumas das alternativas propostas – tal como sua admissão ao quadro de servidores públicos – são muitas vezes encaradas como inadequadas para uma função que exige um relacionamento estreito e permanente com a comunidade onde esses trabalhadores são recrutados. Essa discussão tendo ocorrido reiteradamente em âmbito nacional e municipal, ficou conhecida como “a questão das modalidades de contratação” (NOGUEIRA et al., p.1, 2000).

No entanto, é importante compreender que a criação da profissão não é solução para o problema originado pelas diversas formas de vinculação institucional, desse trabalhador, ao SUS ou, melhor dizendo, para a precarização do trabalho.

Foi indagado ao ACS sobre o conhecimento das indicações dos medicamentos que são distribuídos em sua Unidade Básica de Saúde, uma vez que o acesso da população aos medicamentos é um componente importante de inclusão social, de busca da equidade e de fortalecimento do sistema de saúde. A necessidade desse conhecimento se faz, pois são os ACS responsáveis pela sua distribuição na comunidade em que trabalham.

*“Sim. Conheço quase todos.” (ACS 1)*

*“Sim.” (ACS 2)*

*“Nem todos, só alguns”. (ACS 3)*

*“Quase todos.” ACS 4)*

*“Sim. Quase todos.” (ACS 5)*

No Brasil, a queda da mortalidade geral e, em particular, da mortalidade infantil, associada à queda nas taxas de fecundidade (redução de 60%, entre 1940 a 2000, e de 16%, desde 1991) resultaram no aumento da expectativa de vida e no envelhecimento da população brasileira (IBGE, 2003). O crescimento do número de idosos na população tem repercussões importantes no sistema de saúde, na medida em que utilizam largamente os serviços, além de demandarem ações específicas do sistema.

As doenças do aparelho circulatório passaram a ser a principal causa de morte a partir da década de 60, superando a mortalidade por doenças transmissíveis (BRASIL, 2002).

No sentido de atender essa nova faixa etária e a portadores doenças degenerativas, o MS implementou a Política Nacional de medicamentos, sendo esses oferecidos no âmbito do PSF.

Para o MS, um dos requisitos fundamentais à implantação da Política Nacional de Saúde é garantir à população o acesso aos medicamentos eficazes, seguros e de qualidade e na quantidade necessária, ao menor custo possível. Com esse objetivo, o MS e os gestores do SUS, nos âmbitos estadual e municipal/Distrito Federal, têm enviado esforços no sentido de implementar a Política Nacional de Medicamentos, aprovada em 1998. Com isso observamos a necessidade de conhecimento sobre os medicamentos distribuídos no PSF que os ACS trabalham.

Quanto ao relacionamento entre o profissional e a comunidade, eles relatam que através das estratégias desenvolvidas no PSF houve maior aproximação, gerando vínculos, possibilitando conhecer a realidade vivida pela população e transformando-a em co-responsável pelas ações de saúde desenvolvidas em sua área de atuação, podemos observar as seguintes falas:

*“A oportunidade de comunicação com a população, respeito, as competências profissionais, responsabilidade da equipe, educação dos coordenadores, incentivo da população.” (ACS 1)*

*“O feedback positivo das pessoas quanto ao meu trabalho.” (ACS 2)*

*“O convívio com as pessoas.” (ACS 3)*

*“Relação entre amigos e pacientes.” (ACS 4)*

*“O companheirismo da equipe, a boa convivência com os pacientes.” (ACS5)*

Da Matta (p.23, 1991) chama atenção para o fato de que uma consequência notável desse modelo no nosso país é que pode-se afirmar que aqui *“um indivíduo isolado e sem relações é considerado altamente negativo, revelando apenas solidão de alguém que, sem ter relações, é um ser humano marginal”*. Nesse sentido, o autor conclui que no Brasil, *“é a relação que explica a perversão e as variações da noção de cidadania, pois se o*

*indivíduo não tem nenhuma ligação com pessoa ou instituição de prestígio na sociedade, ele é tratado como inferior"* (DA MATTA, p.23, 1991).

