

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção”

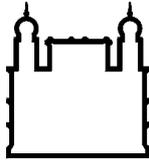
por

Jucineide Proença da Cruz Schmidel

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Rio de Janeiro, novembro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção”

apresentada por

Jucineide Proença da Cruz Schmidel

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Marilurde Donato

Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Stiebler Vieira

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S348 Schmidel, Jucineide Proença da Cruz
Formação do agente comunitário de saúde na reorganização da
atenção primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção. /
Jucineide Proença da Cruz Schmidel. --Rio de Janeiro: s.n., 2009.
xi, 112f.

Orientadora: Tavares, Maria de Fátima Lobato
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1.Formação de Recursos Humanos. 2.Auxiliares de Saúde
Comunitária - educação. 3.Competência Profissional. 4.Promoção da
Saúde. 5.Atenção Primária à Saúde. 6.Pesquisa Qualitativa. I.Título.

CDD - 22.ed. – 362.12098172

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Maria de Lourdes (in memoriam) e Anízio (in memoriam), que nunca mediram esforços para que seus filhos se aprimorassem nos estudos, minha gratidão pelos ensinamentos e valores recebidos que me conduziram até aqui.

As minhas filhas Thamires e Luana pela paciência e cooperação que tiveram durante a trajetória percorrida nos desafios do estudo, até chegar ao destino final. A vocês filhas querida, que participaram comigo desta construção. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus presença constante em minha vida, e por ter me proporcionado esta oportunidade de aprimoramento profissional. Porque dele, e por meio dele, e para Ele são todas as coisas. A Ele, pois, a glória.

Às minhas filhas e ao meu esposo Pedro pela ajuda ao assumir a responsabilidade da casa nas minhas ausências.

Aos meus irmãos e queridas irmãs Janice e Alvina Cândida que muito me ajudaram nos momentos especiais em que precisei de apoio.

Ao Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho, Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pelo empenho incansável no decorrer do Curso, e pela sua presença constante. É uma honra conhecer um homem com tamanha força e coragem.

Ao Prof. Dr. Sérgio Pacheco de Oliveira, pelo seu companheirismo, amizade, competência e atenção, dedicado à turma. Foi muito bom tê-lo conhecido.

Ao Corpo docente do Curso de Mestrado profissional, por nos ter mostrado outros horizontes do conhecimento a serem conhecidos.

A minha orientadora, Prof^a. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares (Fafá), pela contribuição na orientação, com competência, conhecimento, respeito, que como orientadora e amiga soube conduzir este trabalho, e não mediu esforços para a realização do mesmo. Meu carinho especial.

À Luzimar de Fátima Caetano, Secretária do curso, pelo apoio durante o estudo, atendendo-nos em todos os momentos, com alegria e disposição.

À Prof^a. Ena Galvão, pela realização deste mestrado que junto conosco sonhou e fez deste sonho uma realidade. Obrigada.

A Rose Maria Peralta Guilherme Fava, Diretora da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, pelo apoio recebido durante esta jornada.

A Valéria Binato Depes Santili, Coordenadora de Formação Técnica em Saúde, pelo seu incentivo, amizade, cooperação e apoio.

Aos colegas de mestrado pela união, amizade, companheirismo no decorrer desta caminhada e que juntos contribuíram para a realização de cada um dos trabalhos. Vivemos momentos de confraternização que sempre serão lembrados.

Ao Ministério da Saúde, em especial a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, pelo apoio financeiro, que possibilitou este mestrado profissional através de investimento nos profissionais.

Aos colegas da Coordenadoria de Formação técnica, Noíse, Esmeralda, Graça, Cacilda, Neide, Antonina (Nina), Rita, Agnelo, Wanderley, Daniele, José de Figueiredo, Venâncio e Andréia que se disponibilizaram no cumprimento do serviço para que pudéssemos ter maior aproveitamento no curso.

As amigas de mestrado Eliete, Márcia, Lissandra, Nídia, Nilene e Vanessa, pelos laços construídos nessa caminhada, de amizade, companheirismo, e com vitórias conquistadas por todas nós.

A Eliete, Márcia e Lissandra companheiras de trabalho na formação técnica, e que juntas traçamos uma história, onde nos conhecemos mais e aprendemos mais. A amizade é um dom maravilhoso, e que devemos cultivá-la sempre.

Aos colegas e amigos da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso e do Pronto Socorro Municipal, pela força e pela energia positiva em relação a esta jornada.

As irmãs Maria Amélia e Anacleta do Pensionato Maria Adelaide, que deixou-nos saudades dos momentos vividos lá.

A Maria Coutinho pela gentileza de revisar o documento final

Às prof^a Dr.^a Ana Luíza Stiebler Vieira e Marilurdes Donato, da banca examinadora, pelas valiosas contribuições neste estudo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, que participaram desta pesquisa, compartilhando suas experiências, opiniões, anseios. Meu muito obrigado.

A todos que colaboraram para a realização deste trabalho. Esta experiência foi e será inesquecível em minha vida.

*“A mente que se abre a uma nova idéia
Jamais voltará ao seu tamanho original”
Albert Einstein*

RESUMO

SCHMIDEL, Jucineide Proença da Cruz. Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção. Rio de Janeiro, RJ. 2009. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, 100 f

Este estudo buscou analisar a percepção do agente comunitário de saúde sobre a formação recebida e a possibilidade de aplicação/mobilização das competências requeridas para mudanças no processo de trabalho. A educação para o trabalho é considerada uma estratégia para a transformação social, implicando em reformulação de estratégias para tornar os trabalhadores profissionais comprometidos, formando-os em processos educativos direcionados para competências, sob os princípios da humanização e foco no trabalho, locus em que se evidencia e se desenvolvem as necessidades de reorientação do desempenho do trabalhador de saúde. Para isso buscou-se conhecer as percepções dos ACS, egressos do módulo I, formação inicial do curso técnico de agente comunitário de saúde, em relação aos conceitos de saúde e promoção da saúde, processo de trabalho e competência profissional e formação dos agentes comunitários de saúde. Partiu-se da premissa de que os processos de formação dos Agentes Comunitário de Saúde, não atende às necessidades da comunidade e da estratégia saúde da família, uma vez que em sua maioria ocorrem de forma desarticulada do contexto das práticas. Os sujeitos da pesquisa foram agentes comunitários de saúde egressos do curso de formação inicial em agente comunitário de saúde, integrantes de equipe saúde da família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como instrumento central de coleta de dados o grupo focal e técnicas complementares a observação participante e a análise documental. Os dados obtidos foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Evidencia-se que o conceito de saúde na percepção do ACS, não está presente a abordagem biomédica, curativa, como ausência de doença, mas há uma ampliação para além ao entender a saúde como um direito fundamental para as condições de saúde e qualidade de vida. Consideraram os determinantes sociais da saúde (DSS) como fatores primordiais que intervêm sobre o campo da saúde e também a necessidade de políticas públicas intersetoriais como fator estruturante para uma boa qualidade de vida. Quanto à promoção da saúde evidenciou-se as fragilidades na sua aplicação no processo de trabalho. Os trabalhos educativos são fatores de transformação dos comportamentos dos indivíduos. Foram ressaltadas as questões intersubjetivas no trabalho com dados prescritos e real, cujos enfrentamentos no processo educativo são poucos aproveitados. E desenvolver ações participativas. Quanto ao processo de trabalho evidenciou-se distanciamento entre sua atuação e as barreiras organizacionais, havendo necessidade de uma maior articulação entre ACS e equipe do serviço para que se efetive um trabalho em equipe com planejamento das ações. Como eixo central do trabalho está o acolhimento, acessibilidade e trabalho em equipe. Em relação à competência existe uma dificuldade no seu entendimento, embora o curso conseguisse trabalhar os conhecimentos necessários para a prática da profissão.

Palavras-chave: Trabalho e formação; Competência profissional; Promoção da Saúde; Trabalho em equipe; Conceito de saúde.

ABSTRACT

SCHMIDEL, Jucineide Proença da Cruz. Training of Community Health Agents in the reorganization of Primary Health Care with a perspective of changing the health care model. Rio de Janeiro, RJ. 2009. Dissertation (Professional Masters Work Management and Health Education) – National School of Public Health Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz, 100 f

This study aimed at analyzing the health community agent's perception about the training received and the possibility of application/mobilization of the competences required for changes in the work process. Education for work is considered a strategy for social changes, implying in reformulation of strategies to make the Professional workers become committed, training them in educative processes directed towards competence, under the humanization principle and focused on work, locus where it appears and where the needs are developed for reorientation of the health worker's performance. For this purpose, we sought to learn the ACS perceptions, module I graduates, initial training of the technical course of community health agent, in relation to health concepts and health promotion, work process, professional competence and training of the community health agents. It started from the premise that the training processes of the Community Health Agents, does not meet the needs of the community and the strategy family health, since most of them occur in a way disconnected from the context of the practices. The subjects of the research were health community agents, students that had finished the beginner's training course in health community agents, belonging to the health family team. It is a qualitative research that had as central tool of data collection the focal group and complementary techniques of participant observation and the documental analysis. The data obtained were analyzed according to the technique of content analysis proposed by Bardin. The concept of health in the ACS perception, does not present the curative, biomedical approach as absence of the disease, but it goes further when understanding health as a fundamental right for health conditions and quality of life. The social determinants of health (DSS) were considered as the main factors that interfere in the health field and also the need for intersectorial public policies as a structuring factor for a good quality of life. Regarding health promotion the frailties in its application in the work process became evident. The educational works are transformation factors of the individuals' behavior. The intersubjective issues in the work with real and prescribed data, whose discussions in the educative process are not very well used were highlighted. And develop participative action. The work process revealed a gap between its performance and the organizational barriers, with the need of a greater articulation between ACS and the service team so that a team work with planning of the actions becomes effective. As the central axis of the work are receptiveness, acessibility and team work. In relation to competence there is difficulty in its understanding, although the course could work the necessary knowledge to practice the profession.

Key-words: Work and training; Professional Competence; Health promotion; Team work; Health concept. Health Work

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Resumo | v |
| Abstract | vi |
| Lista de Abreviaturas e Siglas | ix |
| Lista de Quadros | xi |
| Capítulo I | 12 |
| 1.1 Introdução | 13 |
| 1.2 Objetivo Geral | 20 |
| 1.3 Objetivos Específicos | 20 |
| Capítulo II | 22 |
| 2. Justificativa | 23 |
| Capítulo III | 25 |
| 3. Fundamentação Teórica | 26 |
| 3.1 Trabalho e Formação profissional | 26 |
| 3.2 A Natureza do trabalho em equipe e os requisitos de formação com base no ensino por competência | 29 |
| 3.3 Promoção da Saúde e Estratégia Saúde da Família | 34 |
| Capítulo IV | 42 |
| 4. Percurso Metodológico | 43 |
| 4.1 Introdução | 43 |
| 4.2 O Método | 43 |
| 4.3 Cenário da Pesquisa | 44 |
| 4.2.1 Setor Saúde | 44 |
| 4.4 Coleta de Dados | 46 |
| 4.5 Os Sujeitos da Pesquisa..... | 47 |
| 4.6 Análise dos Dados | 49 |
| 4.7 Considerações éticas | 50 |
| Capítulo V | 51 |
| 5 Resultados e Discussões..... | 52 |
| 5.1 Introdução | 52 |
| 5.2 Conceitos de saúde e Promoção da Saúde | 52 |
| 5.2.1 Conceito de Saúde | 52 |
| 5.2.2 Promoção da Saúde | 54 |
| 5.3 Processo de Trabalho dos ACS | 56 |
| 5.3.1 Acolhimento e Humanização | 57 |
| 5.3.2 Acessibilidade | 58 |
| 5.3.3 Trabalho em equipe | 59 |
| 5.4 Competências profissionais e Formação dos agentes | 60 |
| 5.5 Contextualizações das Bases Legais da Profissionalização | 61 |
| 5.5.1 Na Perspectiva do Processo de Trabalho | 64 |
| 5.5.2 Na Perspectiva da Competência profissional | 67 |
| 5.5.3 Na Perspectiva do Conceito ampliado de saúde..... | 67 |
| 5.5.4 Na Perspectiva da promoção da saúde | 68 |
| 5.5.5 Contextualização do Curso de formação do Agente Comunitário de Saúde pela ESPMT | 70 |
| 5.6.1 Estruturação do curso | 71 |
| 5.6.2 Avaliação x Competência | 74 |

| | |
|---|-----|
| Capítulo VI | 76 |
| 6. Proposições..... | 77 |
| Capítulo VII | 79 |
| 7. Considerações Finais..... | 80 |
| Capítulo VIII | 94 |
| 8. Referências..... | 83 |
| Apêndices | |
| Apêndice A Protocolo de Roteiro do Grupo Focal para ACS | 102 |
| Apêndice B Diário de campo da observação participante | 103 |
| Apêndice C Termo de consentimento livre e esclarecido | 104 |
| Anexos | |
| Anexo I Atribuições dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS, elencados na Portaria 648/06 (Política Nacional de Atenção Básica) | 106 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CEB – Câmara de Educação Básica

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

COFTES – Coordenadoria de Formação Técnica em Saúde

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNES – Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

EP – Educação Profissional

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESPMT – Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

ETS – Escola Técnica de Saúde

GF – Grupo Focal

GM – Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB/RH-SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americano de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS – Programa de Agente de Saúde

PNAS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção de Saúde

PPP – Projeto Político Pedagógico

PSF – Programa Saúde da Família

RETSUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS

SAE – Serviço Ambulatorial Especializado

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------|---|----|
| Quadro 1 - | Implantação das Equipes Saúde da Família em Cuiabá - Período de 1998 a 2008..... | 91 |
| Quadro 2 - | Relação dos Documentos analisados | 92 |
| Quadro 3- | Etapas da Construção da Política de Formação do ACS referente ao Período de 1996 a 2006 | 93 |
| Quadro 4- | Matriz Curricular do Curso de Educação Profissional de Técnico de Agente Comunitário de Saúde Executado Pela ESPMT..... | 98 |
| Quadro 5 - | Sistematização da Estrutura do Plano de Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde ESPMT- 2004 | 98 |
| Quadro 6 - | Desenho Curricular da Etapa I = Formação Inicial, com respectiva carga horária | 99 |

CAPÍTULO I

*“Na vida, não existem soluções. Existem
forças em marcha: é preciso criá-las e, então,
a elas seguem-se as soluções”
Antoine de Saint-Exupéry*

INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) em 1986, foi marco importante para a formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. No seu relatório final a saúde é definida como:

a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida¹

Também nesse contexto, foi redefinido o Direito a saúde como:

a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade¹

O Movimento pela Reforma Sanitária, com início nas décadas de 70 e 80, veio apontando reorientações para a construção de um novo modelo de atenção voltado para a vigilância à saúde. Foram propostas alternativas para criação de um novo sistema público de saúde com características democráticas, de forma que a população tivesse acesso à assistência de qualidade.

Nesse estudo o conceito de modelo de atenção adotado é a forma como se concebem, organizam e concretizam as ações de saúde, segundo um determinado contexto histórico, em determinado local e com determinado conceito de saúde. Envolve as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem neste processo, particularmente as relações de poder entre os vários atores, a utilização das tecnologias e a gestão do sistema e do processo de trabalho².

De acordo com Paim³ “o projeto da Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais”, sendo considerado um marco que contrapôs o modelo hegemônico da assistência médico-hospitalar, vigente na época. Esse movimento contou com ampla participação de grandes estudiosos¹ sendo de grande relevância, pois conseguiu trazer para essa discussão, trabalhadores da saúde e usuários, na busca de uma causa única que tinha como proposição um modelo que priorizasse os problemas de saúde da população brasileira.

Foi a partir desse movimento da reforma sanitária que possibilitou em 1986, a realização da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS),

¹ Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro, Sonia Fleury, Paulo Buss, Eleotério Rodrigues, Cecília Donnangelo e outros idealizadores da saúde.

cujo tema central foi: “Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária Brasileira”, onde foi discutida: valorização profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com os usuários do Sistema⁴

Diante destes movimentos, em 1988, é promulgada a Constituição Federal Brasileira, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação popular, reconhecendo a saúde como um direito e obrigação a ser assegurado pelo Estado, e a sua responsabilidade pela proteção à saúde dos cidadãos. Por outro lado, a Constituição Federal também conferiu ao SUS a responsabilidade referente aos Recursos Humanos, contemplados no artigo 200, inciso III, quanto a competência em “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”⁵

Diante das lutas conquistadas, sobretudo, as garantidas na Constituição Federal, fizeram-se necessários ajustes no modelo de atenção para que ampliasse o conceito de saúde, no sentido de construção de um sistema de saúde mais equânime, resolutivo, integrado, descentralizado e com participação social, que tivesse como pano de fundo, a sociedade como ator principal neste cenário de reforma social.

Perante essas mudanças foram regulamentados os pressupostos que nortearam os artigos constitucionais relativos ao SUS, bem como a Lei Orgânica nº. 8.080/90⁶, e a Lei nº. 8.142/90⁷, que criaram as condições para concretização da política de saúde no Brasil. Diante das grandes diversidades locais regionais do País, a diretriz da descentralização, não trazia no seu bojo a estratégia da municipalização, de forma que o MS, visando aproximação mais de acordo com a realidade brasileira, cria as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde⁸ (NOB/SUS), estabelecendo normas e procedimentos reguladores para operacionalização da descentralização da gestão das ações e serviços, bem como orientação do processo de regionalização da assistência à saúde. Com a NOB/96⁸ o município assume de fato a responsabilidade pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população e as exigências de intervenções saneadoras em seu território. Impulsionou o sistema de saúde, através da criação de mecanismos de expansão da atenção básica, como o Piso da Atenção Básica (PAB) e o incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF). Posteriormente surgem as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), que propôs a organização regionalizada através de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais⁹, culminando com

a publicação pelo MS da Agenda de Compromisso pela Saúde, denominada de Pacto pela Saúde.

O Pacto pela saúde foi proposto em 2006, como mais uma estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde, agregando três eixos: o Pacto em Defesa da Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, para promover transformações e fortalecimento do SUS. É considerado um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, para o alcance de maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social, através da adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.¹⁰

Com vista nessa implementação, publica-se a Portaria No. 648, de 28 de Março de 2006, onde estabelece que o PSF se “consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica”. Desta forma a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se uma política de âmbito nacional, como proposta para reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS). Vem priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, garantindo a ampliação do acesso e a extensão da cobertura para a população.¹¹

Como processo da não hospitalização, e tendo como base os princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, atendimento integral e participação social e com vistas à humanização, a ESF, veio valorizar os determinantes sociais que contribuem e influenciam na saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar. Conforme já analisado, o conceito abrangente de saúde, que visa garantir a redução das desigualdades sociais e a promoção do bem-estar social e individual definido na nova Constituição veio orientar a:

mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.¹²

Inspirado no Programa de Agente de Saúde (PAS), implantado no Ceará, no período de 1987 a 1990, pela Secretaria de Saúde do Estado, que contribuiu para redução dos índices de mortalidade infantil no Estado, o Ministério da Saúde (MS),

instituiu em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em vários Estados do país, e em 1994 implanta as primeiras equipes do Programa Saúde da Família.

Em 1997, através da Portaria 1886/GM é aprovada as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família para a reorientação do modelo de atenção. O PSF é considerado um programa substitutivo da rede básica tradicional, sendo reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes. É a porta de entrada para o sistema de saúde.¹³

O agente comunitário de saúde (ACS) inserido nesse contexto de transformação no modelo de atenção à saúde, e como participante da equipe multiprofissional, é o mediador entre o sistema de saúde e a família/comunidade, residente na área de abrangência da Unidade Saúde da Família (USF), onde vive e trabalha. Contribui para modificar as práticas do atendimento voltado para o modelo de atenção de vigilância a saúde, que resulta no desenvolvimento contínuo de competência para efetivação de ações que levem ao conhecimento e estratégias de identificação e intervenções, fatores determinantes do processo de saúde individual e coletivo, que orienta as medidas de prevenção e controle de doenças e agravos. O ACS tem como atribuição realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas realizadas em domicílios ou junto à coletividade, estendendo, também, o acesso da população às ações e serviços de informação, de saúde, promoção social e de proteção da cidadania.

Segundo Mendonça¹⁴ foi importante a “incorporação dos agentes comunitários de saúde às unidades básicas e, posteriormente, às equipes de Saúde da Família, de forma multiprofissional, por representar um modo diferenciado de ação dentro do modelo de atenção à saúde e no debate sobre sua mudança”.

Diante desse contexto e orientado pelos Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, definidos na NOB-RH/SUS o MS, propõe-se à construção da política de formação profissional de trabalhadores de nível técnico do SUS. Uma formação que dê conta de reconstruir significados para o trabalhador e ao mesmo tempo transformar as práticas dos serviços, considerando as expressivas mudanças no mundo do trabalho. Para tanto, as escolas formadoras tem o papel fundamental de preparar cidadãos para enfrentar esses desafios, diminuindo a dissociação existente entre trabalho e serviço, com vistas às mudanças nas relações de ensino.

Para atender esse novo paradigma a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº. 9394/96 propõe uma política de educação nacional abrangente, que se preocupa com as intensas mudanças sociais, e estabelece que o ensino geral deva “vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social”. Destaca no seu artigo 2º, que:

A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.¹⁵

No Parecer CNE/CEB 16/99 e na Resolução CNE/CEB nº. 04/99 enfatiza que o ensino deva ser centrado no conceito de competência por área profissional, sendo referida no artigo 6º da resolução a noção de competência profissional como:

a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho.¹⁶

Nesta ótica, a concepção de competência para as ações em saúde, não se reduz à execução de tarefas e atividades relacionadas ao trabalho na dimensão técnico-instrumental, mas a noção do cuidado, sob o eixo da integralidade na dimensão ética e política, assumindo responsabilidades frente às situações de trabalho complexas, e propiciando capacidades ao profissional para tomada de decisões em situações inesperadas.

Desta forma, para a construção do perfil técnico de agente comunitário de saúde, com especificidades singulares no seu campo de atuação, considerou-se a conceituação de competência, de acordo com Zarifian¹⁷ como sendo:

capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades.

Nesta perspectiva, a competência é entendida como conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes para desempenho de uma atividade profissional, que venha atender aos novos fundamentos que permeiam todo processo de saúde objetivando o alcance das proposições teóricas e metodológicas da promoção da saúde pós Ottawa (1986). Esse novo fazer em saúde é definido como proposta de mudança através de uma ação de intervenção na realidade do serviço, identificando os determinantes sociais, que permeiam todo processo de saúde, para uma promoção da saúde.

Desta forma, ao considerar a competência, enfatizando a promoção da saúde como direcionador do processo de trabalho em saúde vem possibilitar ao profissional:

conhecer [...] os impactos das ações que realiza, compreender que os grupos sociais não são abstratos ou distantes, ignorando necessidades e modos de viver e, sobretudo, compreender a importância do processo de interação em equipe de trabalho com os indivíduos, grupos e coletividades com os quais trabalha¹⁷.

A estratégia da Promoção da Saúde na perspectiva de mudanças nas concepções teórico-conceituais propõe reorientação do modelo de atenção, com ampliação das ações e serviços, numa articulação intersetorial, atuando sobre as condições de vida e seus determinantes, para condução de escolhas saudáveis por parte dos usuários e coletividade. De acordo com Buss¹⁸ essa concepção ampla da promoção da saúde “propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes”.

Nessa concepção contemporânea, as escolas formadoras na área da saúde têm a função de pensar uma formação voltada para o ensino por competências onde os conteúdos não são mais selecionados a partir de um conjunto de conhecimentos disciplinares, mas a partir das situações em que podem ser utilizados e mobilizados com o objetivo de se construir as competências consideradas fundamentais para o desenvolvimento do profissional. Essa concepção de ensino se fundamenta na construção do conhecimento a partir da realidade do trabalho, numa articulação ensino/serviço/comunidade (teoria/prática) e com participação ativa do educando, para o exercício pleno do trabalho.

Com a organização da categoria dos agentes comunitários de saúde em busca de reconhecimento legal, houve a publicação do Decreto nº 3.189 de 4 de Outubro de 1999, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades: “desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade¹⁹.” Posteriormente, em 10 de julho de 2002, publica-se a Lei nº 10.507, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e define seu exercício exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde²⁰. A partir de 2006, suas atividades passam a ser regulamentado pela Lei nº 11.350, que além de definir suas atribuições, determina que o ACS tenha como requisitos para o exercício das atividades: conclusão do ensino fundamental e o curso introdutório de formação inicial e continuada²¹.

Foi visando o fortalecimento e o aumento da qualidade dos serviços do setor saúde, para atender às demandas da população, e a profissão adquirida com a homologação da Lei nº 10.507, que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde

(DEGES), realizou em 2004, consulta pública ao “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde” para construção da proposta de qualificação profissional. A partir dessa mobilização nacional de participação social, o MS em conjunto com o Ministério da Educação (MEC), elaborou o Referencial Curricular nacional para formação técnica de Agente Comunitário de Saúde, tendo como base a Lei Federal nº. 9.394/96 que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDB).

Considerando então, a vinculação institucional do ACS exclusiva no SUS, e a profissão estabelecida é atribuída para a sua formação à necessidade de desenvolvimento de competências básicas, gerais e profissionais específicas para o exercício de suas atividades, estruturando-se desta forma o curso de Técnico de Agente Comunitário de Saúde com uma carga horária de 1.200 horas, respeitando a Resolução CNE/CEB nº 04/99¹⁶, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, elaborado através de itinerários formativos.

Para colocarmos em prática os princípios do SUS, a educação é considerada uma estratégia de base para a transformação social, desempenhando papel fundamental na reconstrução da sociedade. Freire²² refere-se “a mudanças reais na sociedade: no campo da economia, das relações humanas, da propriedade, do direito ao trabalho, à terra, à educação, à saúde (...)”, quando fala de “educação como intervenção”, A transformação dos serviços de saúde contida nas propostas políticas dos governos se expressa pela busca de um compromisso de universalidade, equidade e que atenda às necessidades de assistência à saúde de acordo com o perfil epidemiológico compreendido a partir das determinações históricas e sociais em que se inserem esses serviços. A educação analisada desta forma é um processo constante de construção participativa que envolve as pessoas para as mudanças sociais e as subjetividades do serviço, desenvolvendo autonomia dos sujeitos para compreensão do mundo.

A escolha deste tema para meu trabalho vem a partir da minha prática educativa, como educadora e formadora de recursos humanos para o SUS, desenvolvendo atividades educativas desde 1993, como coordenadora de curso de enfermagem e como facilitadora em capacitação pedagógica para docentes na metodologia de problematização, com perspectiva de construção de avaliação por competência, considerada uma proposta de transformação das práticas do serviço. É um grande desafio repensar os processos de formação profissional junto ao compromisso de produzir conhecimento de modo a contribuir para as mudanças do ensino.

A pouca clareza algumas vezes sobre o processo de trabalho do ACS, à complexidade do trabalho em equipe aliados às questões de dificuldades de (re)organização dos serviços, configuram-se como principais obstáculos para a efetivação do SUS. Faz-se necessário a reformulação de novas estratégias voltadas para a transformação das práticas desses trabalhadores com ênfase para os ACS, formando-os em processos educativos voltados para competências dentro dos princípios da humanização e com foco no trabalho, pois é no trabalho, que se evidencia e se desenvolve todas as necessidades de reorientação do desempenho do trabalhador de saúde.

Zarifian¹⁷ considera que “é no local de trabalho que o indivíduo revela sua competência, é a partir de seu desempenho no serviço, em uma situação profissional, que são evidenciadas suas competências profissionais”. Assim, a reorganização das práticas e dos serviços de saúde, no campo da saúde da família, passa pela necessidade de se repensar a formação dos ACS.

Partindo desses pressupostos questiona-se: **em que medida os processos de formação dos ACS responde às necessidades da comunidade na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, uma vez que em sua maioria ocorrem de forma desarticulada do contexto das práticas?**

Neste sentido o objetivo geral deste estudo é:

Analisar a percepção do Agente Comunitário de Saúde sobre a formação recebida em relação às competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho em equipe na Estratégia da Saúde da Família.

Para tanto, os objetivos específicos serão:

1. Identificar os objetivos e os princípios metodológicos do curso do Agente Comunitário de Saúde;
2. Descrever a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a formação recebida, e de que modo constroem os conceitos de saúde e de promoção de saúde;
3. Identificar as práticas de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde na abordagem individual e coletiva aos usuários e os serviços de saúde;
4. Propor estratégias que subsidiem a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, dentro da perspectiva da competência.

ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta dissertação está estruturada em sete capítulos. No final estão incluídas as Referências.

O primeiro capítulo se refere à introdução, sendo enfocada historicamente a reforma sanitária, enquanto movimento em permanente construção, e a criação do Sistema Único de Saúde, como política de saúde universal, equânime, resolutiva, com participação social. Discorre sobre a implantação da Atenção Básica para reorientação do novo modelo de atenção juntamente com a criação dos Agentes Comunitários de Saúde como agente de mudança. São elencados a pertinência da formação dos ACS, e o processo destes até a convergência para o contexto do objeto de estudo. Refere também aos objetivos do estudo.

O segundo capítulo traz a justificativa, onde é abordada a relevância do estudo enquanto pesquisa.

O terceiro capítulo sistematiza a fundamentação teórica que embasa o estudo. São discutidos os conceitos de trabalho e formação profissional, a natureza do trabalho em equipe e os requisitos de formação com base no ensino por competência, e as considerações sobre a Promoção da saúde e a Estratégia Saúde da Família.

O quarto capítulo é apresentado os percursos metodológicos adotados para alcançar os objetivos propostos. Discorre sobre a razão da escolha de um método de pesquisa qualitativa, a descrição da coleta de dados e as técnicas utilizadas para sua análise. É feita uma descrição do contexto do município de Cuiabá e os sujeitos da pesquisa. Relata as considerações éticas do estudo.

O quinto capítulo refere-se aos resultados e discussões onde são descritos os conceitos de saúde e promoção da saúde; processo de trabalho dos ACS, com base no acolhimento, acessibilidade e trabalho em equipe; competências profissionais e formação dos agentes; contextualizações das bases legais da profissionalização e análise do plano de curso.

O sexto capítulo é elencado às proposições que o estudo possibilitou.

O sétimo capítulo são as considerações finais ressaltando algumas reflexões.

A seguir são sistematizados as referências utilizadas no estudo.

CAPITULO II

“O mundo precisa de sonhadores e o mundo precisa de realizadores. Mas acima de tudo, o mundo precisa de sonhadores que realizam”

Sarah Ban Breathnach

JUSTIFICATIVA

O presente estudo tem como propósito analisar as mudanças ocorridas na prática profissional dos alunos egressos do curso de formação inicial de Agente Comunitário de Saúde do município de Cuiabá, e sua articulação com a comunidade e o serviço. Desta forma esta pesquisa vem contribuir no contexto local para os debates sobre as Políticas de Educação, sobretudo, aos projetos de formação de Agente Comunitário de Saúde, ator primordial na efetivação da relação entre: comunidade/ serviço/ gestão, principalmente quanto ao fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS na realidade social, onde insere as questões imediatas para intervenção e promoção da saúde.

O processo de profissionalização dos trabalhadores da saúde tem sua história desde o Projeto Larga Escala, na década de 80. Constituiu-se de uma estratégia de formação de recursos humanos, para qualificar os trabalhadores de nível médio e elementar já inserido nos serviços públicos de saúde, através da metodologia de ensino-serviço, promovendo uma demanda grande por parte dos gestores por trabalhadores formados para atender ao novo modelo de assistência, que requeria profissional qualificado, com conhecimentos e habilidades, voltados para as resoluções dos problemas da comunidade.

Em Mato Grosso, a formação dos trabalhadores de nível médio na saúde, começou desde 1984, em resposta às grandes dificuldades que o setor da saúde enfrentava pela falta de mão de obra qualificada. Em 1988 é criado o Centro Formador de Recursos Humanos, vinculado ao Setor de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Frente a essa realidade, em 1992 foi criada a Escola Técnica de Saúde (ETS)², voltada para o fortalecimento do SUS, com atuação descentralizada nos municípios do Estado. Os instrutores/supervisores eram profissionais de nível superior, vinculados aos serviços, e os campos de estágio os próprios locais de trabalho dos *alunos, atendendo às demandas pactuadas com os municípios, e onde o trabalho e o serviço são focos da aprendizagem.* Como escola do SUS, ela veio atender aos preceitos

² Criada pelas Leis Complementares nº 13 e 14/92, e regulamentada pelo Decreto Governamental nº 1.847 de 19/08/1992. Com o Decreto nº 2.404 de 23/09/1992, integra a estrutura organizacional da SES como órgão de execução programática da Política de Recursos Humanos do SUS em Mato Grosso. Em 2004, pela lei complementar Nº. 161/04 de 29/04/04 cria-se a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT), como uma estrutura desconcentrada da SES, sendo que a ETS, passa a fazer parte como gerência da escola. Em 2009, através do Decreto nº 1.816 de 05/02/2009, foi denominada de Coordenadoria de Formação Técnica em Saúde (COFTES), fazendo parte da estrutura da Escola de Saúde

constitucionais garantidos nos artigos da Constituição Federal de 88, em especial, aos que atribuem ao SUS à formação dos seus recursos humanos. Essa formação passa pela implementação do modelo de atenção, que visa à readequação de um modelo de gestão, eminentemente voltado para a realidade do serviço, ou seja, o mais próximo possível da realidade social.

A profissionalização dos ACS em Mato Grosso pela Escola de Saúde Pública teve início em 2005. Observa-se na prática, que muitas vezes, o gestor e demais membros que constituem a equipe do PSF, não tem clareza da importância da formação dos agentes comunitários de saúde, para o serviço. Isto ocorre, pois os mesmos não relacionam na sua prática ao papel que os ACS desempenham como educador e como interlocutor de sua prática com a educação.

Assim, a relevância deste estudo é a possibilidade de trazer subsídio para os gestores, docentes, instituições formadoras e a difusão entre a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), quanto às ações educativas voltadas para os trabalhadores ACS. Visa promover uma aproximação entre as práticas educativas exercidas no seu cotidiano e o que tem sido preconizado pelos documentos oficiais, através da articulação entre educação e saúde no âmbito do trabalho.

Esse processo educacional de ressignificação da qualificação dos ACS pode possibilitar reorientação de suas práticas na medida em que passem a articular conhecimentos/ habilidades/ atitudes/ tecnologia na perspectiva técnica, política e ética, com conseqüente contextualização das condições de vida do usuário e da comunidade. Propõe mudanças na organização dos serviços de saúde, e maior valorização da saúde individual e coletiva. Isto vai permitir uma ampla revisão de conteúdos temáticos visando uma formação profissional mais de acordo com as necessidades dos serviços e da população e um processo de reorganização das práticas assistenciais e sanitárias.

CAPITULO III

*"Educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas.
Pessoas transformam o mundo".*
Paulo Freire

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica está alicerçada nos conceitos de trabalho e formação profissional, na discussão dos aspectos referentes à natureza do trabalho em equipe e os requisitos de formação com base no ensino por competência. Discute e traça considerações sobre a Promoção da Saúde e a Estratégia Saúde da Família.

3.1 Trabalho e Formação profissional

A palavra trabalho apresenta muitos significados. Para Silveira²³ significa em alguns momentos, a atividade humana de transformar a natureza para garantir a sobrevivência, em outros, tem o sentido de realização de uma obra que dê satisfação, reconhecimento e que permaneça além da vida do trabalhador, e, em outros momentos, tem o sentido de esforço, de preocupações.

Em uma retrospectiva histórica da formação da sociedade, percebe-se a relação que os seres humanos têm estabelecido com o seu meio e com seus semelhantes. Os homens além de utilizarem a matéria bruta para sua sobrevivência atuam sobre ela transformando-a de forma a melhorar sua utilidade. Esta capacidade de criação e transformação da natureza dando-lhe formas que existia apenas na imaginação, acontece através do trabalho, sendo uma característica exclusiva do homem.

Segundo Luckács²⁴ é nesta forma consciente de relação humana com o seu meio e seus semelhantes que nasce o conceito de trabalho. Isto é, quando as sociedades se alicerçam na forma de concepção do trabalho, na sua realização e nos seus produtos.

Para compreender o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, é primordial conhecer primeiramente a natureza do trabalho na dimensão ontológica de Luckács partindo do seu conceito e sua gênese, para que a partir dessa compreensão, caracterizar o trabalho em saúde, e que lugar representa no processo de reprodução social.

Portanto o trabalho para Luckács,²⁴ se coloca como categoria fundante do ser social, isto é, do homem. É considerado como meio de transformar a natureza e se transformar no sentido da construção de identidade, desempenhando uma função importante na vida do ser humano.

Nesse processo são entendidos como ponto principal de produção do conhecimento, os homens em sua atividade prática, ou seja, em seu trabalho, compreendidas como todas as formas através da qual o homem apreende, compreende e transforma as circunstâncias ao mesmo tempo em que é transformado por elas,

produzindo mudanças na vida em sociedade. É a transformação do objeto, do meio, ou da situação a ele submetido. Nesse sentido, o processo de satisfação das necessidades humanas, condição necessária para que a vida humana se reproduza, é um processo de transformação.

Luckács²⁴ ressalta que:

através do trabalho tem lugar uma dupla transformação. Por um lado, o próprio homem que trabalha é transformado pelo seu trabalho; ele atua sobre a natureza exterior e modifica, ao mesmo tempo, a sua própria natureza; “desenvolve as potências nela ocultas” e subordina as forças da natureza “ao seu próprio poder”. Por outro lado, os objetos e as forças da natureza são transformados em meios, em objetos de trabalho em matérias primas etc..

Nessa concepção o trabalho é considerado o esforço realizado, e também a capacidade de reflexão, criação, coordenação e expressão de si. É realizado de acordo com a particularidade de cada um, enquanto expressão concreta da liberdade individual, e passa a ser considerado como sendo a forma com que cada ser humano vai construir o seu lugar social, imprimindo nele características de sua personalidade. Desta forma, no sentido luckacsiano²⁴ as ações dos indivíduos singulares repercutem, contínuo, na vida dos outros e, são capazes de influir na sociedade inteira.

Com base nesse referencial, consideramos que o trabalho em saúde possui especificidades próprias dessa concepção, pois é realizada numa interação entre o profissional de saúde e o usuário, permeados por subjetividades, e que visa atender as necessidades humanas, para uma transformação, tanto do homem como da natureza onde ele se insere.

Segundo Pires apud Ribeiro²⁵ define o trabalho em saúde como sendo:

um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade.

O processo de trabalho em saúde por sua natureza tem como característica fundamental, a relação entre trabalhador e usuário. Merhy²⁶ o define como:

o processo de trabalho é um processo relacional, produzido através do trabalho vivo em ato, a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de intersubjetividade expressos através de escutas, falas, empatias e interpretações.

Segundo esse mesmo autor o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os

envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

No contexto do trabalho como atividade humana, que veio se alicerçando no interior da sociedade através dos séculos, também foram determinadas as formas de organização entre seus vários trabalhadores, presumindo os variados comportamentos a serem adotados pelos mesmos, tendo em vista as prescrições institucionais e normativas.

Assim, tendo em vista sua relevância, o trabalho vem sendo objeto de preocupação e análise em todo o mundo, sendo um dos eixos norteadores para o exercício da cidadania. Em uma retrospectiva do período da revolução industrial, observa-se que, com o processo de industrialização, houve a imposição de modelos de produção capitalistas definidos como fordismo e taylorismo que levaram as alterações na dinâmica do trabalho, com implantação de novas formas de organização através de controle sobre a produtividade do trabalho, o que propiciou a fragmentação do mesmo com divisão das tarefas, excluindo-se desta forma a iniciativa, participação, criatividade e autonomia do trabalhador.

Com essa revolução que gerou o crescimento da indústria, da economia e conseqüentemente aumento das cidades decorrentes do êxodo do trabalhador rural para os grandes centros urbanos, tornou-se imperativo que esses trabalhadores fossem aptos, para o sistema produtivo vigente, com capacidade de assimilar o fazer, demonstrando na operacionalização das ferramentas, dos equipamentos e das máquinas mais complexas, demandadas pela produção. Para isso, precisavam de uma escolarização voltada para a assimilação e subordinação de reestruturação produtiva, com procedimentos necessários e específicos para o desempenho da ocupação, através de desenvolvimento de tarefas.