Nesse ponto do argumento, podemos retomar a discussão acerca da posição e dos significados assumidos pelo ACS nesse universo relacional, e dos resultados destes na sua prática concreta. É importante ressaltar que essa dinâmica atravessa as interações que envolvem os outros membros da equipe de saúde da família, na experiência que esse programa oferece de relacionar-se além das fronteiras do posto de saúde. As fronteiras se alargam, a lógica das interações se transforma. A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos.

O enfermeiro no contexto do PSF tem o papel de realizar cuidados diretos de enfermagem, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a UBS, supervisão e coordenação das ações dos ACS e de auxiliares de enfermagem. Ele não só é responsável por proteger o paciente dos erros decorrentes de imprudência, imperícia e negligência da equipe de enfermagem, mas também, de todo e qualquer membro da equipe de saúde e é seu dever cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e a legislação da profissão (BRASIL, 2001).

Por essa razão, na presença de dificuldade no ambiente de trabalho, os ACS recorrem a este profissional. Podemos perceber nas seguintes falas ao serem indagados:

*"A enfermeira."* (ACS 1)

*"Aos meus colegas, enfermeira, auxiliar, fisioterapeuta, todos em geral."*  
(ACS 2)

*"Aos ACS, a enfermeira chefe, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta. Afinal somos todos uma equipe."* (ACS 3)

*"Muitas das vezes ao colega de trabalho que tem experiência e capacitação."* (ACS 4)

*"Recorro a Ruth, enfermeira chefe ou aos colegas de trabalho."* (ACS 5)

No final do estudo foi desenvolvido um Guia Prático para o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, constituindo um instrumento operacional formulado com o intuito

de fornecer informações sobre o seu trabalho na saúde da Família. Esse Guia representa o produto final deste trabalho.

Construído com a orientação teórica de promoção à saúde e pensado como um instrumento facilitador de ações de educação em saúde, o Guia apresenta temas relativos ao significado do ser ACS, trabalho em equipe, o papel do ACS na Saúde da Família e como desempenhá-lo da melhor forma possível, sendo posteriormente distribuído a população estudada.

Podemos perceber que o PSF está sendo importante para a mudança dos paradigmas do sistema de saúde vigente. Isso vai diretamente ao encontro com o preconizado pelas políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde, por ocasião da sua implementação, pois ele permite uma visão mais ampla do processo saúde-doença, oportuniza um atendimento humanitário, estabelece vínculos e faz com que a população seja co-responsável pelas suas ações. Nesse processo são enfocadas as ações de promoção e prevenção da saúde, satisfação da população, qualidade de vida, exercício da cidadania, tendo como um de seus pontos fortes o trabalho em equipe multiprofissional e sua relação com a população. O processo de trabalho desses profissionais visualiza o indivíduo na família e comunidade como um todo integrado, onde os problemas devem ser detectados através da interação e resolvidos com a participação de todos.

Assim, podemos dizer que o trabalho do ACS, está intrinsecamente ligado ao papel social que desempenha dentro da comunidade e ao reconhecimento deste.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os objetivos que nos norteiam nesta pesquisa, caracterizamos e capacitamos os Agentes Comunitários de Saúde que compõem a Equipe de Saúde da Família do Núcleo São Pedro, bem como, analisamos as repercussões que o desenvolver do seu trabalho tem lhe trazido.

A partir de uma perspectiva qualitativa, com base em entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde, procuramos apreender alguns aspectos relevantes a sua prática.

Os Agentes Comunitários de Saúde são em 75% do sexo feminino, pertencendo a uma faixa etária de 18 a 41 anos, sendo 20% casados e possuem filhos, 40% referiram como grau de instrução o ensino médio completo, 40% como grau de instrução o ensino superior incompleto, 20% como grau de instrução o ensino técnico completo e 100% exerciam a função atual por um período de meses. Dos entrevistados 80% dos agentes não residiam no mesmo bairro onde está situada a Unidade de Saúde da Família, não atendendo ao critério preconizado pelo PSF.

Ressaltamos que a qualificação e a profissionalização contribuem para a satisfação pessoal e profissional deste trabalhador, que tem buscado a construção da sua identidade, como também um crescimento humano e profissional.