Com o avanço da globalização, esse processo de reestruturação veio exigir do trabalhador outras habilidades, para dar conta da nova organização e gestão do trabalho, voltada para flexibilização, exigindo assim do trabalhador, iniciativa, criatividade, responsabilidade, rapidez e capacidade de trabalho em equipe, e outros atributos essenciais, tendo em vista um novo paradigma do trabalho. Todas essas transformações ocorridas na sociedade, decorrentes das mudanças técnico-organizacionais no mundo do trabalho, fizeram ressurgir, discussões sobre as relações entre trabalho e formação profissional.

Tudo isso, leva a amplitude de significados que nos remete a necessidade de compreendê-los, para que possamos visualizar possibilidades, limites, diferenças e peculiaridades entre diferentes formas de pensar a educação tendo em vista as mudanças

sociais, principalmente no campo da saúde, onde a formação está voltada para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na Atenção Primária de Saúde.

Tavares²⁷ descreve esse contexto com muita apropriação:

no setor saúde, essas questões tornam-se mais intensas porque, além da adequação das Escolas de Formação dos trabalhadores às exigências dos novos tempos, colocam-se as peculiaridades do trabalho em saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS), onde quase sempre se impõe o desenvolvimento de estratégias para lidar não só com a problemática saúde/doença, mas também com seus determinantes.

3.2 A Natureza do trabalho em equipe e os requisitos de formação com base no ensino por competência

A educação é um fator decisivo para o desenvolvimento do país. Para tanto é entendida uma educação que articule uma formação geral juntamente com uma formação profissional significativa. Pensar uma educação com uma formação para o SUS, com base no processo de trabalho (trabalho-educação) capaz de desenvolver habilidades, atitudes e valores é o papel das Escolas formadoras de recursos humanos na saúde. Uma educação contínua e constante, que permita aquisição de competências e de reflexão de novos conceitos, exigindo novas posturas dos agentes envolvidos.

Significa também, uma educação que prepare o cidadão para a empregabilidade em uma atividade profissional, com capacidade de movimento de laboralidade a qualquer instante, mediante uma sólida formação voltada para as competências técnicas, comunicáveis, organizacionais metódicas, sociais e comportamentais, imposta por uma profissão.

Segundo Machado²⁸ profissão é a que “detêm uma sólida base cognitiva de conhecimentos específicos aplicáveis a uma dada realidade, com autonomia profissional de seus praticantes do ofício”, ou seja, para uma área se tornar profissão, ela precisa ter conhecimento intelectual próprio, para ser usado a serviço de uma dada realidade, visando transformá-la. A autora enfatiza que a “profissão, se auto-regula tanto no aspecto ético como técnico com vistas a controlar a qualidade dos serviços prestados”

A mesma autora²⁸ afirma, “profissões são todas as categorias de nível técnico que têm formação específica”. Ressalta que a partir do momento que o indivíduo se torna profissional, detendo o domínio sobre determinado conhecimento, ele exerce um poder assimétrico na relação com o usuário. Segundo Pereira-Neto,²⁹ “o corpo de conhecimento que uma profissão domina deve ser de extrema relevância. Este conhecimento inacessível ao cidadão comum deve ser aplicável e conter alto índice de

resolutividade”. Neste sentido são considerados profissionais, segundo Parsons apud Machado³⁰

aqueles indivíduos que possuem controle e domínio sobre um determinado campo do saber que estão sujeitos à primazia da racionalidade cognitiva e orientados para a aplicação do conhecimento a problemas práticos.

Machado²⁸ enfatiza que quando um usuário se serve de uma dada profissão para solucionar um problema, o profissional desenvolve sua própria concepção desse problema, em seus próprios termos, e na medida em que é tratado, o problema do leigo é recriado e a profissão produz uma realidade social nova. Isto demonstra a autonomia da profissão, que permite a recriação do mundo do leigo, e ao mesmo tempo a organização do seu próprio conhecimento.

De acordo com Machado³⁰ “a aquisição de um corpo sistemático de conhecimento ocorre dentro de uma seqüência de etapas ao longo da qual uma ocupação vai adquirindo graus mais altos de profissionalismo; outras podem não alcançar as etapas mais avançadas e permanecer profissionalmente incompleta”. Para existir esse processo de profissionalização há necessidade de transpor cinco etapas formais: 1) O trabalho torna-se ocupação de tempo integral; 2) Criação de escolas profissionais através de ensino sistematizado, socializado e universal; 3) Formação da associação profissional, com definição de perfil corporativo da profissão, onde os interesses são formulados e representados pelos mesmos junto ao Estado e à sociedade; 4) Regulamentação da profissão pelo Estado, através de lei específica, onde circunscreve sua jurisdição exclusiva sobre uma área de conhecimento e sobre um campo de práticas; 5) Adoção de um código de ética, com estabelecimento de normas e regras profissionais.

Para Machado,²⁸ o “ACS faz parte de um conjunto de ocupações que integra a outras profissões da saúde, cujo enfoque do trabalho é voltado para a promoção da saúde, norteado pela Estratégia Saúde da Família”. É um trabalhador do âmbito específico do Sistema Único de Saúde.

Considerando os cenários de mudanças das práticas de saúde, a dimensão do papel social do ACS, e a sua profissão torna-se imperativo uma formação realizada em nível técnico que seja concomitante com a elevação de escolaridade.

Conforme destaca os autores, Wermelinger, Machado e Amâncio Filho.³¹

as particularidades do processo de trabalho na área e o novo paradigma colocado pelas propostas de promoção da saúde e humanização do atendimento, tornam flagrante a necessidade de uma formação para além da

técnicacientífica-tecnológica circunscrita pela atual política de educação profissional.

Nesse contexto, se insere o profissional ACS, com amplitude de atribuições, definidas em Lei, que necessitam de saberes sólidos construídos, para atuação eficiente no campo da saúde. Destaca-se no trabalho do ACS a relação de complementaridade e interdependência com os demais profissionais da saúde da família, no sentido de garantir o que preconiza a Portaria 648/06¹¹ quanto a articular com os diversos profissionais da equipe, as ações comuns e específicas do trabalho, exercendo um papel primordial no processo de transformação social. Isto reforça o que argumenta Peduzzi³² ao referir que:

para a equipe de saúde alcançar algum grau de integração, é preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações.

Considerado um eixo fundamental que norteia todo processo de trabalho em saúde, o trabalho em equipe é apontado na ESF como ação coletiva, permeado com subjetividade e intersubjetividade, que deve ser exercida pelo profissional, como pela equipe, através de relações de reciprocidade e interação, mediada pela troca de conhecimentos acumulados, de cultura, de ética, para a produção do cuidado com integralidade da atenção. Conforme destaca Bonaldi et al:³³

trabalhar em equipe pressupõe mais do que diferentes categorias profissionais atuando no mesmo espaço, ou no mesmo “objeto”/alvo da intervenção: pressupõe a tessitura de um saber fazer comum, um fazer com.

Sustentado nas discussões acima, pode-se dizer que o trabalho em equipe necessita da participação dos profissionais envolvidos na ação, para um processo de construção de novas práticas, sendo que alguns elementos devem estar presentes como “forças, saberes e práticas, da harmonização das atuações profissionais, da afirmação das diferenças e do reconhecimento do saber do outro para a realização do trabalho” segundo Bonaldi et al³³. É preciso que cada profissional reconheça que ao realizar um cuidado, o mesmo não se restringe somente a sua ação, mas sim a participação de outros para uma responsabilização coletiva.

Dentro desse contexto de busca da integralidade da atenção, os autores Gomes, Silva, Pinheiro e Barros³⁴ apontam que o trabalho em equipe está pautado em:

relações de legitimação do outro, fazendo com que os modos de ser, fazer e saber dos diversos trabalhadores da equipe e dos usuários do serviço emerjam como co-produtores das práticas de saúde. [...] É perceber até onde a ação de cada um pode e deve ir, o quanto os diferentes saberes podem contribuir para a realização de uma ação de saúde e a importância de todos eles para eficácia dos serviços.

Assim, percebe-se a relevância que o trabalho em equipe adquire, frente a esse novo modelo de atenção, para mudanças de comportamentos. Peduzzi³² destaca que:

para articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, articular serviços de diferentes níveis de complexidade e, sobretudo, apreender de forma ampliada e contextualizada as necessidades de saúde dos usuários e população do território, é necessário que os profissionais encontrem alternativa de inserção no serviço e de organização do trabalho que não sejam a tradicional atuação independente e isolada e a mera justaposição de ações.

Dentro dessa nova configuração de trabalho em equipe, Bonaldi et al³³ reforça afirmação de Dejours, quando refere que não “existe coletivo sem laço de cooperação”, e que a ausência deste é ponto de interferência na qualidade do serviço. Segundo Schwartz apud Bonaldi et al,³³ descreve que:

é na enorme distância entre o trabalho prescrito e o efetivamente realizado que os trabalhadores tecem, de forma coletiva, estratégias para dar conta da atividade concreta, do trabalho em ato, daquilo que não pode ser traduzido em regras, que escapa a qualquer tentativa de predeterminação. Os trabalhadores criam coletiva e cotidianamente novas normas que permitem a realização do trabalho em meio a um mundo de acidentes possíveis, em negociação com os usuários.

Nesse entendimento, para a formação do agente comunitário de saúde também é importante refletir sobre o trabalho prescrito e o real, considerando os fundamentos das atividades que serão desenvolvidas, o que gera muitas dificuldades relativas às condições de trabalho, e exercício profissional, pois as ações preconizadas nos documentos e manuais, muitas vezes estão ligadas ao fato de considerar-se o trabalho prescrito e não o trabalho real. A existência de normatizações, instruções e outros procedimentos escritos não garantem que eles estejam sendo realizados pelo trabalhador na sua totalidade, no desempenho de sua atividade, criando assim lacunas no desenvolvimento das práticas, entre o que foi planejado e o que está sendo realizado.

No campo da saúde buscando transpor as ações prescritivas, em decorrência do novo modelo de atenção, que exige nova forma de organização do trabalho, Deluiz³⁵ aponta que “o trabalho repetitivo, prescrito, é substituído por um trabalho de arbitragem, onde é preciso diagnosticar, prevenir, antecipar, decidir e interferir em relação a uma dada situação concreta de trabalho”. Para isso necessário se faz o desenvolvimento de competências para atuação das atividades, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família.

Evidencia-se em muitos estudos, que o conceito de competência é utilizado por vários autores em diversos contextos, com diferentes abordagens, gerando diversas interpretações conceituais. A competência tratada neste estudo é aquela voltada para a articulação e mobilização de vários saberes (saber-saber, saber-fazer, saber-ser)

operantes no contexto do trabalho em saúde. De acordo com Fleury e Fleury³⁶ esses atributos são considerados “conjuntos de capacidades humanas, definidas como conhecimentos, habilidades e atitudes que o indivíduo detém para um alto desempenho de uma tarefa pertinente a uma função”. Desta forma, ser competente não é a simples execução de uma tarefa única, repetitiva e prescritiva. Supõe a capacidade de aprender e de se adaptar. É ser capaz de utilizar o conhecimento (saber-saber) e habilidades (saber-fazer) de forma a atender seus interesses e resolver o problema enfrentado através de atitudes coerentes (saber-ser).

Os saberes (saber, fazer, ser) assumem uma consistência específica na relação entre os conteúdos a serem apreendidos, sua utilização na prática do serviço, e seu controle, elaboração e (re)elaboração. Desta forma a noção de competência se configura como conceito bastante abrangente em sua conotação operativa imediata. É mais que o acúmulo de conhecimentos, habilidades e atitudes, apreendido pelo sujeito para executar uma tarefa específica. Ela é construída no cotidiano das práticas em serviço, visando o seu pleno desenvolvimento.

De acordo com os autores Zarifian,¹⁷ Fleury e Fleury,³⁶ Merhy³⁷ e Deluiz,³⁵ novos enfoques são desvelados quanto à perspectiva conceitual de competência. Segundo Zarifian¹⁷ é o “tomar iniciativa, e assumir responsabilidade do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara”. Para Fleury e Fleury³⁶ é definida como “um saber agir responsável e reconhecido que implica em mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”.

Merhy³⁷ destaca que um profissional de saúde, no desempenho de uma ação:

mobiliza ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional

Portanto, ao considerarmos a competência profissional dentro de contextos variados, levando em consideração o processo de trabalho voltado para o campo da saúde, há necessidade de identificação das diversas dimensões:

- a) Domínio de conhecimentos e habilidades básicas;
- b) Competências básicas para desenvolvimento de qualquer atividade de trabalho;
- c) Competências específicas relativos ao campo profissional;
- d) Competências contextuais que derivam de um conjunto de habilidades necessárias para desenvolvimento de cada atividade particular ao conjunto da estrutura

organizativa do serviço, que podem ser definidas como operacionais (ação) e estratégias (decisórios e de intervenção).

Desta forma a consolidação da ESF está condicionada à existência de profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes adequados a esse novo modelo de atenção, em um processo de trabalho diferenciado, levando em conta as atribuições elencadas na Portaria 648/06¹¹ (Anexo A) onde está alicerçado o trabalho em equipe multiprofissional, com acolhimento e humanização adequados ao usuário.

Nesse enfoque a competência profissional está ligada à capacidade do trabalhador ter iniciativa, ir além do prescrito, ser capaz de compreender e dominar novas situações, ser responsável e ser reconhecido por isso, através da sua própria valorização profissional. É mais que um acúmulo de conhecimentos teóricos e empíricos e não se encontra em simples execução de tarefas. O trabalho eficaz e eficiente é o prolongamento da competência que a pessoa mobiliza frente a uma situação profissional. Esta concepção de competência se concretiza na prática quando o profissional mobiliza de forma articulada, os saberes de forma dinâmica, para resolução de problemas rotineiros e complexos em seu campo de atuação profissional.

3.3 Promoção da Saúde e Estratégia Saúde da Família

Com o movimento da reforma sanitária o conceito de saúde como ausência de doença, juntamente com o predomínio do enfoque biologista, médico hospitalocêntrico e curativo, inspirado no modelo flexneriano que se tornou a política de saúde vigente nas décadas de 60 e 70, com forte característica biomédica, e exclusão da maioria da população do acesso à assistência à saúde, tornou-se incapaz de responder a nova configuração de saúde.

Nesse processo de redemocratização, foram discutidas na 8ª CNS novas perspectivas no campo da saúde, com garantia de um novo modelo de atenção, que priorizasse direito de cidadania. Desta forma, com a reorganização do sistema de saúde, a Promoção da Saúde (pós-Ottawa, 1986) se configurou com um componente central dentro do contexto das políticas e serviços de saúde. Para Lefevre³⁸ “a saúde não deve ser vista como um bem de consumo, mas, como está consagrado na Constituição Brasileira, como um direito de todos”.

Segundo Restrepo e Málaga³⁹, enfatiza que é “fundamental assinalar que o desenvolvimento da nova teoria de Promoção da Saúde se inicia com mudança transcendental de concepção de saúde, gestado nos últimos quarenta anos”. Referem que este novo enfoque, a saúde é considerada como um conceito holístico positivo que

integra todas as características do “bem estar humano”, conciliando os aspectos fundamentais de satisfação de “necessidades básicas” e o direito a outras “aspirações” que todo ser humano e grupo deseja possuir. Na concepção destes autores, a inter-relação da Promoção da Saúde com a equidade social está determinada por sua vez por um novo paradigma de saúde, tendo grandes implicações nos processos de reforma dos sistemas de saúde.

Para Czeresnia⁴⁰ “pensar saúde em uma perspectiva mais complexa não é somente a superação de obstáculos no interior da produção de conhecimentos científicos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico”. Nesse sentido, para a autora promover saúde, significa ir além do que circunscreve o campo específico da saúde. É a amplitude e o estabelecimento de uma nova relação nos discursos e práticas de saúde.

Realizando análise dos antecedentes históricos da promoção da saúde, Buss⁴¹ refere que a expressão de promoção da saúde começou em 1946, com o médico suíço Henri Sigerist, ao definir quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação.

Ao diferenciar prevenção e promoção Freitas⁴² ressalta que está no olhar que se tem sobre o conceito de saúde. A prevenção à saúde é vista simplesmente como ausência de doenças, enquanto a promoção a saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando desta maneira em um modelo participativo de saúde na promoção em oposição ao modelo médico de intervenção.

Visando essa superação do modelo biologista, individualista prevalente inicia-se em nível nacional e internacional, processo de discussão e construção coletiva dos conceitos fundamentais sobre a Promoção da Saúde em busca de abordagem positiva nesse campo, sendo enfatizado em documentos oficiais que “promoção da Saúde concebe a saúde como produção social e, desta forma, engloba um espaço de atuação que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal”⁴³

Na década de 70, diversos movimentos contribuíram na construção do campo social da saúde, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a frente dessa proposta, onde buscava definir as bases que orientasse diretrizes da promoção da saúde. Dentre eles, o primeiro movimento aconteceu no Canadá, em 1974, resultando no Informe Lalonde, documento escrito pelo Ministro da Saúde desse País, Marc Lalonde, que apresenta os quatro eixos determinantes do campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Este informe foi

importante para a saúde pública pelas repercussões positivas que contribuíram para o surgimento dos movimentos da Promoção da saúde. É considerado o pilar da epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis.^{41 39}

Em 1978, na cidade de Alma Ata, realiza-se a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que resultou na “Declaração de Alma Ata”, onde é enfatizado o significado da saúde como:

estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde⁴⁴

Na declaração de Alma Ata, foram acertadas as bases técnicas e metodológicas para o alcance da meta “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT/2000) originado na 30ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS, realizado em 1977. Assim foi aprovada a proposta da Atenção Primária em Saúde (APS), sendo elencados no teor da declaração que:

os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.⁴³

A declaração de Alma Ata também pontua que a atenção primária é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelos quais os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.⁴³

Em 1986, em pleno movimento da reforma sanitária brasileira, realiza-se no Canadá, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, organizada pela OMS, Associação Canadense de Saúde Pública e o Ministério de Saúde e Bem Estar Social de Canadá. Em sua organização houve a necessidade de reativar o compromisso para alcançar a meta de “Saúde para todos no ano 2000”, bem como o debate da Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais.

Para Restrepo e Málaga³⁹ esta conferencia provocou uma mobilização internacional, com a participação de 200 delegados de 38 países, sendo aprovada a *Carta de Ottawa*, considerada o documento mais importante como marco de referencia da Promoção da Saúde. Em suas bases doutrinárias abre o caminho para passar da retórica para ação. Enfatiza que a promoção à saúde “não é responsabilidade exclusiva

do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global," complementa que "a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver".

Nesta conferência houve a configuração de um novo paradigma ampliando-se o conceito de saúde, sendo que as conferências posteriores vieram aprofundar discussões referentes aos campos de ação definidos e também inserir novas discussões. Nesse novo paradigma o conceito de Promoção da Saúde passou a ser definido como:

processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente⁴⁴

Para estes autores a agenda para impulsionar as ações é parte fundamental do documento e constitui a ferramenta que fecha as possíveis ações concretas próprias da Promoção da Saúde. Propõem a combinação de cinco campos centrais de ação para a sua efetivação, que são:

1. construção de políticas públicas saudáveis;
2. criação de ambientes favoráveis à saúde;
3. fortalecimento das ações comunitárias;
4. desenvolvimento de habilidades pessoais;
5. reorientação dos serviços de saúde.

A segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, foi realizada em 1988, na cidade de Adelaide (Austrália). Teve como contribuição à discussão das Políticas Públicas Saudáveis. Foram identificadas quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criando ambientes saudáveis.⁴³

Em 1989, realizou-se Grupo de Trabalho da OMS, que teve como discussão a Promoção da Saúde em países em desenvolvimento. Deu origem ao documento "Um chamado para a Ação", em que foram recomendadas estratégias de ação social como advogar por causas de saúde pública, e fortalecimento de suporte social às comunidades pobres e o empoderamento dos grupos mais fracos e marginalizados. Tudo para que pudesse reativar os processos de desenvolvimento nos países mais pobres, afetados pelas crises econômicas dos anos 80.³⁹

A terceira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde realizou-se em Sundsvall (Suécia), em 1991, com participação de 81 países, onde se destaca a interdependência entre o ambiente, em todos os seus aspectos, e a saúde, ressaltando o

risco da pobreza à saúde da população. São convocados todos para uma ação imediata, para tornar o ambiente (físico, social, econômico ou político) cada vez mais propício à saúde.⁴³

A Conferência Internacional em Promoção da Saúde, realizada em Bogotá, Colômbia, em novembro de 1992, pelo Ministério da Saúde da Colômbia e Organização Pan-Americana de Saúde, reuniu 550 representantes de 21 Países da América Latina. No documento elaborado denominado de “Declaração de Santafé de Bogotá” foram reafirmados os princípios da promoção da saúde definidos na Carta de Ottawa, enfatizando que o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.⁴³

A quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Jakarta (Indonésia), em 1997, é a primeira realizada em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Teve como tema central a Promoção da Saúde no Século XXI. Reafirma a Carta de Ottawa, destacando o reforço da ação comunitária, e chama atenção para fatores transnacionais entre os determinantes da saúde, como a globalização da economia, a continuada degradação ambiental e o acesso aos meios de comunicação. Enfatiza a necessidade de avançar na luta contra a pobreza e outros determinantes da saúde em países em desenvolvimento e da mobilização de setores privados para a conformação de alianças estratégicas⁴³.

Em 1998, aconteceu o encontro da Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde em Genebra (Suíça), coordenado pela OMS. Constatou-se que até no ano 2000 onze países teriam uma população igual ou superior a 100 milhões, e que juntos atingiria 60% da população mundial. O objetivo era reconhecerem a necessidade e o potencial para criar o maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os 11 países mais populosos (Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América), na combinação de esforços. Atuando juntos, os megapaíses poderiam se constituir em voz poderosa na agenda mundial de políticas de promoção da saúde⁴³.

A quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu na cidade do México, em 2000, com o tema: Rumo a Maior Equidade. Identificou problemas de saúde emergentes e constatou a necessidade de fortalecer a cooperação e colaboração com todos os setores e a sociedade. O relatório final constatou melhora

significativa do bem estar social em muitos países do mundo. Estabeleceu ações dirigidas à Saúde Pública.⁴³

A sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Bangkok (Tailândia), em 2005, discutiu a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado. Identificou as ações, os compromissos e as promessas necessárias para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado, através da promoção da saúde. Foram reafirmados os conceitos, valores, princípios, estratégias de ação acordados anteriormente pelos Estados Membros através da Assembléia Mundial de Saúde.⁴³

Por esse histórico, se evidencia nos documentos das Conferências e eventos acima elencados, que a construção da promoção de saúde vem se desenvolvendo no decorrer dos anos, através de amplas discussões com participação social para a concretização de uma proposta que visa atuar na melhoria da qualidade de vida da população. Vem possibilitar que indivíduos e coletividades aumentem o controle sobre os determinantes de saúde, como emprego, renda, educação, cultura, lazer e hábitos de vida, e outros que possam comprometer o processo de saúde-doença.⁴³

Observa-se que a promoção de saúde ainda é um campo em construção e que essa construção depende do envolvimento de diversidades de atores, levando em conta os processos e dinâmicas sociais de cada um, bem como dos países e regiões do mundo.

A aprovação pelo MS, da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) em 2006 significou um novo marco na estrutura das três esferas de governo brasileiro. Propiciou a implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS, de acordo com o Pacto pela Saúde. A promoção da saúde é definida no documento da PNPS como:

uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.⁴⁵

Visto nessa perspectiva, a promoção da saúde propõe ultrapassar barreiras fortalecendo mudanças em outros campos, além da saúde, discutindo de forma organizacional e institucionalmente, condições para uma vida saudável. A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, vêm contribuindo na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Para dar conta do conceito ampliado de saúde e das proposições do Movimento da reforma sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), o MS propôs a implantação de programas como PACS e PSF, que vem reorientar através da Estratégia Saúde da Família a reorganização da Atenção Básica de acordo com os princípios do SUS. Desta forma a Estratégia da Saúde da Família é a concretização atual de princípios e propostas que vem sendo construídas pelo SUS e que têm interdependência com os estudos teóricos e metodológicos da promoção da saúde.

Nesse contexto a Atenção Básica é caracterizada de acordo com a Portaria GM/MS 648/2006, como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.¹¹

Para tanto, ela é desenvolvida por meio de atividades de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, através de trabalho em equipe, com populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que conseguem solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Além disso, propõe: a coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, e da responsabilização como orientadores das práticas.¹¹

Para obtenção da atenção integrada proposto a Atenção Básica se norteia pelos princípios e diretrizes organizativos considerados núcleos de valores e concepções que dão base para o Sistema Único de Saúde na sua organização:^{46 1}

- Universalidade – garantir a todo cidadão o direito ao acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como os contratados pelo poder público.
- Equidade – assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras a todo cidadão conforme suas necessidades coletivas e individuais.
- Integralidade – considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.
- Descentralização – distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal.
- Regionalização e Hierarquização – organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores

epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região.

- Participação social – participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e avaliação das ações de saúde.

Desta forma, a Estratégia Saúde da Família apresenta-se com uma nova visão de trabalho, ao contemplar na sua atuação novas práticas de atenção quanto ao vínculo, compromisso e abordagens humanizadas à população adscrita. De acordo com Cianciarullo⁴⁷ a ESF é “uma estratégia inovadora no cenário dos serviços de saúde, priorizando as ações dirigidas à pessoa e as famílias de forma integral, contínua e pró-ativa”.

Assim, é neste cenário que o Agente Comunitário de Saúde situa-se no desenvolvimento de suas ações ao: realizar mapeamento e cadastramento dos membros de cada família em sua microárea de atuação; fazer levantamento de informações sobre condições locais de saúde e saneamento e participação do respectivo diagnóstico feito com a equipe do programa; mapear e identificar fatores e áreas de risco à saúde; realizar visitas domiciliares, mantendo a vigilância sobre as condições de saúde das famílias, com especial atenção para gestantes e crianças; realizar atividades coletivas na comunidade, incluindo reuniões com mães e grupos de portadores de uma dada patologia, discussão do diagnóstico de saúde da comunidade, planejamento comum de ações; efetuar ações intersetoriais, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e a defesa solidária dos direitos de cidadania.

Esse rol de ações preconizadas acima descritas e que se não levadas em consideração enquanto norteadoras poderão ser realizadas de forma pontual, gerando condicionamento das ações de forma prescritiva, não sendo suficiente para exercer um trabalho adequado em saúde na qual a responsabilização e vínculo com a comunidade são fundamentais para as mudanças pretendidas, onde o trabalho seja compartilhado, humanizado e que promova a saúde como direito de cidadania. Com isto, torna-se relevante o desenvolvimento de temática para a formação dos ACS, levando em conta o perfil profissional desejado.

CAPÍTULO IV

*"Sem a curiosidade que me move, que me
inquieta, que me insere na busca,
não aprendo nem ensino"*

Paulo Freire

PERCURSO METODOLOGICO

4.1 Introdução

Neste capítulo é apresentada a proposta metodológica definida para o estudo, destacando os percursos desenvolvidos.

Inicia-se com a questão do método qualitativo, e em seguida apresentam-se os procedimentos utilizados na pesquisa: grupos focais, a observação participante e a análise documental. Os dados daí oriundos foram tratados mediante análise de conteúdo, encerrando com considerações éticas.

4.2 O Método

Dada à abrangência do estudo que tem como proposição a análise da percepção do Agente Comunitário de Saúde sobre o papel de formação recebida e a possibilidade de aplicação/mobilização das competências requeridas, para mudanças no processo de trabalho, optou-se pelo estudo exploratório através da abordagem qualitativa, tendo como discussão as Ciências Sociais, para sua compreensão, a qual vem ao encontro à realidade social do estudo, e que Minayo⁴⁸ aponta como sendo o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados transbordantes.

Esse estudo exploratório vem permitir ao pesquisador aumentar sua experiência sobre um determinado problema, contribuindo para que outros problemas de pesquisa sejam levantados, compreendendo o sentido que os sujeitos atribuem aos fatos e acontecimentos de sua vida cotidiana.

Minayo⁴⁸ destaca que as pesquisas qualitativas caracterizam-se como aquelas:

capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Desta forma para a compreensão da diversidade de contextos nos serviços de saúde e comunidade em que se inserem os Agentes Comunitários de Saúde, buscou através de significados e intencionalidade nas suas relações das práticas de saúde, que acontecem em espaço e tempo determinado tendo como eixo o processo de trabalho, o entendimento ampliado de saúde e promoção da saúde e as competências profissionais, as respostas aos objetivos deste estudo. Considera que a pesquisa qualitativa tem como uma de suas bases os relatos orais, concebidos não apenas como relatos que recorrem à experiência individual, mas como discursos que estão inseridos em redes de relações,

marcadas pelas posições que os diversos atores ocupam nessa rede, pelas relações entre eles e entre outros. Nesse sentido, as experiências individuais são também experiências sociais que emergem da interação entre os indivíduos e entre esses e os sistemas sociais em que eles estão inseridos.

Como destaca Minayo⁴⁸ as abordagens qualitativas preocupam-se com aprofundamento e a abrangência da compreensão de um grupo social, de uma política, de uma organização. Ao mesmo tempo, Deslandes & Gomes⁴⁹ enfatiza que “a pesquisa qualitativa contribui para análise de questões ligadas aos serviços de saúde”.

A escolha desta metodologia visa identificar, através da fala, das percepções e subjetividades dos sujeitos, elementos que forneçam subsídios para uma análise das mudanças ocorridas após o Curso de formação inicial de Agente Comunitário de Saúde.

4.3 Cenário da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido em duas Equipes de Saúde da Família, no município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso. O município encontra-se localizado na região Centro-Oeste, com uma área territorial de 3.224,68 km². Segundo dados do IBGE/DATASUS, em 2008, a estimativa populacional foi de 544.737 habitantes, sendo 48,5% população masculina e 51,5% população feminina. Da população total do município, 536.566 hab. são da área urbana (98,5%) e 8.171 hab. da área rural (1,5%);

O município está dividido em quatro regiões administrativas, que define as áreas em Norte (30,70 Km²), Sul (128,63 Km²), Leste (46,01 Km²) e Oeste (49,23 Km²).

Faz limites territoriais com os municípios de: Chapada dos Guimarães, Rosário Oeste, Santo Antonio do Leverger, Acorizal e Várzea Grande. Possui clima tropical Continental, com períodos de chuva (em média 8 meses) e período seco (4 meses). A temperatura média anual de 32,9°C, sendo maior máxima 43°C, menor mínima 18°C. A vegetação nativa do município de Cuiabá caracteriza-se por cerrado, cerradão, mata ciliar, mata semidecídua e mata de encosta. As principais atividades econômicas estão na indústria, comércio e serviços, pecuária e pesca, sendo que na agricultura prevalecem as lavouras de subsistências e hortifrutigranjeiros.

4.3.1 Setor Saúde

O município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, em 1998, dando início a organização da atenção primária à saúde, com a implantação das primeiras equipe de saúde da família, em quatro Unidades Básicas de Saúde (USB).

Nos anos posteriores houve a implantação gradativa de outras equipes de saúde, na ESF de acordo com quadro 01.

A gestão administrativa da rede de serviços é centralizada no nível central, através da Diretoria de Atenção Básica, onde coordenam as atividades do PSF e do PACS.

Segundo o Relatório de Gestão 2008⁵⁰ da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, a rede de serviços municipais é constituída de unidades assistenciais próprias e contratada, configurando em dois níveis: Atenção Básica e Atenção Secundária (Rede Especializada e Hospitalar).

Na Atenção Básica o serviço é composto por: 22 Centros de Saúde na área urbana, 63 Equipes de Saúde da Família, sendo 03 na zona rural e 01 unidade móvel que atendem 22 comunidades.

As Unidades de Saúde da Família e Centros de Saúde estão distribuídas por regiões administrativas, sendo:

Região Norte – 14 USF e 03 Centros de Saúde;

Região Sul – 21 USF e 04 Centros de Saúde;

Região Oeste – 13 USF e 07 Centros de Saúde;

Região Leste – 15 USF e 08 Centros de Saúde;

Observa-se no município o predomínio de dois modelos assistenciais de saúde, a Estratégia Saúde da Família e os Centros de Saúde, alguns com desenvolvimento do PACS.

Na área de Odontologia o município possui implantado somente uma equipe de saúde bucal inserido no PSF da Nossa Senhora da Guia, na modalidade I, com um Cirurgião-dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Os demais seguem o modelo de Clínica Regionalizada de Odontologia, sendo dez distribuídos nas quatro regiões do município oferecendo serviços na área de: dentística, odontopediatria, endodontia, periodontia, prevenção, cirurgia, prótese e atendimento a pacientes especiais.

O município de Cuiabá é referencia para os serviços de média e alta complexidade para todo o Estado de Mato Grosso. A Atenção Secundária coordena a rede Especializada e Hospitalar sendo constituída de: 05 Policlínicas (Regiões: Norte 01, Sul 02, Leste 01, Oeste 01), 01 Centro de Reabilitação e 05 Núcleos; 09 Residências Terapêuticas (média de 8 usuários em cada); 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 03 Laboratórios de Patologia Clínica (municipal, estadual, contratado); 01 Serviço Ambulatorial Especializado (SAE); 01 Centro de Especialidades Médicas (CEM); 32 serviços complementares ao SUS/Cuiabá de apoio, diagnóstico, terapêutico;

01 Pronto Socorro Municipal; 02 Hospitais Públicos (01 sob gestão federal e 01 sob gestão estadual); 03 Hospitais Filantrópicos; 18 Hospitais Privados.

O SUS Cuiabá, possui inserido no Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde (CNES) 1.828 leitos hospitalares (0,003 leitos/habitantes), sendo que 62,8% estão vinculados ao SUS.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é composto por 20 titulares, sendo que na sua estrutura compõem também os Conselhos Gestores Locais, estando distribuídos por regiões: Norte 10; Sul 10; Leste 06; Oeste 08, Zona Rural 02 e Região central de Cuiabá por um representante do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá.

A escolha de Cuiabá para este estudo deve-se à proximidade que tem dos pesquisados, bem como do curso ter sido executado neste município no período de outubro de 2006 a julho de 2007.

4.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados procedimentos metodológicos diversificados, com vistas a múltiplas abordagens da realidade social, privilegiando os diversos sujeitos da pesquisa. Considerando a triangulação quanto a diversidades de fontes de dados, para o estudo utilizou-se grupo focal, como técnica principal, e a observação participante e análise documental, como complementar.

O Grupo focal foi utilizado no entendimento de como se formam e se diferem as percepções, opiniões e atitudes acerca de um fato, produto ou serviço.

Minayo⁴⁸ considera que o grupo focal é:

uma técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, pois se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população.

Segundo a autora, para a realização dos grupos focais, preconiza reuniões com números pequenos de informantes, com a participação de um moderador, cuja função importante é focalizar e aprofundar as discussões de acordo com os propósitos da pesquisa. Durante a realização do grupo focal, as falas foram gravadas digitalmente com consentimento, para posterior transcrição para análise.

As questões norteadoras dirigidas para o ACS foram exploradas seus conhecimentos sobre os conceitos de saúde e promoção da saúde, o desenvolvimento do curso, a importância do mesmo para ele, as mudanças ocorridas nas práticas, os aspectos que facilitaram o aprendizado, as dificuldades do processo formativo, as peculiaridades e subjetividades do trabalho, e outros.

Para seleção dos ACS que participariam no grupo focal foram considerados os que realizaram o curso de qualificação em Agente Comunitário de Saúde, módulo I; tempo de implantação da equipe saúde da família e área de cobertura. Com isso pretendeu-se trazer a diversidade das experiências que se refletiriam na sua percepção. Assim foi realizado o grupo focal com 04 ACS, provenientes de equipes da zona urbana e rural.

De acordo com Minayo⁴⁸ “uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”. É o que Bertaux apud Tavares²⁷ conceitua como *índice de saturação*, isto é, o fenômeno pelo qual, passado certo número de entrevistas, o pesquisador tem a impressão de que a apreensão do objeto está contemplada em suas semelhanças e diferenças. Por este critério nossa amostra permitiu a coleta de dados suficiente para o estudo, uma vez que possibilitaram entendimento dos significados e sentidos que os ACS consideram ao seu processo de trabalho.

Na organização do grupo focal, o contato inicial foi feito com a Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas, da Secretaria Municipal de Saúde, através de documento oficial, agendando datas e solicitando a liberação dos ACS, lotados em duas equipes da saúde da família, cujo critério esta explicitado acima. Na operacionalização do grupo focal, houve barreiras para liberação dos mesmos do serviço, sob alegação que não poderiam liberá-los no horário de trabalho. A autorização previa para que fosse realizado o estudo somente no próprio local de serviço.

As categorias principais abordadas foram: *Conceito de saúde e Promoção da Saúde. Processo de Trabalho; Competências profissionais e formação dos agentes;*

4.5 Os Sujeitos da Pesquisa

Os Agentes Comunitários de Saúde, sujeitos desta pesquisa e egressos do curso de formação inicial em Agentes Comunitários de Saúde, de uma instituição formadora de nível técnico de um Estado da região centro oeste conforme referido no capítulo dois, no período de 2006 a 2007, são integrantes de equipes saúde da família, tanto da zona urbana quanto da rural.

Os ACSs apresentaram nas falas muitos significados, em que foram observadas interlocuções entre eles que permitiram complementações dos temas discutidos, e posturas bastante receptivas, com participação efetiva. Decidiu-se deixar que às vezes uma fala fosse muito longa, devido à oportunidade e riqueza de exposição sem prejudicar o grupo como um todo. Além disso também pôde ser evidenciado mesmo

quando as falas eram contrastantes, integração que possibilitou respeito e debate tranqüilo.

Tanto para os ACS como para as equipes foram utilizados codinomes que não os identificassem. A USF de Primavera é responsável pelo acompanhamento de 2.937 pessoas, tendo 869 famílias cadastradas. Possui 07 micros áreas cobertas com ACS, distribuídas entre zona rural e urbana. Programas implantados na unidade: Diabetes e Hipertensão, Atendimento à gestante, Puericultura, Hanseníase e Tuberculose. As doenças que mais acometem os adultos são as crônicas degenerativas como hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose, e nas crianças são as doenças diarréicas. A equipe de Saúde da Família de Primavera é composta por um médico de família, um enfermeiro, um odontólogo, dois técnicos de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. Dos sete ACS, três não realizaram o curso de formação inicial, pois foram selecionados após o término do mesmo. A USF de Mangabeiras atende uma população de 3.207 pessoas, sendo 1.617 do sexo femininos e 1.590 masculinos. Na faixa etária de 1 a 4 anos possuem cadastradas 202 crianças, (90 femininos e 112 masculino). A equipe de Saúde da Família de Mangabeira é composta por um médico de família, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. Um ACS, não realizou o curso de formação inicial. Doenças que mais acometem são diarréias, infecções das vias aéreas superiores, hipertensão arterial e verminose.

Os participantes estão na faixa etária de 25 a 35 anos, sendo que são trabalhadores jovens, com escolaridade do ensino médio completo, tendo um ACS cursado até o 6º ano. Dois ACS residem em vilarejos, da zona rural. Todos apresentam em média cinco a oito anos no serviço, sendo três do sexo feminino e um do masculino. O vínculo do trabalho ainda é através de contrato, com características próprias do município, asseguradas por Lei.

Observação Participante é considerada como parte integrante do trabalho de campo, é quando o pesquisador fica frente a frente com os observados, e tem vantagens do contato pessoal do pesquisador com o fenômeno pesquisado; a aproximação à perspectiva dos sujeitos, facilitando a apreensão de sua visão de mundo, ou seja, dos significados que atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações.

Neste estudo a técnica de observação participante foi desenvolvida concomitante com grupo focal, na modalidade complementar. Segundo Minayo⁴⁸ este método prevê diferentes formas de inserção no grupo a ser pesquisado. Portanto esta técnica foi selecionada, tendo em vista a possibilidade de se captar a realidade dos sujeitos estudados, utilizando a observação no momento do estudo, registrando assim,

os seus discursos, relações entre o grupo, e com o objeto do estudo, e os sentidos dados pelos sujeitos na obtenção de aspectos da realidade abordada. Os dados obtidos foram registrados em um diário de campo. (Apêndice A)

No desenvolvimento do trabalho, observou-se, que o grupo fluiu com muito respeito nas discussões apresentando interesse, participação e vínculo de amizade entre eles. Quanto à assimilação dos temas discutidos observa-se que alguns ACS tiveram dificuldades em entendimento dos mesmos, principalmente quanto ao tema competência profissional.