No entanto, vale apontarmos para o risco de reprodução dos Agentes Comunitários de Saúde em técnicos de saúde puramente, e não de cidadãos, quando não há a reflexão da formação e capacitação segundo a perspectiva da Atenção Primária a Saúde.

A idéia de um trabalho simplificado é banida do seu cotidiano, e busca, com essa prerrogativa, expor o quão complexo é o seu trabalho.

O estudo nos revelou que o Agente Comunitário de Saúde, para falar de seu trabalho, remete-se ao trabalho de equipe e individual, mantendo boas relações com os demais profissionais de saúde local.

O Guia Prático desenvolvido para auxiliar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, dentro da saúde da Família, deve ser mais que um material de orientação, deve ser um verdadeiro instrumento de mobilização social, pois o envolvimento de todos nessa política de desprecarização, seleção e formação dos Agentes deve ser entendido como uma necessidade fundamental para finalmente desencantarmos Sistema Único de Saúde no Programa de Saúde da Família.

Finalmente, entendemos que neste estudo pudemos apreender elementos importantes para a reflexão da atenção à saúde da família e organização das equipes da saúde da família e contribuir no direcionamento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, N. C. **Treinamento de pessoal de saúde pública: 23 anos de experiência da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública 1942-1965**. Rio de Janeiro: Estado da Guanabara, 1966.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acesso aos Medicamentos, Compras Governamentais e Inclusão Social. **Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica**. Brasília, DEZ/2003. Disponível em [http://www2.desenvolvimento.gov.br/arquivo/sdp/proAcao/forCompetitividade/NotasTecnicas/Anexo\\_2.pdf](http://www2.desenvolvimento.gov.br/arquivo/sdp/proAcao/forCompetitividade/NotasTecnicas/Anexo_2.pdf). Acesso em: 21/08/2008.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Legislação do exercício profissional da enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 2001. 45p. Código de ética da enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2001. 30p

BRASIL. Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975. **Dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde**, 17 de julho de 1975. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/16229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16229.htm). Acesso em 24 de maio de 2008.

BRASIL. Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993. **Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**, 27 de julho de 1993. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18689.htm). Acesso em 24 de maio de 2008.

BRASIL. Lei nº 6.316 de 17 de dezembro de 1975. **Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**, Brasília, 17 de dezembro de 1975. Disponível em: [http://www.Crefito4.com.br/lei\\_6316.htm](http://www.Crefito4.com.br/lei_6316.htm). Acesso em 11 de jan.2008.

BRASIL. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. **Dispõe sobre a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde**, Brasília, 10 de julho de 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saudedafamilia/portarias>. Acesso em 10 de jan.2008.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Cadernos de atenção básica. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde - Funasa. **Situação da Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis no Brasil**. BRASÍLIA, SET/2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde** (NOB-SUS 11:96). Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de saúde da família. Brasília; 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da saúde; 1990. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. Acesso em: 05/04/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – PSF**. 2004. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/psf/equipes/quantos.asp>>. Acessado em 16/07/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde em família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

CAMPOS, G. W. S. **Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas de saúde no SUS**. In Fleury, S. (org.). Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CARVALHO, G. I., SANTOS, L. **SUS: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)**. 4ª ed. Campinas: Unicamp, 2006.

CREFITO-4. **Código de Ética do Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte, 1996.

DA MATTA, R. **Relativizando Uma Introdução à Antropologia Social**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Rocco;1991.

DELUIZ, N. **A globalização econômica e os desafios à formação profissional**. In: Boletim Técnico do SENAC. Rio de Janeiro, nº 22(2), maio/ago./1996, p.15-21.

DURHAM, E. **A família operária**: consciência e ideologia. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v.23, n. 2, p 201-211. 1980.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S., MERHY, E. E. **O acolhimento e os procedimentos de trabalho em saúde: o caso Betim/MG**. Cadernos de Saúde Pública, n15, junho de 1999. Rio de Janeiro: Ensp.

FREIRE P. **Educação e mudança**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983. 79 p .

GADOTTI, M. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

HARBISON, Frederick H. "**Mão-de-obra e desenvolvimento econômico: Problemas e estratégia**". In: PEREIRA, Luiz (org.). Desenvolvimento, trabalho e educação. 2ª ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1974.