Na Pesquisa documental foram analisados os Referenciais Curriculares do curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde; a Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDB); o Decreto Federal nº 2.208, de 17 de abril de 1997, que regulamenta o § 2º do artigo 36 e os artigos 39 a 42 da LDB; Decreto nº 3.189 de 4 de Outubro de 1999; O plano de curso apresentado pela ESPMT ao MS; e outros documentos e Leis referentes à Atenção Primária.

Segundo Richardson,⁵¹ a análise documental consiste:

em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas.

4.6 Análise dos dados

Sendo uma pesquisa de abordagem qualitativa, o estudo utilizou para o tratamento dos dados o método da Análise de Conteúdo. De acordo com Bardin apud Minayo⁴⁸ a Análise de Conteúdo pode ser definida como:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens.

Para o desenvolvimento da análise de conteúdo podem ser utilizadas as técnicas de Análise da Enunciação e Análise Temática. Nesse estudo foi realizado a análise de conteúdo Temática proposto por Minayo:⁴⁸

fazer uma análise temática consiste em desvelar os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou a frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, promovido pela análise temática, é organizada em três etapas, compreendidas como:

- a) Pré-análise: é realizada a seleção dos documentos a serem analisados; com retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa e elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final.
- b) Exploração do material: quando acontece a transformação dos dados brutos, para o alcance do núcleo de compreensão do texto.
- c) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretados: quando os dados brutos são submetidos a operações complexas que permitem colocar em destaque as informações obtidas. A partir daí propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico.

Esta mesma autora (of.cit) destaca que a análise dentro da investigação social possui três funções: heurística, que compreende a descoberta das pesquisas; parte de hipóteses provisórias, informa-as ou as confirma e levanta outras; ampliação da compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens.

A análise de conteúdo visa, portando, “a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica em relação à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação”⁴⁸

4.7 Considerações Éticas

Este estudo segue as normas e diretrizes da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁵². Ao utilizar como uma das técnicas de pesquisa a entrevista com atores envolvidos no serviço contempla este pré-requisito e foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP), através do Parecer nº. 64/09 – CAAE 0068.0031.000.09 resguardando os interesses dos sujeitos envolvidos, os quais tiveram suas identidades e endereços preservados e mantidos em sigilo.

Para a sua realização, encaminhou-se um requerimento à Diretoria de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), solicitando o consentimento para o estudo e a liberação dos sujeitos das Unidades Básicas de saúde, na participação do grupo focal. Em relação aos sujeitos do estudo os mesmos foram informados sobre os objetivos e procedimentos do mesmo, tendo os participantes do Grupo Focal preenchido o Protocolo de roteiro do grupo focal (Apêndice B) e assinado o Termo de consentimento livre e esclarecido. (Apêndice C)

CAPÍTULO V

"Não é, porém, a esperança um cruzar de braços e esperar. Movo-me na esperança enquanto luto e, se luto com esperança, espero."

Paulo Freire

RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Introdução

Foram realizadas estratégias metodológicas variadas, conforme já explicitado no capítulo anterior que possibilitaram o alcance dos objetivos desse estudo. Essas abordagens favoreceram a análise dos princípios e objetivos do curso de Técnico em Agente Comunitário de Saúde (ACS), módulo I, referente à formação inicial, onde buscou conhecer a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a formação recebida, e as competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho com base nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

As categorias principais abordadas foram: *Conceito de Saúde e Promoção da Saúde. Processo de Trabalho; Competências Profissionais e Formação dos Agentes;*

Nesta configuração, este capítulo se subdivide nas seguintes categorias:

5.2 Conceitos de Saúde e Promoção da Saúde

5.3. Processo de Trabalho dos ACS

5.3.1 Acolhimento

5.3.2 Acessibilidade

5.3.3 Trabalho em Equipe

5.4. Competências Profissionais e Formação dos Agentes

5.5 Contextualizações das bases legais da profissionalização

5.6. Análise do Plano de Curso

5.2 Conceitos de saúde e Promoção da Saúde

5.2.1 *Conceito de Saúde*

Observa-se que nas falas do GF a percepção sobre o conceito de saúde não está mais centrada na abordagem biomédica, individualizada, como simples ausência de doença, mas existe uma ampliação de visão dos ACS ao entender a saúde como um direito humano fundamental, que deve ser ofertado pelo poder público de forma justa para a população, com vistas à qualidade de vida.

Na Constituição Federal de 1988, é bem explícito no art. 196 que a:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁵

Nas falas denota-se a necessidade imperativa de medidas a serem realizadas pelo poder público que venham ofertar melhores condições de saúde e bem estar à comunidade, e que a ausência dessas medidas, influencia na atuação de cada profissional enquanto limite de seu trabalho.

“[...] ter direito ao lazer, ao saneamento básico, direito de alimentação e saúde. Tudo isso abrange conceito de saúde”; (Orquídea, USF Primavera)

“[...] E ter direito a saneamento, alimentação, esporte e lazer. [...] Mas o que é mais preciso, é saúde de qualidade. [...] Ter saneamento nas ruas, pois tem muitas crianças no posto que tem muitas verminoses. São coisas que não depende de nós, não depende do médico não depende da enfermeira, depende do poder publico. [...] São coisas que não está ao nosso alcance” (Lírio, USF Primavera)

Nos relatos que seguem, complementando os já citados são observados que nas definições referente ao conceito de saúde foram considerados os determinantes sociais da saúde (DSS), como fatores primordiais que intervêm sobre o campo da saúde. Nas falas eles conseguem transmitir através de simples colocações o enfoque utilizado por Lalonde (1974) quando referem aos quatros componentes que envolvem a saúde. Observa-se a ênfase dada ao meio ambiente, ao solo, a água, à moradia; e aos processos biológicos que ocorre com a pessoa decorrente da falta de infra-estrutura levando ao adoecimento; a organização do serviço é elencada, ao referenciar a necessidade de serviços de alta complexidade, e o estilo de vida, voltado para o lazer, esporte.

Desta forma a percepção dos ACS quanto à concepção de saúde é bastante ampliada para além dos limites da simples ausência de doença, está relacionada às condições de vida da pessoa e aos fatores que causam impacto direto na sua saúde. Evidencia também um entendimento da necessidade de políticas públicas intersetoriais como fator estruturante para uma boa qualidade de vida.

“[...]..É tudo que uma pessoa mais precisa em questão à saúde. [...] Porque a pessoa não adianta ter saúde, se ela não tem uma boa infra-estrutura, o esgoto passa próximo à casa dela. [...] É uma pessoa que ela vem ao posto de saúde, só que ela vai ficar sempre doente, porque ela precisa não só a saúde. O que adianta, ela vai tratar toda a vida e não tem uma boa infra-estrutura. [...] A água até chegar dentro da casa dela com os canos furados, já chega contaminada...se o poder público não oferece uma boa qualidade de vida. [...] Porque qualidade de vida existe sim dentro de casa, só que é preciso que o poder publico ajude com educação, infra-estrutura, saúde, tudo que envolve prefeitura, governo, tem que ajudar. Pois podem arrumar 1000 médicos dentro de um posto de saúde se não houver infra-estrutura.” (Rosa, USF Mangabeiras)

Para Sabroza⁵³, os conceitos de saúde são definidos a partir de interações com outros conceitos com os quais se relacionam. Desta forma, os conceitos de saúde e promoção da saúde, se interagem, na mesma proporção.

5.2.2 *Promoção da Saúde*

A Promoção da Saúde sustentada nesse estudo refere-se às estratégias e ou ações que visam melhorar e aprimorar a saúde das pessoas, tendo como enfoque uma visão integral do seu conceito ampliado, ressaltando os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida da população e o direito ao bem-estar social. Destaca a necessidade de capacitação dos indivíduos em suas comunidades, de forma que passem a atuar na melhoria das condições de vida.

A promoção da saúde é percebida, não como um objetivo em si, mas como recurso da vida cotidiana, dentro de um conceito positivo, onde são enfatizados os meios sociais e pessoais, e as habilidades.

Desta forma, para Buss⁴¹, as estratégias da Promoção da Saúde “visam criar mecanismos institucionais que facilitem o *empowerment* e certos deslocamentos de poder técnico, administrativo e político no sentido de alterar os modos tecnológicos de intervenção sobre necessidades, projetos e ideais de saúde.”

A Carta de Ottawa, como marco referencial da promoção da saúde refere que a promoção não é específica apenas do setor saúde, mas ao contrário ele perpassa por políticas intersetoriais, sendo requisitos para a saúde: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, o eco-sistema estável, a justiça social e a equidade.

Com base nesse contexto, o Ministério da Saúde, em 2006, institui através da Portaria nº. 687/GM, a Política Nacional de Promoção da Saúde, com objetivo de:

promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.⁴⁵

É importante ressaltar a riqueza de sentido que o grupo apresentou no processo de reflexão sobre a promoção da saúde e as fragilidades da aplicação no processo de trabalho. O termo promoção da saúde, na conceituação dos ACS, demonstra clareza da dificuldade de sua operacionalização principalmente aos seus conceito que diz respeito a *empowerment* e participação social. De acordo com a fala abaixo, o ACS destaca no seu trabalho a realização de atividades educativas, com intuito de promover transformação dos comportamentos dos indivíduos, através dos enfoques relacionados aos hábitos e estilo de vida, que geram riscos de doença, mas que são passíveis de mudança, principalmente sob controle dos próprios usuários.

Nesta fala se refere ao desenvolvimento de atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, onde são enfocados os estilos de vida, considerando os trabalhos educativos, relacionados com riscos comportamentais

passíveis de mudança, que estariam, pelo menos em parte, sob controle dos próprios indivíduos. É uma visão conservadora da promoção da saúde, mas que ainda é bastante presente no entendimento dos ACS em particular e dos profissionais de saúde em geral:

“[...] promoção é quando alguma coisa está em promoção é para adquirir. [...] Então todo mundo adquirir as facilidades que a gente vai até eles levar, então a gente leva promoção da saúde até eles. [...] Porque a gente oferece a eles uma maneira mais fácil deles evitarem a doença. [...] Então como vou fazer uma prevenção, [...] só que eles não sabem que a maioria dos hábitos e do processo de vida deles podem causar uma doença pra eles mais tarde. [...] Então o que a gente faz. [...] A promoção é antes que ele venha adoecer. Uma pessoa que tem hábito de vida ruim, que tem sedentarismo, comidas muito gorda, coisa assim fica em casa. [...] A gente vem promover que ela ande que ela venha fazer caminhada, a gente está fazendo promoção dentro daquela casa. [...] A gente tem de explicar como é porque cada pessoa tem um entendimento e um consentimento, a partir do momento que você está falando as pessoas entendem diferente. [...] Um das pessoas entende que você está ajudando a outra acha que você está criticando. [...] A promoção é tudo que vem ajudar a pessoa no âmbito de vida dela, mudar. A gente está promovendo saúde para ela” (Rosa, USF Mangabeiras)

Conforme pode ser também observado existe uma confusão conceitual entre prevenção e promoção, ficando claro que as ações de prevenção predominam entre as falas, dado que a saúde é colocada como responsabilidade individual. Isto leva a uma evidência, de que embora existam possibilidades imensas de se trabalhar com o modelo da determinação social da saúde na compreensão dos determinantes enquanto recursos para a saúde, o seu foco ainda está restrito a risco e doenças. Além disso, podem-se ressaltar as questões intersubjetivas, que apresentam uma infinidade de comportamentos, cujos enfrentamentos não se restringem as respostas técnicas, mas que podem significar momentos de aprendizagem em geral pouco aproveitados nos processos educacionais, tendo em vista que perpassam pela ética, emoções, sentimentos, pensamentos, culturas e atitudes não reconhecidos formalmente no âmbito escolar:

“[] A gente espera que as pessoas ajude a gente como fazer estratégia para entrar dentro de uma família. A gente tem que armar estratégia para entrar. Ex.: ‘Tinha uma menina com 14 anos, ela tomou citotex, estava em casa há 5 dias sangrando, e todo dia ela mandava me chamar no posto, eu ia na casa dela e encontrava ela deitada, toda suja sangrando, somente eu que sabia, a mãe não podia saber. Eu sentei com a equipe da minha unidade aconselhei a ir na Policlínica, já que ela não queria que ninguém soubesse. Ela foi e melhorou. [] Ela freqüentava o Projovem, eles estavam também a procura dela e não sabiam onde ela estava. [] Conversei com a minha equipe se a gente não poderia estar fazendo alguma coisa para esses adolescentes sobre aborto, porque isso aconteceu e eu não sabia como falar pra ela que isso poderia matar ela tomando citotex, e sem orientação nenhuma, eu não poderia ficar com isso comigo. [] Saímos toda a equipe e fomos no Projovem e lá estava 15 adolescentes. [] Fomos eu, a médica, a enfermeira, 5 agentes comunitário de saúde e 2 técnica de enfermagem. A gente montou um teatro e jogamos para eles fazerem a peça. Essa menina entendeu que era pra ela. Sei que ela mostrou na peça, o que tinha acontecido com ela há uma semana. Foi emocionante” (Rosa, USF Mangabeiras)

Nesse sentido, identifica-se na fala da ACS o que Dejours⁵⁴ aponta sobre o trabalhador que ao realizar uma atividade se depara entre o trabalho prescrito e o real. O autor ressalta que no trabalho prescrito não são previstas as inúmeras dificuldades que

podem aparecer no cotidiano do trabalho real, ou seja, os imprevistos e dificuldades da atividade profissional. Desta forma o que está prescrito nunca contempla a totalidade da realidade com que se depara o trabalhador. Assim o ACS ao desenvolver as atividades de promoção da saúde, ele aprende através das situações, ele adapta de acordo com as necessidades, ele decide a melhor forma de execução. É desta forma que no cotidiano são construídos novos saberes, novas relações profissionais e elaboração de novos significados.

Observa-se na fala abaixo uma compreensão do conceito de promoção da saúde, ao relacionar as condições de vida, com as possibilidades de adoecimento, assim como, buscar novas formas de interagir, de desenvolver ações educativas mais participativas. É na contextualização de um ambiente saudável, boa alimentação, com educação, comunicação e informação, que se constroem ações de promoção da saúde. Nota-se também que na fala existe um diálogo implícito, onde a escuta é ponto fundamental estabelecido entre o ACS e a família, ao referir-se à conversa com momento de busca ativa, para conhecimento das condições de vida das pessoas. No entanto, ainda apresenta uma visão reduzida, quando não coloca a participação e as ações educativas voltadas para processo de ensinar e aprender, ficando restrito à intenção de sempre fornecer a orientação e informação. Nesse sentido há necessidade da escola rever a forma de ensinar, de maneira que consiga ultrapassar os limites inerentes ao campo da saúde, para as práticas de uma promoção mais efetiva.

“[] é levar a saúde até a casa, as famílias, é conversar, é saber como é a vida dessa pessoa, é procurar saber como é a sua alimentação, como é a higiene dessa casa, como é o convívio dessa casa, se percebe que essa pessoa está tendo dores de cabeça, se tem diarreia. [] É levar informação. [] A gente pergunta sempre ‘como é a família da senhora’, a gente já vem orientar. [] É levar orientação e informação, ao mesmo tempo fazendo busca ativa, pois é conversando que descobre o que essa pessoa tem, e ao mesmo tempo promovendo a saúde.” (Lírio, USF Primavera)

5.3 Processo de Trabalho dos ACS

A concepção sobre trabalho contido nas falas dos ACS revelou seus diferentes significados e serviram de baliza como um dos elementos para repensar a relação entre o processo de trabalho e a formação necessária para mudança de modelo.

Também os dados expressam a concepção luckacsiano²⁴, da consideração do trabalho que vai além de uma atividade, mas também possibilitando reflexão, criação, coordenação e experiência. Igualmente evidencia a percepção das características singulares deste processo de trabalho onde se destacou: *o acolhimento e humanização, acessibilidade e trabalho em equipe.*

5.3.1 Acolhimento e Humanização

O acolhimento como elemento constitutivo da humanização vem através da Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS:

propor nova postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.⁵⁵

Estas categorias nas falas dos ACS, foram ressaltadas a sua importância como elementos do processo de trabalho em saúde, inclusive com ênfase do envolvimento com a família-sujeitos da atenção.

“[...] É trabalho de prevenção da saúde da comunidade que espera por alguma coisa melhor, e a gente vai até eles pra fazer essa melhoria. [...] O que a gente pode ajudar a gente ajuda, e o que a gente pode facilitar para eles também é facilitado” (Rosa, USF Mangabeiras)

“[...]Eu tenho anos trabalhando, então a gente faz até parte da família, mesmo, aquela intimidade, a gente é até psicólogo. Até da pessoa vir contar os problemas deles pra gente aqui. [...] as vezes eles só querem conversar, não querem nem atendimento, nem atenção do médico, só conversar já resolve. [...]é muito bom o nosso trabalho, a gente procura fazer o melhor mesmo, para que eles fiquem satisfeitos com o nosso trabalho” (Orquídea, USF Primavera)

Observa-se, no entanto algumas contradições, pois nem todos os componentes da equipe têm essas concepções com a mesma intensidade com que é absorvida pelos agentes de saúde. Segundo os depoimentos no grupo focal existe uma insatisfação da comunidade pelo atendimento no serviço, o que prejudica o processo de trabalho dos ACS, pois muitas vezes existe distancia entre sua atuação e as barreiras organizacionais encontradas quando as famílias não conseguem aquele atendimento necessário, principalmente quando essas pessoas são provenientes da zona rural.

“[...] eles não são tratados como nós tratamos eles, como nós prometemos pra eles que vai ser, isso é que é difícil de trabalhar, porque às vezes quando a gente volta na próxima visita ..'eu não vou voltar lá, porque não funciona da maneira que você prometeu que funciona', isso eles dizem para mim” (Lírio, USF Primavera)

“[...] As vezes pode ser na recepção, pode ser até o técnico de enfermagem mesmo que não trata eles como deveria ser tratado, [...] o médico ou enfermeiro mesmo...” (Orquídea, USF Primavera)

Esta situação poderia ser superada, se as USF estivessem organizadas de acordo com o novo modelo de atenção, privilegiando a integralidade das ações. A vinda do usuário à unidade é o momento em que se aproveita para realizar muitas atividades principalmente ações educativas, e ao mesmo tempo escutar os problemas que eles

trazem para um planejamento das ações, com vistas à mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços.

Um dos grandes desafios enfrentados pelo SUS, desde a sua criação é a superação do modelo biomédico para o novo modelo de atenção, através de mudanças nas práticas dos serviços, pelos profissionais. Para que isto aconteça, requer adoção de novas posturas e práticas nas ações de atendimento, tendo como eixo central do trabalho o acolhimento, entendido como um processo participativo de trabalho em equipe para construção de vínculos entre trabalhador-usuário, numa relação de confiança e compromisso.

Baseado na construção de um novo fazer significa dizer que o acolhimento das práticas de saúde é:

um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários⁵⁵

Para Franco⁵⁶ o acolhimento enquanto diretriz operacional propõe inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: 1) acessibilidade garantindo atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; 2) reorganização do processo de trabalho através do trabalho com equipe multiprofissional, deslocando do eixo central do médico; 3) base humanitária, de solidariedade e cidadania, qualificando a relação trabalhador e usuário.

Outro aspecto importante observado na percepção do GF foi à ênfase dada na resolução das necessidades do usuário, dentro do seu processo de trabalho como realização do mesmo de forma integral, mas com limites, ao extrapolar do seu campo de atuação para outras possibilidades de intervenção, que dependa da ação de outros profissionais:

“[...] A nossa parte nós conseguimos resolver tudo, tudo... só tem algumas coisas que não podemos e não estão ao nosso alcance. [...] O que está no nosso alcance a gente faz, algumas partes que depende do médico, da enfermeira, tem a frente, a questão de vaga né”
(Lírio, USF Primavera)

5.3.2 Acessibilidade

Nas falas do GF também se evidenciou dificuldade na acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, sendo que muitas vezes eles já chegam com agravos sérios. Na percepção dos ACS, isto exprime um fator importante que é a forma como o usuário percebe a ESF. Mesmo tendo nº suficiente de consultas diários, nas falas está implícito a dificuldade do atendimento, a oferta dos serviços de saúde, e organização das ações, de acordo com as demandas e necessidades da população.

“As vezes nem consegue fazer o PSF como deveria ser feito”(Orquídea, ESF Mangabeiras)

“..... PSF trabalha a prevenção e tem que ser agendado, [...] as pessoas chegam aqui como se fosse o Pronto Socorro para ser atendido. Às vezes está acontecendo é isso, por falta de médico, já chegam doente e tem que atender, não pode mandar embora. [...] Aí recebe o atendimento não tão bom como se fosse agendado. que o numero para consulta a ser agendado é 12 de manha e a tarde ”(Orquídea, ESF Mangabeiras)

“Isso atrapalha o programa, vagas para crianças, gestantes, hipertensos e acaba vindo ao PSF no dia em que atende” (Aroeira, ESF Mangabeiras)

Por tudo isso na fala do ACS, evidencia uma das suas atribuições:

“..... é levar até a comunidade um esclarecimento”; (Aroeira, ESF Mangabeiras)

5.3.3 Trabalho em Equipe

O Trabalho em equipe é considerado como eixo orientador, fundamental para a integralidade do processo de trabalho na estratégia saúde da família, pois requer a visão interdisciplinar para lidar com a complexidade das práticas do serviço, considerando os contextos que envolvem as dimensões sociais, familiar, política e outras. Propõe articulação dos saberes, para ações interdisciplinares entre a diversidade de profissionais, com envolvimento, participação e responsabilidade na resolução das necessidades de saúde do usuário, através de intervenções nos fatores determinantes que interferem no processo saúde-doença, na realidade do trabalho em que estão inseridos. Peduzzi⁵⁷ refere que o “trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho [...] ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência”. Esta mesma autora argumenta que, para:

a construção do trabalho em equipe integrada necessita promover a mudança da lógica que orienta os processos de trabalho e a organização do serviço – do modelo biomédico e do paroxismo instrumental tecnocientífico para a lógica da integralidade e do cuidado em saúde.³²

A fala que segue evidencia que na percepção dos ACS o trabalho em equipe possui limites na efetivação das práticas dos serviços, tendo como conseqüências rupturas nessa relação de intercomplementariedade do desenvolvimento das ações de saúde, pelos diversos profissionais:

“[...] A gente trabalha em equipe, mas nem sempre funciona assim na integralidade mesmo, na prática... [...] a gente vai até as famílias procura dar uma resolutividade para eles, mas quando chega à unidade.....” (Lírio, USF Primavera)

Muitos autores já analisaram os limites desta categoria na prática dos serviços e os desafios impostos ao se trabalhar com equipes multiprofissionais, e enfatiza a sua importância como elemento primordial da integralidade em saúde.

Outra concepção que aflorou no grupo, e que é evidenciado na fala, se refere à conformação de trabalho em equipe, que se dá no momento de reuniões, para discussão das atividades.

“[...] temos reuniões onde é discutido sobre esse assunto (trabalho em equipe), resolvemos nessas reuniões o que a gente faz” (Lírio, USF Primavera)

5.4 Competências profissionais e Formação dos agentes

Na fala do ACS a noção de competência profissional é visto como um potencial de trabalho em equipe, nisto esta de acordo com Zarifian¹⁷ ao afirmar que competência está “no reconhecimento da possibilidade de novas formas de mobilização dos coletivos de trabalho”.

“[...] A competência da gente enquanto equipe, todos tem que ser competente, só que nem todos leva essa competência consigo mesmo para atender o próximo” (Rosa, USF Mangabeiras)

“Concordo com tudo que a colega falou. Porque senão não consegue trabalhar, até mesmo em equipe, se não tiver essa competência. É cobrando também alguma falha que vem acontecendo” (Orquídea, USF Primavera)

Evidencia-se nas falas que o curso, conseguiu trabalhar os conhecimentos necessários para a prática da profissão, foi dado um cunho valorativo ao profissional, aliado aos conteúdos que eles consideram mais como a adquirir informação e conhecimento, e à adquirir maior planejamento e organização do trabalho, mas existe um vazio no entendimento de competências, como demonstra as falas acima. Percebe-se que foram contempladas atividades de trabalho baseadas no cotidiano do aluno, aproximando-o das situações reais de sua vida, as quais devem fazer parte da sua formação para o exercício da cidadania. Nisto é considerado ponto fundamental, o confronto da teoria e prática (ensino/serviço/comunidade), ressaltado por Demo⁵⁸ ao referir que “não se pode realizar prática criativa sem retorno constante à teoria, bem como não se pode fecundar a teoria sem confronto com a prática”. Ainda assim, observa fragilidades nas falas em relação a sua formação,

“Foi bastante gratificante. Aprendemos bastante como trabalhar com o pessoal e ter mais informação e qualificação na formação. Valeu a pena. Hoje temos como colocar em prática no dia a dia, e desenvolver o trabalho com qualidade.” (Lírio, USF Primavera)

Pela sua criação o Agente Comunitário de Saúde atua na e sobre a realidade sendo ponto fundamental estar articulado com a realidade, o que se constitui para a profissão, um constante desafio. Isto implica também na autonomia dos sujeitos para sua própria expressão e transformação no campo de trabalho, visto que a realidade onde se exerce a ação profissional é ampla e complexa. Assim identifica-se na fala abaixo essa complexidade, que muitas vezes tem que recorrer novamente aos saberes

estruturados para dar conta das dificuldades encontradas. Ao mesmo tempo os Agentes Comunitários de Saúde, reconhecem que competência é a capacidade de cada um estar se mobilizando para resolução dos problemas dos usuários, e a sua importância para o trabalho, principalmente quando referem que para trabalhar com seres humanos, o profissional tem que ser bastante competente.

[...]a competência depende de cada um. [...] O que eu posso fazer. A minha competência vai até onde eu puder fazer ou consigo fazer. A pessoa para mexer com pessoas que são seres humanos, ela tem que ser muito competente. [...] Seria uma pessoa capaz de fazer alguma coisa. Capaz de qualquer barreira que vier, conseguir fazer e resolver. Não adianta dizer que é competente e não conseguir resolver nada. [...] Uma pessoa quando está com algum problema ela precisa de alguém competente para resolver o seu problema, e se você não for competente você não consegue resolver. [...]A competência mostra resultados para alguém. Não adianta uma pessoa que está ali e não mostra resultados. [...] uma pessoa que faz acontece e resolve é uma pessoa competente” (Rosa, ESF Mangabeiras)

Nesta fala é evidenciada a preocupação dos agentes comunitários com o resultado da produção que é a qualidade de vida e dar respostas às necessidades da comunidade.

“[...]Estar preparado para promover qualidade de vida, para saber enfrentar os problemas da comunidade onde ele trabalha, dar resposta para o que a comunidade precisa, promovendo saúde.” (Aroeira, ESF Primavera)

A percepção de competência para este ACS esta centrada na integralidade do usuário, respondendo as suas necessidades de saúde, é o ouvir o usuário.

“[...]A competência de cada um individualmente, digo do ACS, do médico, da enfermeira é trabalhar com seriedade em prol da comunidade e ver a integralidade dele, às vezes ele só quer conversar, uma palavra amiga. Não é só o ACS não é capaz de fazer algo. Nós damos o máximo, até o nº do nosso celular eles tem” (Lírio, ESF Primavera)

“Foi muito bom. Eu aprendi muitas coisas para trabalhar, as diretrizes do SUS, a ter organização. Um planejamento muito melhor. Como a zona rural é muito difícil, orientou como é o funcionamento do SUS. Para falar é difícil, é só fazendo. Antes eu não sabia quase nada, depois da formação tudo mudou. Agora explico para as famílias o que é o SUS. Quando vejo alguma dificuldade abro o livro para ajudar. Os pacientes têm muita crítica. Na formação tive uma clareza porque não funciona como deveria funcionar”. (Orquídea, ESF Primavera)

“Foi ótimo, tive mais conhecimento, mais aprendizado. Entrei para trabalhar sem saber nada. O curso me deu a possibilidade no trabalho, informação, capacitação de metas. Melhorei bastante o que já fazia. Não sabia fazer contagem de gestação e gráficos de criança. Aprendi como dar palestra, como começa e termina. Ter domínio do assunto. Aprendi mexer no SIAB. Agora sei como vai a informação a partir do SIAB. Foi o que esperava. Teve coisas que não era avaliado no dia a dia. Conheci atenção primária, secundária e terciária. As informações daqui pra onde vai. Antes conhecia o básico, depois aprendi melhor.” (Rosa, ESF Mangabeiras)

5.5 Contextualizações das Bases Legais da Profissionalização

Nesse contexto, a análise documental realizada nas legislações oficiais, constituídos de fontes secundárias, possibilitou a apreensão de informações que demonstram os conceitos nucleares que alicerçam a construção e implementação do

processo de formação dos Agentes Comunitários de Saúde frente ao marco teórico proposto.

Definido os documentos prioritários (Quadro 2) procede-se ao fichamento dos mesmos, tendo como eixo principal para discussão a Educação Profissional (EP). Foi realizada a leitura exploratória desses fichamentos, pontuando os núcleos de sentido das categorias temáticas: Processo de Trabalho, Conceito ampliado de Saúde, Promoção da Saúde, Competência e Formação Profissional, que são os elementos constitutivos fundamentais do cotidiano dos Agentes Comunitários de Saúde nas práticas do serviço. Estas categorias propostas para o estudo estão contidas nos referidos documentos oficiais, muitas vezes de modo não explícito, e que para este estudo é considerado o ponto de partida desvelar estes conceitos implícitos, para compreender a relação das ações previstas e a sua operacionalização, e de que forma podem subsidiar no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, na perspectiva de mudança do modelo de atenção.

Encontram-se resumos (Quadro 3), os principais núcleos de sentido do discurso das políticas de educação e da saúde voltado para Atenção Básica, com vistas a formação profissional. A categorização por período anual possibilitou a análise do processo de construção dessas temáticas e como se articulam nas interfaces do setor Saúde e Educação, compreendidos os anos de 1996 a 2006.

Torna-se importante, no entanto, trazer a reflexão sobre o início da profissionalização na saúde, procedendo à contextualização das bases legais referidas.

Esta profissionalização se originou no MS, com o Projeto Larga Escala surgido em 1981, tendo como idealizadora Izabel dos Santos, consultora da OPAS. Foi o grande precursor para formação de pessoal em nível médio e elementar, para os serviços básicos de saúde, com a utilização de estratégias para superação das falhas de escolarização dos seus trabalhadores.

A construção desta proposta pedagógica trouxe para a área da saúde a discussão da educação, e de como operacionalizá-la atendendo aos requisitos legais da Lei 5.692/71, em vigor, voltada para uma organização curricular mecanicista e tecnicista, sem flexibilidade, onde a reflexão e as subjetividades não eram contempladas. Somado a isso existia, a “rigidez dos Conselhos Estaduais de Educação”⁵⁹, voltado para o cumprimento dos objetivos propostos, mecanizando o processo educativo.

Para legitimização desse processo foram realizadas cooperação entre Ministérios da Saúde e Educação, e com base no Parecer 699/72³, foi proposta uma

³ Parecer do CFE N° 699 de 05 de julho de 1972, que estrutura o ensino supletivo⁵⁶

metodologia de educação em serviço que contemplasse à realidade loco regional, com professores preparados adequadamente, atendendo o princípio da descentralização, e utilizando o local de trabalho como o “locus” de ensino.

Nesse contexto, é concebido um projeto de profissionalização e qualificação para trabalhadores da saúde, sem formação específica, tendo como eixo fundamental a transformação social. Em entrevista a Castro, Santana e Nogueira⁵⁹, Izabel dos Santos refere que a escola para estes trabalhadores teria que ter “compromisso com o fazer, com a aplicação do conhecimento, com a prática, com o desempenho”, ou seja, sua proposta deveria contemplar a integração ensino-serviço, a partir de situações reais e cotidianas do trabalho, possibilitando o surgimento de um indivíduo ativo, com autonomia na produção do seu conhecimento, e capacidade para modificar o seu ambiente.

Com a reforma sanitária e a consolidação do SUS, houve aumento da demanda para formação dos trabalhadores do setor saúde, tendo em vista à competência pela ordenação dos seus recursos humanos para o setor, contemplados na Constituição Federal, tendo como princípios norteadores, a universalidade, a integralidade, e a equidade. A NOB/96 veio fortalecer e preparar os Estados para dar conta da descentralização das ações, e expandir a Atenção Básica nos Estados.

Assim, desde a reforma sanitária, o MS vem implantando outros processos de profissionalização na área da saúde, para dar conta da formação dos seus trabalhadores que exercem as atividades sem qualificação profissional e muitas vezes sem escolaridade devida. De acordo com o Relatório de Gestão 2006⁶⁰ do MS, esses processos formativos foram fortalecidos através da Política de Educação Profissional desenvolvido pela Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e sua respectiva Coordenação de Ações Técnicas na Saúde, buscando fortalecer a rede de educação profissional em saúde mantida pelo SUS, mediante ações de: Apoio ao desenvolvimento das 26 Escolas Técnicas em Saúde existentes; Criação de novas Escolas Técnicas; Atividades de extensão e produção de conhecimentos; Estímulos à criação de processos metodológicos inovadores e outras ações.

Assim, na década de 90, ainda em processo de implementação as reformas da Saúde e Educação, tendo em vista as varias transformações econômicas, sociais, políticas e culturais, foi imperativo a necessidade de levar em conta o mundo do trabalho que estava sob impacto de mudanças originadas da incorporação de tecnologias

de base científica, produzindo transformações nos processos produtivos, tanto na indústria como no setor de serviços.

Assim, como afirmação da necessidade de alteração na lógica da educação e no papel do Estado e da sociedade civil, é promulgada a Lei 9.394 (LDB), em 20 de dezembro de 1996, estabelecendo as diretrizes e bases para educação nacional. Nesse sentido as mudanças da forma organizacional do trabalho introduzido pelo modelo toyotista de produção, e as grandes transformações nas relações de trabalho, impôs para a educação novos direcionamentos e novos paradigmas educacionais, voltados para o trabalho multidisciplinar, com inovação, conhecimentos técnicos, criatividade, e outros, para atuação do trabalhador em um cenário constante de mudanças.

Valgas⁶¹ destaca que:

a política educacional está condicionada ao momento histórico vivido pela sociedade e reflete as tendências político-econômicas do mundo social, tendo por objetivo, estabelecer os critérios de organização, seletividade e formas de apropriação do conhecimento, possibilitando o acesso da comunidade a algo fundamental para a existência da humanidade – a educação.

Nesse novo paradigma, com mudanças e alterações nas suas regulamentações educacionais, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9.394/96, trouxe novas concepções ao estabelecer somente dois níveis para a educação que são: a Educação básica e Educação superior. As demais foram definidas como modalidades: Educação de Jovens e Adultos, Educação Especial e a Educação Profissional inserida como modalidade de educação complementar para trabalhadores. Esse novo paradigma educacional visa garantir a escolarização básica, a todos os cidadãos, como prerrogativa fundamental para o desenvolvimento do país.

5.5.1 Na Perspectiva do Processo de Trabalho

Em análise à temática “processo de trabalho” (quadro 3), evidencia que a LDB 9.394/96¹⁵ foi formulada dentro de uma concepção de ensino, onde a educação básica é considerada a base fundamental de todo processo formativo do indivíduo, estando vinculado a essa educação o ‘mundo do trabalho’ e as ‘práticas sociais’. Isto vem possibilitar que todo cidadão trabalhador, possa se adaptar as condições impostas pelo mercado de trabalho, em contextos gerados pelas globalizações, transformações e diversas outras formas de organização produtiva, estando assentado em sólida educação básica. Nessa mudança de cenário, o mundo do trabalho passou a ser o direcionador dos processos de formação, alicerçado em saberes tecnológicos, que permitem assimilar e utilizar recursos para mobilização na sociedade em acelerada transformação.

Nessa concepção, a Educação Profissional (EP) referendada nos artigos 39 a 42 do Capítulo III do Título V, da referida Lei, como modalidade complementar do ensino, necessitou de regulamentação específica, ocorrendo através do Decreto 2.208/97. Para atender esse cenário de constantes mudanças é pensada uma educação profissional diferenciada, que se integre às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, levando o indivíduo ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva, e também articulação com o ensino regular ou diferentes estratégias de educação continuada. Isto significa dizer que EP na Lei 9.394/96 veio oportunizar várias formas de acesso, para o aluno matriculado ou egresso do ensino médio, superior, bem como ao trabalhador em geral, jovem ou adulto. Também priorizou a oferta de cursos livres sem a mesma estar condicionada à escolarização. Nessa concepção a EP foi tratada como qualificação profissional que poderia ser constantemente atualizada por meio de programas de requalificação e de educação continuada. O foco principal dessa reforma educacional ficou sobre a educação básica, como concretude para melhorar o padrão e a qualidade de vida da população.

O decreto 2.208/97 veio regulamentar os dispositivos da LDB, referente à Educação Profissional em seus artigos 39 a 42, definindo objetivos, níveis e as formulações dos currículos plenos. Ele pontua que a EP tem o objetivo de promover a transição entre a escola e o mundo do trabalho. Para tanto, são definidos três níveis de educação profissional: o básico, o técnico e o tecnológico, sendo que o acesso a qualquer um deles independe da realização de outro. Essa transição desenvolver-se-á através dos conhecimentos científico tecnológico, desenvolvidos através da qualificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização profissional e tecnológica, a serem proporcionados nos três níveis. Para tanto o decreto propôs atualização para o exercício de funções demandadas pelo mundo do trabalho, compatíveis com a complexidade tecnológica do trabalho, o grau de conhecimento técnico e o nível de escolaridade, não estando sujeita à regulamentação curricular. Nesse período os cursos foram ofertados de forma livre para atender as necessidades do mundo do trabalho e da sociedade

Em relação aos níveis propostos, com o Decreto os currículos passam a ser organizado em módulos, com caráter de terminalidade, podendo ser emitidos certificados de competências ou de qualificação profissional. Com isso, a escola poderia fazer o aproveitamento de estudos de disciplinas ou módulos cursados.

No campo da saúde, tendo em vista a consolidação do SUS, com a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família, através das

estratégias do PACS e PSF, são aprovadas as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, pelo MS, através da Portaria 1.886/97. O processo de trabalho de dois programas específicos do MS voltado com foco voltado para a Atenção Básica, com função de prestar boa assistência à população através do trabalho de equipes multiprofissional, tinha como objetivo garantir a resolutividade das ações na complexidade tecnológica do serviço, assegurando referencia e contra-referencia ao usuário em diferentes sistemas de acordo com a complexidade. O trabalho é pensado numa adscrição de população, com definição de territorialização, através de mapeamento e cadastramento das famílias. A NOB/96 veio fortalecer a implantação do PACS e PSF, criando incentivos para os municípios desenvolverem ações.

Neste contexto se insere o Agente Comunitário de Saúde, como um ocupacional, selecionado na sua comunidade, sem escolaridade, fazendo parte de uma equipe multiprofissional para o desenvolvimento de atividades de baixa complexidade. Tendo em vista o que preconiza a LDB, e o Decreto 2.208/97, é ofertado para os agentes comunitários cursos e capacitações para o desenvolvimento do trabalho. Baseado no Decreto 2.208/97 referente ao nível básico estão relacionadas às qualificações, especializações, treinamentos, aperfeiçoamentos e atualização profissional que são os cursos não requerem, nível formal de escolaridade e poderiam ser ofertado aos trabalhadores, independente do seu grau de escolaridade.

Assim, dentre os objetivos, no campo específico dos currículos de educação profissional, o desafio que permeia a formação dos ACS está na construção de projetos pedagógicos que permitam a associação entre uma formação básica consistente, com autonomia intelectual que favoreça uma consciência crítica no seu exercício profissional através do ensino-serviço-comunidade (teórica-prática).