HIRATA, H. "**Da polarização das qualificações ao modelo de competência**". In: FERRETTI, C.J. Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar. Petrópolis, Vozes, 1994, p.124-138.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Vou te contar**. Revista do Censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/revista9.pdf> Acesso em: jan.2008.

IBGE. Instituto de Geografia e Estatística. 2003. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php> Acesso em: jan. 2008.

LEITE, E.M. "**O resgate da qualificação**". Tese de doutoramento. Sociologia. FFLCH/USP,1994.

LIBÂNEO, J. C. **Pedagogia e pedagogos, para quê?** São Paulo: Cortez, 1998.

LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; ELDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

MACHADO, M.H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

MANFREDI, S.M., **trabalho, qualificação e competência profissional**- das dimensões conceituais e políticas. Educação e sociedade. v. 19, n.64, Campinas, Set. 1999. Acesso em: agosto de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010173301998000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

MARQUES, M.O. **Educação/interlocução, Aprendizagem/reconstrução de saberes**. Ijuí: Editora Unijuí, 1996.

MEGHNAGI, S. **La competenza esperta** - sapere professionale e contesti di lavoro. Roma, Ediesse, 1991.

MERHY, E. E.; JÚNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o sus no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.; D. ELIA, J. C.; SUITONE, E. **Programa de agentes de saúde do Ceará: estudo de caso**. Fortaleza: UNICEF, 1990.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis** – o agente comunitário de saúde. Disponível em: [www.unb.br/ceam/nesp/polrhs](http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs) . Acesso em 09 de junho de 2008.

NUNES, M.O. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem hídrico e polifônico**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18 n.6, p 2-7, nov. 2002.

OLIVEIRA, J.L.C.; SALIBA, N.A. **Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes**. *Ciênc. saúde coletiva*, Sept./Dec. 2005, vol.10 suppl, p.297-302.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alma Ata 1978-Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde**. Brasil: OMS/UNICEF,1979.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. [Tese] Campinas (SC): Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; 1998.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SAMPAIO, L.F.R.; LIMA P.G.A. **Biblioteca virtual em salud**, <http://saudepublica.bvs.br>, 2002.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil – Fundamentos para uma Ação Preventiva e Perspectivas Profissionais**. 2 ed. São Paulo: Manole Ltda; 1999.

SCHRAIBER, L. B. **A profissão de ser médico**. In: Canesqui AM, organizador. *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec; 2000.

SCHULTZ, T.W. **"Educação como investimento"**. In: PEREIRA, Luiz (org.). *Desenvolvimento, trabalho e educação*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1974.

SILVA, D.W.; TRELHA, C.S.; ALMEIDA, M.J. **Reflexões sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da família**. Olho Mágico, 2005.

SILVA, J. A. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. 211 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

SILVA, M. J. **Agente de saúde: agente de mudança? A Experiência do Ceará. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC/Fundação de Pesquisa e Cultura, 1997. 120 p.**

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M. - **O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.2, n.1, jan/jun.2000.

Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 14 de agosto de 2007.

SIQUEIRA, D.E.; POTENGY, G. F. CAPPELIN, P. **Relações de Trabalho, Relações de Poder.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

SOUZA, H.M. **Programa saúde da família: entrevista.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2000; 53 : 7-16.

SOUZA, R.A.; CARVALHO, A. M. **Programa de saúde da Família e Qualidade de Vida: um olhar da Psicologia,** Natal, v.8 n.3, p. 2-5, dez. 2003.

SOUZA, R. R. **A regionalização no contexto atual das políticas públicas de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, nº2, p. 13-18, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária, equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VIANA, A.L.D.; POZ, M. R. D., **A reforma do sistema no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis;. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.2-3, 2005.

WAGNER, H. L.; WAGNER, A. B. P., TAALBOLT, Y., OLIVEIRA, E. **Trabalhando com as famílias em Saúde da Família.** Rev. Atenção Primária à saúde, Juiz de Fora, v. 3, n.8, p. 10-14, 2001.

**ANEXOS**