Com o decreto nº 3.189/99, onde fixa as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, são preconizadas as atividades do ACS no âmbito do PACS: utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico, sócio-cultural da comunidade; execução de atividades de educação para a saúde; registros de agravos para controle das ações de saúde; estímulo a participação da comunidade nas políticas públicas; Monitoramento de riscos, através de visitas domiciliares periódicas; vínculo direto ou indireto com o Poder Público local. Com a criação da profissão de ACS, o processo do trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde, vem desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, em conformidade com as diretrizes do SUS.

5.5.2 Na Perspectiva da Competência Profissional

A introdução de noções de competência, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9.394/96¹⁵, vem refletir o modo de se pensar a nova educação, de forma que as propostas curriculares contemplem conteúdos e estratégias de aprendizagem que capacitem o ser humano para a vida em sociedade, e para a laboralidade.

Os conhecimentos e habilidades adquiridos por meios informais passam a ser aferidos e reconhecidos mediante exames, e desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva. As reformas curriculares vieram reorientar a prática pedagógica organizada em torno da transmissão de conteúdos disciplinares para uma prática voltada para a construção de competências. Desta forma, o Decreto 2.208/97 preconiza que o aluno tem que adquirir conhecimentos e habilidades gerais e específicas para o exercício de atividades produtivas, para que no exercício do seu trabalho apresente o melhor desempenho.

A formação de profissionais na perspectiva da competência tem como objetivo do preparo de indivíduos a serem aptos para exercerem atividades específicas no trabalho, levando em conta o perfil de competências necessárias à atividade requerida. O MEC definiu através do Decreto 2.208/97 que as habilidades e competências básicas seriam definidas por área profissional, sendo priorizadas 20 áreas profissionais, dentre as quais a saúde.

Segundo o Parecer CNE/CEB nº 16 e a Resolução nº 04/99 definem competência como capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação, valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. Essas competências vêm atender as mudanças, ou seja, o trabalho enquanto ocupação, norteado pelas exigências e interesses do mercado, constituindo-se como base para uma formação ampla e que atenda o perfil determinado para um campo de trabalho. Complementando, nos termos do mesmo parecer: “um técnico precisa ter competências para transitar com maior desenvoltura e atender às várias demandas de uma área profissional, não se restringindo a uma habilitação vinculada especificamente a um posto de trabalho.” Dessa forma, as habilitações profissionais, antes pulverizadas, passam a ser reorganizadas por áreas profissionais, resultando em uma formação com ação profissional ampla e polivalente.

5.5.3 Na Perspectiva do Conceito ampliado de Saúde

Em 1988, a constituição brasileira definiu a ampliação do “conceito” de saúde, considerando fatores como direito ao trabalho, salários condignos, educação,

alimentação, habitação, ao lado de uma política econômica adequada e uma política social prioritária e que, assim entendida, transcenderia a questão de médicos, hospitais e medicamentos.

Com a Lei 9.394/96 não se vislumbrava o conceito de saúde, mas a Lei já ampliava os horizontes, ao garantir os princípios de liberdade, de solidariedade, igualdade de condições, respeito à liberdade, acesso e a permanência do indivíduo à educação profissional, a inclusão social, o pluralismo de idéias. Desta forma estabelece que a formação do indivíduo contemple aspectos sociais, emocionais, físico e mental, para uma educação equânime. Em relação às categorizações referente a Lei 9.394, prioriza implementação de várias estratégias para o avanço da educação, todos os setores e ambientes devem atuar para:

Para tanto, na formulação da LDB, pensou em uma educação igualitária e universal, que saísse do espaço de sala para o trabalho outros espaços de ensino, principalmente o trabalho. Os Parâmetros Nacionais estabelecidos devido à imensidão do país e que a partir das diversidades demográficas poderia ser mudado pela escola através da flexibilidade.

Com o decreto 2.208/97 a educação define o direito a certificação de qualificação profissional com oferecimento obrigatório, de cursos profissionais de nível básico, em sua programação, a trabalhadores com qualquer nível de escolaridade.

Parecer CNE/CEB nº 16 de e a Resolução nº 04/99 refere que a atenção e a assistência à saúde abrangem todas as dimensões do ser humano – biológica, psicológica, social, espiritual, ecológica – e são desenvolvidas por meio de atividades diversificadas.

5.5.4 Na Perspectiva da Promoção da Saúde

Na análise da temática “promoção de saúde” no discurso da LDB 9.394/96¹⁵, visualiza-se aplicação de um conceito amplo e diversificado, que não se restringe somente ao campo da saúde, mas também da educação, de acordo com a Carta de Ottawa, através de ações coordenadas de todas as partes envolvidas. No seu artigo 1º, a LDB, preconiza que a “educação deve abranger os processos formativos desenvolvidos na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”. Desta forma, ela é considerada base fundamental para a formação do indivíduo em cidadão, sendo atribuída responsabilidade a diversidades de atores: a família, as esferas governamentais, as instituições de educação e ensino e a sociedade

como um todo. Todos devem envolver-se neste processo, que vai além dos cuidados de saúde.

A promoção da saúde enquanto estratégia se efetua na prática do ensino tendo em vista a melhoria e a garantia de um padrão de qualidade da educação para a população. Enquanto um elemento primordial para desenvolvimento de políticas públicas educacional, ela vem atuar sobre as desigualdades sociais visando sua redução, ao garantir como direito ao acesso uma educação básica com qualidade a toda população em idade escolar. Propõe articulação intersetorial, fortalecimento e melhoria das habilidades das pessoas para o empoderamento para agir com responsabilidade, bem como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para influenciar nos determinantes da saúde.

Em relação à educação básica, a LDB estabelece áreas que devem fazer parte dos currículos nacionais, resguardadas as diferenças regionais, e define que a elaboração e execução da proposta pedagógica são incumbências da escola, com a participação dos docentes. Nisto se baseia um dos fundamentos da promoção quando enfatiza que as estratégias direcionadas à promoção devem se adaptar as necessidades e possibilidades loco regionais, levando em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

As diretrizes educacionais também enfatizam que a finalidade da educação é o desenvolvimento do educando, para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho. Isto vem propiciar ao trabalhador sua inserção no mundo globalizado, sendo considerado um ponto essencial para o alcance da equidade.

A formação continuada é outra estratégia que passa a ser estimulada, sendo fundamental no exercício profissional, pois pressupõe busca pela atualização, estendendo ao longo de toda a vida do trabalhador.

Em relação ao Decreto 2.208/97 que trata da educação profissional vem reforçar que os órgãos normativos do respectivo sistema de ensino complementarão as diretrizes definidas no âmbito nacional e estabelecerão seus currículos básicos. Assim, propõe que a EP esteja adaptada às necessidades locais e às possibilidades de cada Estado e região, levando em conta as diferenças.

Em 1997, com a Portaria 1.886 do MS, a promoção de saúde, é entendida como: Realizar programação e planejamento descentralizados; Integralidade da assistência; Estímulo à ação intersetorial; Estímulo à participação e controle social; Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família; Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação. O Parecer CNE/CEB nº 16

e a Resolução nº 04/99⁶² refere a um modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico-hospitalar.

5.5.5 Contextualização do Curso de formação do Agente Comunitário de Saúde

O curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde como já discutido anteriormente, foi criado, em atendimento a Lei federal nº 10.507/02 que criou a profissão, deixando de ser ocupação. Para tanto, para exercer a profissão é exigido dos Agentes Comunitários de Saúde, a formação específica de nível técnico. O curso está fundamentado sob as bases legais da Política da Educação, da Política de Saúde para Atenção Básica e do Projeto Político Pedagógico da Escola.

Nesse estudo foi realizada uma sistematização das propostas contidas no Plano de Curso para Formação Profissional de Nível Técnico Agente Comunitário de Saúde, (Quadro 5) como ponto de partida para entender a relação das ações pontuadas e a sua operacionalização, tendo o pressuposto do estudo que questiona sobre os processos de formação que não responde as necessidades da comunidade na Estratégia Saúde da Família, e que ocorre de forma desarticulada do contexto das práticas. Desta forma pressupõe uma possível lacuna entre o que está prescrito nos documentos oficiais, no Plano de curso e a realidade do cotidiano vivenciado pelo profissional Agente Comunitário de Saúde, levando em conta o cenário nacional da Educação e Saúde na implantação do referido curso, onde as escolas deveriam em observância a Lei 9.394/96¹⁵ organizar o seu currículo na perspectiva de competência, considerando as exigências do perfil profissional e a realidade loco regional, para a proposta de um currículo inovador.

Desde a promulgação da Constituição Federal em 1988, o setor saúde vem reorganizando o modelo de atenção, para atender os seus princípios e diretrizes na íntegra, e concretizar a proposta do Sistema Único de Saúde. Assim, a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESPMT) como executora da Política de Recursos Humanos do SUS/MT, comprometida com a formação e educação permanente dos seus trabalhadores para a promoção da saúde, na perspectiva das mudanças nas práticas, tendo como fundamento o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em todo o Estado, vêm realizar a formação desses trabalhadores que estão inseridos no serviço sem preparo específico, para o desenvolvimento de ações na perspectiva de transformação dos mesmos, com vista à integralidade do cuidado.

5.5.5.1 Estruturação do Curso

Para a estruturação do Curso de Formação Profissional de Nível Técnico Agente Comunitário de Saúde, a ESPMT elaborou em 2004 o Projeto de Execução do curso, encaminhado ao MS para aprovação da sua proposta. Foram considerados os documentos oficiais na área da educação e da área da saúde analisados nesse estudo, bem como nas diretrizes definidas no Projeto Pedagógico da ESPMT.

Como já referendado nas discussões anteriores, o MS em conjunto com o MEC como órgãos normativos, tiveram a função de elaborar o referencial curricular nacional para o curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, estabelecendo as diretrizes que concebem os planos de cursos para que as escolas, nos seus respectivos Estados, utilizassem-no como referencia na elaboração do seu currículo. O documento é composto por: justificativa, objetivos do curso, requisitos de acesso, perfil profissional de conclusão, organização curricular e critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores.

Assim, o MS/MEC cumpria a sua missão de colocar à disposição das escolas o referencial curricular baseado em competência, como base fundamental para que, de acordo com as realidades loco regionais, ela fosse implementada, levando em conta as diversidades de fatores que permeia o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Como bem coloca Morosini e Martins⁶³ a operacionalização da formação técnica do Agente Comunitário de Saúde:

se depara com as complexidades inerentes à própria configuração da atividade dos ACS, no que diz respeito à natureza inovadora da atividade, à fragilidade de sua identidade profissional e à regulamentação incipiente. Além disso, a formação dos ACS transcende o setor da saúde.

Diante desse contexto, são evidenciados pontos de convergência e de divergência entre o projeto de formação formulado a nível nacional com os projetos executados pelas escolas. Observa-se que algumas escolas ao utilizarem à proposta curricular operacionalizaram o curso sem buscarem as mudanças necessárias. Isto levou aos currículos baseados em competência, implantados sem reflexão e amadurecimento pela equipe das escolas, e sem estar alicerçado o conceito propriamente dito do que seria a competência necessária para essa proposta na prática,

Nesse contexto, buscando o fortalecimento das escolas e a implementação e aprimoramento da proposta do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, o MS, definiu como prioridade, a oferta da etapa formativa I (módulo I), considerada como formação inicial, tendo como requisito de acesso ao curso, todos os ACS inseridos no Sistema Único de Saúde, independente da escolarização, procurando sistematizar a

abordagem social do ACS para o trabalho, e seu papel como membro da equipe multiprofissional, de forma a prepará-los adequadamente para desenvolverem bem as suas atividades. Foi elaborada pela escola a Matriz Curricular do curso, discutindo pouco com seus pares a necessidade do serviço.

A organização curricular segue o preconizado pelo MS/MEC e foi estruturado através de itinerários formativos, articulados e integrados em três etapas, com saída intermediária no módulo I, possibilitando ao trabalhador que não terminou o ensino fundamental uma progressão da escolarização. De acordo com Decreto 5.154/04 Itinerário formativo é definido como:

conjunto de etapas que compõem a organização da educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos. Desta forma a matriz foi elaborada pensando na modularização das etapas.⁶⁴

Essas etapas organizativas, constituídas em módulos e que define as competências profissionais, são compostas de conteúdos estabelecidos de acordo com o perfil profissional de conclusão delineado para o serviço, garantindo assim nos contextos onde desenvolvem as práticas a integralidade de suas ações.

Como já discutidos anteriormente, essa nova organização curricular nos mostra que o trabalho, é muito importante nesse contexto de mudanças, pois é a partir dele, da experiência dos alunos que os conhecimentos são construídos. Cada competência profissional incorpora as três dimensões do saber: saber-saber, saber-ser, e saber-fazer. A aquisição desses conhecimentos e esquemas de ação torna-se necessário para que haja “reflexão dentro da ação”, visando transformação na prática profissional e social.

A incorporação de competência na formação do ACS procura romper com os processos formativos fragmentados, dissociados da prática, centrado no modelo curativo, biomédico, presente em outras profissões, que tem a doença como foco principal, voltado para ações e atendimento individualizado. Este ensino propõe formação de trabalhador com visão ampla do individual e do coletivo, com envolvimento da comunidade e capacidade de responder com eficiência a um conceito ampliado de saúde.

Assim, para o desenvolvimento de competências é importante um processo ensino-aprendizagem que supere o simples repasse de técnicas e conceitos desconexos com o mundo do trabalho e o mundo onde o aluno está inserido. Para tanto, neste novo perfil profissional há necessidade de se reconstruir constantemente o saber, o fazer e o ser, através do restabelecimento de uma nova forma de atuar e que contemple uma relação com a comunidade além do modelo biológico.

Para este estudo, a pesquisadora faz um recorte do Plano de curso, sendo analisada somente a operacionalização da Etapa formativa I - formação inicial, de 400 h, apresentado através do desenho curricular. (Quadro 6)

Para o alcance da competência no âmbito do módulo I: *Humanizando e Integrando o técnico Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica*, foram desenvolvidas três competências profissionais específicas, as quais estão interligadas por níveis de conhecimento. A operacionalização do módulo sucedeu em períodos de concentração, onde foram trabalhados e fundamentados os conhecimentos das bases tecnológicas, instrumentais, científicas, éticas, políticas, culturais e sociais. (Quadro 6) intermediados por períodos de dispersão, realizados nas práticas do serviço, tendo como docentes os enfermeiros do serviço, como forma de assegurar uma reflexão das práticas que gere mudança na organização do serviço. A prática profissional está permeada em toda proposta do curso numa concepção de articulação teoria e prática, para que haja ação-reflexão-ação sobre a mesma, o que representa um importante referencial para construção de um novo fazer, no enfrentamento dos desafios da profissão, agregando níveis mais elevados de competências e habilidades com vistas à laboralidade. É onde se busca assegurar a mobilização e dinamicidade dos saberes (conhecimentos, habilidades e atitudes), para garantir as ações de promoção da saúde, a prevenção de agravos e humanização no atendimento ao usuário. Os docentes foram capacitados pedagogicamente, dentro da proposta metodológica da problematização, com perspectiva de avaliação por competência, de forma a incorporarem essa nova visão do trabalho educativo, onde se busca priorizar as práticas do serviço na garantia da integralidade de suas ações, de acordo com o contexto dos ACS, para uma mudança.

Essa proposta avança muito ao trabalhar o ensino na perspectiva da competência profissional, mas ainda se evidencia a compartimentalização na sua operacionalização pela escola e docentes na qual teoria e prática mantêm-se segmentadas, muitas vezes não se voltando à realidade do trabalho. Ainda é predominante pelos docentes o conhecimento científico como foco principal, dando pouca importância como os ACS estão realizando as atividades no serviço. Evidencia-se desta forma, que os saberes (conhecimento, habilidades e atitudes) ainda são trabalhados muito fragmentados, não associados, contrariando o conceito de competência discutido neste estudo.

Concorda-se que a base teórica é fundamental na construção de saberes oriundos da própria prática, e passam a caracterizar uma busca constante de alternativas

que facilitam a aprendizagem e constroem uma base, proporcionando uma educação transformadora, mas sem a aplicação fica falha.

5.5.5.2 Avaliação x Competência

A avaliação no contexto educacional, sempre foi pensada como uma forma de medir os conhecimentos adquiridos pelo aluno, atribuindo uma classificação. Na perspectiva da competência procura-se romper com essa forma rígida de classificação através de notas e médias.

Na proposta pedagógica do curso a avaliação é contínua e cumulativa, de forma integrada no processo ensino-aprendizagem tendo as funções diagnóstica, formativa e somativa, ancorada em uma concepção metodológica. É construída desde o momento em que se dá o início do módulo, e no decorrer do processo de ensino-aprendizagem. Evidencia na proposta curricular, um avanço ao definir avaliação por desempenho, baseados nos atributos de conhecimentos, habilidades e valores, pontos importantes que vão balizar a prática no serviço.

Na sua operacionalização, observa-se que embora a escola tenha como diretriz proposta de ensino por competência, onde são desenvolvidas atividades metodológicas que dão suporte para o desenvolvimento de competências do aluno no curso, ainda assim, os docentes envolvidos ainda não conseguem mobilizar os seus conhecimentos na aplicação de uma aula e/ou acompanhamento de aluno nas práticas do serviço, para que haja estabelecimento de relações entre teoria/prática, ensino/trabalho, de modo a permitir uma reflexão sobre a sua atuação. Os alunos/trabalhadores ainda são avaliados somente na visão do fazer, ou seja, de que forma é capaz de executar uma tarefa na atividade prática da dispersão. Os instrumentos avaliativos são através de listas de observações que expressam o desenvolvimento das técnicas, tendo o acompanhamento contínuo do aluno, pontuando se as ações e ou atividades são realizadas adequadamente ou não, não levando em conta a percepção geral do trabalho.

Nisto define que o currículo não é por competência e sim por competências, onde se faz uma lista de operações práticas e são pontuadas cada ação ou atividade. A escola elabora critérios e indicadores prescritos que não consegue dar conta da realidade na prática social, política, econômica onde estão inserido o trabalhador, e a forma como são desenvolvidas as atividades. Desta forma, percebe que o processo de formação dos Agentes Comunitários de Saúde, ainda apresenta fragmentado, dissociado do ensino/serviço/comunidade, com lacunas na sua estruturação, insuficientes para desenvolver as competências primordiais para mudança de práticas.

Ao término do curso, estes profissionais deverão ter potencializadas suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/ comunidade, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente. Além disto, o curso deverá reforçar o importante papel social do Profissional em nível básico de Agente Comunitário de Saúde em atuar como mediador entre distintas esferas da organização da vida social.

CAPÍTULO VI

*O fio do pensamento do ensinante muitas vezes não coincide com o fio imaginário e do pensamento próprio do aprendente. O ideal da pedagogia é conseguir tecer redes com todos os fios dos ensinantes e aprendentes e fazer pesca abundante de conhecimentos
(Assmann, 1998)*

PROPOSIÇÕES

Sugere-se que seja realizada discussão, análise e reflexão do módulo I de formação inicial, do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, com a participação de diversos atores (docentes, coordenadores estaduais e regionais, técnicos da escola, gestores, participantes do serviço e outros), tomando como ponto de partida sua operacionalização em relação ensino-serviço, teoria-prática, componentes curriculares estudados, as estratégias metodológicas adotadas, capacitação pedagógica do corpo docente, e avaliação de processo ensino-aprendizagem, a fim de analisar a compatibilidade dos elementos elencados na execução do plano curricular do curso.

Desta forma para a continuidade do módulo II e III do curso, se faz necessário a partir dessa discussão a reformulação da proposta pedagógica de formação na perspectiva de competência, para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes com vistas à promoção da saúde, tendo o trabalho como eixo norteador preconizado nos documentos educacionais, visando à consolidação do SUS. Assim, atende o que LDB 9.394/96¹⁵ propõe que é a flexibilidade para a instituição estar adequando o currículo às necessidades loco regionais, em observância ao seu Plano Político Pedagógico, com a participação de vários segmentos envolvidos na formação e no serviço, possibilitando a interação e troca de experiências e conhecimentos para ajustes necessários tendo em vista a amplitude da proposta.

Isto reforça a evidencia nos embasamentos teóricos estudados, da necessidade da (re)construção de uma proposta formativa que contemple a construção coletiva de saberes (saber, fazer, ser) tendo em vista a formação de um trabalhador da área da saúde, para uma profissão específica que tem no seu processo de trabalho, a superação do modelo biomédico para o novo modelo de atenção, através de mudanças nas práticas dos serviços, reforçando o trabalho em equipe multiprofissional, a humanização, a integralidade das ações no cuidado ao usuário e comunidade levando em conta os conceitos ampliados de saúde e promoção da saúde em uma educação profissional com base nas competências necessárias para mobilização e intervenção nos determinantes sociais.

Isto aponta alguns aspectos essenciais para as escolas formadoras pensar uma proposta para a configuração de uma formação

- 1) Primeiro aspecto é a reflexão para uma educação transformadora que tenha como eixo a prática dos trabalhadores, como objeto de estudo, para intervenção e transformação (ação-reflexão-ação) com atuação participativa dos mesmos, na construção dos conhecimentos, integração entre teoria-prática, envolvimento intersetorial, articulação interdisciplinar para construção de referenciais teórico-metodológicos ampliados sobre a realidade com enfoques problematizadores (da teoria para a prática, da prática para a teoria), levando em conta o trabalho através de temática.
- 2) O segundo aspecto é a priorização pelas escolas de metodologias ativas de aprendizagem, em especial a problematização, onde é importante a discussão de diferentes abordagens do processo de ensino-aprendizagem, com os diferentes enfoques e características gerais que acompanham estas abordagens tais como: modelo de homem, visão de sociedade e cultura, educação para transformação, o projeto político da escola, estratégias metodológica adequadas, avaliação. Essa exigência é indispensável para a construção de novos paradigmas de ensino.
- 3) O terceiro aspecto se refere à capacitação de todos os docentes de acordo com os pressupostos metodológicos adotados pela escola. Quando estudamos as diferentes teorias educacionais sem fazer uma articulação coerente com a prática, seja em qualquer nível de formação de professores, o que ocorre é que elas não são discutidas, refletidas e incorporadas, resultando na impossibilidade da ação docente ser exercida com a consciência do posicionamento que perpassa essa ação. Ou seja, a ação não está fundamentada, em um processo de ensinar coerente com o projeto proposto. Sabe-se que em um curso de formação de educadores, ou até mesmo de educação continuada ou permanente, é importante propiciar a possibilidade de um confronto, onde as diferentes abordagens do processo ensino-aprendizagem sejam conhecidas e repensadas, buscando visualizar os pontos de interseção que tal confronto pode criar.
- 4) Há necessidade de criar oportunidades para que o docente possa analisar o seu fazer pedagógico, objetivando a busca da consciência de sua ação e, assim, poder não somente ter capacidade de criar mecanismos de contextualização e interpretação, mas também buscar a superação dos limites e entraves que existem em sua própria prática.
- 5) Desenvolver na escola o processo de educação permanente a trabalhadores e docentes. Isto é imperativo, pois muitas vezes a escola possui em seu Projeto Político Pedagógico todo o discurso dessa transformação, mas não a desenvolve com eficácia.
- 6) Avaliação de egressos.

CAPÍTULO VI

*"Diz-me e esquecerei,
Ensina-me e aprenderei,
Envolve-me e entenderei."
Confúcio – séc. V a.C.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa objetivou analisar a percepção do Agente Comunitário de Saúde sobre a formação recebida em relação às competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho em equipe na Estratégia da Saúde da Família. Com esse propósito foram utilizadas metodologias de caráter qualitativo por meio da qual se procedeu à operacionalização através da realização de grupo focal com os ACS, concomitante com observação participante, e a análise documental das legislações oficiais.

Esses instrumentos de pesquisa ofereceram condições de evidenciar como os processos de formação dos ACS vêm respondendo às necessidades da comunidade e da Estratégia Saúde da Família, contemplando nas respostas os objetivos do estudo.

Desta forma, foram elencados para fundamentação teórica três eixos fundamentais que embasaram o estudo: Trabalho e Formação Profissional; A natureza do trabalho em equipe e os requisitos de formação com base no ensino por competência e Promoção da Saúde e Estratégia Saúde da Família. Estes eixos favoreceram dialeticamente a elaboração de categorias que permitiram constante diálogo nas discussões de análises. As categorias temáticas abordadas no desenvolvimento do grupo focal e análise documental foram: Conceito de saúde e Promoção da Saúde; Processo de Trabalho; Competências Profissionais e Formação dos Agentes;

Observa-se que o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde é um fator definidor na incorporação de elementos significativos que perpassa pelo seu exercício profissional. As discussões e reflexão do trabalho na visão filosófica ontológica de Luckács utilizadas como referencia para compreender o trabalho do ACS, foram de fundamental importância para entender a relação de mediação entre trabalhador-usuário, ou seja, entre dois seres sociais, que possuem singularidades e subjetividades que se manifestam na prática dos serviços. Nessa inter-relação como elo mediador entre o serviço e o usuário o agente de saúde vem promover a humanização, e transformar o seu meio, possibilitando assim a adoção de um novo modelo de atenção integral ao usuário, voltado para as necessidades do ser humano, e prioriza no seu campo de atuação a promoção da saúde e prevenção de doenças.

É importante destacar a importância que os conhecimentos têm para o desenvolvimento do trabalho do ACS uma vez que fazem parte de uma equipe

multiprofissional, onde vários saberes estão implícitos nessa relação coletiva. É fundamental que possuam base técnico-científico do processo de trabalho em que estão inseridos para o desempenho de atividades específicas, com competências.

No mundo do trabalho, por mais que apareçam no discurso o trabalho em equipe e o desenvolvimento de Estratégia de Saúde da Família, essas práticas ainda estão incipientes, no desenvolvimento das práticas em saúde.

Em relação à formação dos agentes comunitários de saúde, na perspectiva do desenvolvimento de competências, a educação deve ser concebida a partir da organização dos saberes direcionado para as práticas em serviço, com base em temática, e que viabilizem o reconhecimento da integralidade como o eixo norteador do processo educativo, tendo a mobilidade dos saberes, valores, atitudes e crenças, no desempenho de ações a partir de um dado contexto.

A noção de competência, explorada neste texto, vem agregar valor econômico à organização, e também valor social ao indivíduo, ao desenvolverem competência tanto para a organização institucional, também para si mesmo, como cidadãos.

Muitas reflexões foram realizadas a respeito do trabalho do ACS e a promoção da saúde.. A adoção dessa perspectiva teórica considera o empoderamento de indivíduos e comunidades como fator primordial para a consolidação de um novo pensar e agir no campo da saúde. A intersetorialidade é outro fator colocado como ponto fundamental para a promoção da saúde com possibilidade de ser realizado um trabalho multiprofissional e interdisciplinar caso haja espaço efetivo descentralizado e desburocratizado.

Constata-se que o estudo mostrou que na percepção do conceito ampliado de saúde os Agentes Comunitários de Saúde, consideram o conceito além da simples noção de doença, indo além da biologia e da promoção da saúde para efetividade do seu trabalho.

As evidências nos apontam que há um distanciamento entre o que está posto nas regulamentações e documentações oficiais sobre a concepção do PSF e a organização perceptível da realidade. Sendo que os Agentes Comunitários de Saúde apropriam-se de saberes socialmente válidos e reproduz no contexto das suas práticas profissionais.

Ao pensar a formação do Agente Comunitário de Saúde em relação à competência, deve-se considerar a aptidão para o trabalho em equipe multiprofissional, com ênfase na integralidade no cuidado ao paciente, acredita-se que

é possível pensar uma educação humanizada e de qualidade, para a criação de uma sociedade mais justa e democrática.

Durante o desenvolvimento do estudo, muitos questionamentos se apresentaram durante o decorrer deste trabalho; e também várias inquietações que motivaram esta pesquisa ainda persistem. Sua limitação está no fato de não ter sido realizado o grupo focal com outros profissionais pertencentes à equipe, em que não foi observado este aspecto.

REFERÊNCIAS

1. Baptista, TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à Saúde. In: Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ.2007.p.29-60. http://www.epsjv.fiocruz.br/v2005/pdtsp_3.pdf
2. Kalil, MEX. Construindo sujeitos para transformar o modelo de atenção à saúde. Olho Mágico. Londrina, v.9, n.1, p. 61-65, jan/abr. 2002.
3. Paim, JS. A Reforma Sanitária e a municipalização. Saude soc. [online]. 1992, vol.1, n.2, pp. 29-47. ISSN 0104-1290 [acesso: 05/03/2009]
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. Relatório final da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, Brasília, 1986.
5. Brasil. Senado Federal. Constituição Federal de 1988. Brasília: 1988.
6. Brasil. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 2a. ed. Brasília; 1991
7. Brasil. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003
9. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p.: il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006
11. Brasil. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. ABC: Doutrinas e princípios. Brasília, 1990. 19p.
13. Brasil. Portaria nº. 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf
14. Mendonça, MHM. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004
15. Brasil Lei n. ° 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Brasil.
16. Brasil Resolução CEB Nº. 04 de 8 de Dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, 1999.
17. Zarifian, P. Objetivo Competência: Por Uma Nova Lógica, editora Atlas S. A-2008.
18. Buss, PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Cad. Saúde Pública v.15 supl.2 p.177-185 Rio de Janeiro.1999.
19. Brasil. Decreto nº. 3.189 de 4 de Outubro de 1999. Dispõe sobre a fixação das diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. 1999
20. Brasil. Lei nº. 10.507 de 10 de Julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

21. Brasil. Lei nº. 11.350 de 5 de outubro de 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei11350.pdf>> [Acesso 21 jul. 2008]
22. Freire, P. *Pedagogia da Autonomia - Saberes necessários à prática educativa*. Ed. Paz e Terra, São Paulo/SP. 1997.
23. Silveira, AM. O trabalho na sociedade. In: Izabel dos Santos et.al. *Guia Curricular para formação de auxiliar de enfermagem-área hospitalar: área curricular V: participando da organização do processo produtivo em unidades hospitalares* Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG/PRODEN. 1995. 90 p.
24. Luckács, G. *Ontologia do ser social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx*. São Paulo. Livraria Editora Ciências Humanas. 1979.
25. Ribeiro, EM; Pires, D; and Blank, VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.2, pp. 438-446. ISSN 0102-311X. [acesso: jan/2009]
26. Merhy, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: Merhy, EE.; Onocko, R. (Org.), *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
27. Tavares, MFL. *Saúde da Criança e Formação no Trabalho: a prática como e com saber*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 1998.
28. Machado, MH. Um passeio pelo CBEn - ACS: profissão ou ocupação? *Revista Ret-Sus: Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: RET-SUS, v.1, n.14, 2005. 12 p
29. Pereira-Neto, AF. *A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica*. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (4): 600-615, Out/Dez, 1995.
30. Machado, MH. *Os Médicos e sua prática profissional: As metamorfoses de uma profissão*. Rio de Janeiro: RJ. 1996. Doutorado (parte da tese de doutoramento da autora) Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

31. Wermelinger, MCMW. Machado, MH. Amâncio Filho, A. A Educação Profissional no Brasil: O nó, o dilema e a formação na área da saúde. *Educere et Educare*. Vol. 2 n° 3 jan./jun. 2007 p. 243-260
32. Peduzzi, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos R, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2007. p. 161-177.
33. Bonaldi, C. Gomes, RS. Louzada, APF. Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos R, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2007. p. 53-72.
34. Gomes, RS, Silva FH, Pinheiro R, Barros MEB. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos R, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2007. p. 19-36.
35. Deluiz, N. Globalização econômica e os desafios à formação profissional. *Boletim Técnico do Senac*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 14-21, maio/ago. 1996.
36. Fleury MTL. Fleury, A., Construindo o conceito de competências. *RAC*, Edição Especial 2001: 183-196
37. Merhy, EE. *O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde*. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.
38. Lefevre, F. Lefevre, AMC. *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Editora Barba Ruiva, Rio de Janeiro/RJ, 2007.
39. Restrepo HE. Conceptos e definiciones. In: Restrepo HE, Málaga H. *Promoción de la salud: como construir vida saludable*. Colômbia: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 24-34

40. Czeresnia, D. “O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção” In: Czeresnia, Dina & Freitas, CM.(orgs.), “Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências” Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003 p.39-53
41. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência& Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-77.
42. Freitas, CM. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D.; Freitas, CM. (Org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 141-159.
43. Brasil/Ministério da Saúde (2001). *Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata (1978), Cartas de Ottawa (1986), Declarações de Adelaide (1988), Sundsval (1991) de Santafé de Bogotá (1992), de Jakarta (1997), do México (2000). Rede dos Megapaíses*. Brasília: Ministério da Saúde/PNUD.
44. OMS (Organização Mundial da Saúde), *Carta de Ottawa*. 1986.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 56 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7)*
46. Matta, GC. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. 284 p. : il. , graf. ; - (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3). Coordenadora da coleção Márcia Valéria G. C. Morosini.
47. Cianciarullo. TI. *Org. Saúde na Família e na Comunidade*. São Paulo. Robe Editorial. 2002.
48. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6a Ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000.
49. Deslandes, SF.; Gomes, R. *A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – Notas teóricas*, In: Bosi, MLM.; Mercado FJ. (org). *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. 1 ed. Petrópolis: Vozes. 2004.
50. Cuiabá, Prefeitura de Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde, *Relatório de Gestão 2008. SUS-Cuiabá*. Março 2009.

51. Richardson, RJ. Peres, JAS. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo. Atlas, 1999.
52. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 196, de 1996. Bioética, Brasília, v. 4, n. 2, (suplemento).
53. Sabroza, P. Concepções sobre saúde e doença. Disponível em: <http://www.ead-ensp.fiocruz.br/cursos/autogestao/ags/apresentacao/autogestao/contexto/tema1.html>. Acessado em 30 de set. 2009
54. Dejours, C. O fator humano. Tradução Maria Irena Stocco Betiol, Maria José Tornelli. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
56. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 1999; 15: 345-53.
57. Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2001, vol.35, n.1, pp. 103-109. ISSN . 12/10/2009
58. Demo, P. Pesquisa: princípio científico e educativo. São Paulo. Cortez. 1990.
59. Castro, JL, Santana, JP, Nogueira, RP, Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo. Observatório RH NESC/UFRN, Natal, 2002.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2006, Secretaria de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
61. Valgas, JL. As políticas educacionais para o ensino médio face a LDBEN e sua concretização no Estado do Paraná. Ponta Grossa, 2003. 154d
62. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CEB Nº. 4, de Nº3 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.

63. Morosini, MVGC. Martins, CM.. Apresentação. In: Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. 2007. p.11-16
http://www.epsjv.fiocruz.br/v2005/pdtsp_3.pdf
64. Brasil. Ministério da Educação. Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004-Regulamenta o §2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e dá outras providências.Disponível em <<[http:// www.mec.gov.br/cne](http://www.mec.gov.br/cne)>>.

RELAÇÃO DE QUADROS

QUADRO 1 – Implantação das Equipes Saúde da Família em Cuiabá - Período de 1998 a 2008

| ANO | PSF | Nª EQUIPES |
|-------------|---|-------------------|
| 1998 | Novo Paraíso I Novo Paraíso II Ribeirão da Ponte Nossa Senhora da Guia (zona rural) | 04 ESF |
| 2000 | Jardim Araçá Santa Izabel I Santa Izabel II Residencial Coxipó I Residencial Coxipó II Residencial Coxipó III Ouro Fino Jardim Florianópolis Jardim Vitória I Jardim Vitória II Jardim Vitória III | 11 ESF |
| 2002 | Jardim Vitória IV * Jardim União Santa Izabel III | 03 ESF |
| 2003 | Santa Amália 1º de Março João Bosco Pinheiro Três Barras Jardim Umuarama/ Altos da Glória | 05 ESF |
| 2004 | Dr. Fábio I Dr. Fábio II Altos da Serra I Novo Colorado I Novo MT Novo Horizonte Despraiado I | 07 ESF |
| 2006 | Novo Colorado II Altos da Serra II | 02 ESF |
| 2008 | Areão Canjica Despraiado II Pedregal I Pedregal II Praeiro Terra Nova Renascer Lixeira Baú Serra Dourada Ribeirão do Lipa Nova Esperança I Nova Esperança II Jardim Industriário I Jardim Industriário II Osmar Cabral Jardim Liberdade Jardim Fortaleza Santa Laura Novo Milenium São João Del Rey Parque Atalaia I Parque Atalaia II Pedra 90 I | 32 ESF |

Pedra 90 II
 Pedra 90 III
 Pedra 90 IV
 Pedra 90 V
 Pedra 90 VI
 Rio dos Peixes (zona rural)
 Aguaçú (zona rural)

Fonte: Relatório da Coordenadoria Geral do PACS/PSF – Secretaria Municipal de Saúde/Cuiabá – Perfil Epidemiológico de Cuiabá, Volume III.

* USF foi desativada.

QUADRO 2 – Relação dos documentos analisados

| Ano | Documentos | Tipo | Objetivo |
|------|--|--|--|
| 1996 | Lei Federal nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996 | Documento da Política Educacional | Estabelecer as diretrizes e bases da educação nacional |
| 1997 | Decreto Federal nº 2.208, de 17/04/1997 | Documento da Política Educacional | Regulamentar o § 2º do artigo 36 e os artigos 39 a 42 da LDB (9.394) de 20 de dezembro de 1996 |
| | Portaria GM/MS nº. 1.886, de 18/12/1997 | Documento da Política de Saúde na Atenção Básica | Aprovar as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. |
| 1999 | Parecer CNE/CEB nº. 16 de 25/11/1999 | Documento da Política Educacional | Deliberar sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico |
| | Resolução CNE/CEB nº. 04 de 08/12/1999 | Documento da Política Educacional | Instituir as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico |
| | Decreto Federal nº. 3.189 de 4/10/1999 | Documento da Política de Saúde na Atenção Básica | Fixar as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. |
| 2002 | Projeto Político Pedagógico da ESPMT | Documento político-pedagógico da Escola | Refletir a cultura da instituição escolar, através de conjuntos de princípios e práticas assentado na missão, valores, filosofia, crenças, significados, modos de pensar e agir. Projeta a cultura organizacional que se deseja visando a intervenção e transformação da realidade |
| | Lei nº. 10.507 de 10/07/2002 | Documento da Política de Saúde na Atenção Básica | Criar a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e outras providências. |
| 2004 | Decreto Federal nº 5.154 de 23/07/2004 | Documento da Política Educacional | Regulamentar o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. |
| | Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde – Área Profissional Saúde - 2004. | Documento da Política de Educação e Saúde para formação do ACS | Nortear a elaboração e planejamento pedagógico e organização curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. |
| 2006 | Portaria No. 648 de 28/03/2006 | Documento da Política de Saúde para Atenção Básica | Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). |
| | Lei nº. 11.350 de 05/10/2006 | Documento da Política de Saúde para Atenção Básica | Regulamentar o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. |

Fonte: Leis, Decretos, Portarias, Pareceres, Resoluções e Projetos políticos pedagógicos.

Quadro 3 – Etapas de construção da Política de formação do ACS referente ao Período de 1996 a 2006

| Documento | Processo de trabalho | Competência profissional | Conceito ampliado de saúde | Promoção de saúde |
|--|---|---|--|--|
| <p>Lei federal nº 9394 de 20/12/1996</p> <p><i>“Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional”</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - a educação vincula-se ao mundo do trabalho e a prática social; - Educação profissional integrada às diferentes formas de educação, - Articulação com o ensino regular ou diferentes estratégias de educação continuada; | <ul style="list-style-type: none"> - conhecimentos e habilidades adquiridos por meios informais serão aferidos e reconhecidos mediante exames. - desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva; | <ul style="list-style-type: none"> - princípios de liberdade; - ideais de solidariedade; - igualdade de condições - respeito à liberdade; - acesso à educação profissional. - gratuidade do ensino; - pluralismo de idéias; -- valorização do profissional | <ul style="list-style-type: none"> - A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. - garantia de padrão de qualidade; - estratégias de educação continuada; - os fins da educação é o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho; - elaboração e execução da proposta pedagógica são incumbências da escola; - docentes participarão da elaboração da proposta pedagógica da escola; |
| Documento | Processo de trabalho | Competência profissional | Conceito ampliado de saúde | Promoção de saúde |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p>Decreto Federal nº 2.208 de 17/04/1997 “Regulamenta o § 2º do artigo 36 e os artigos 39 a 42 da LDB (9.394) de 20 de dezembro de 1996”</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Transição entre a escola e o mundo do trabalho; - Atualização para o exercício de funções demandadas pelo mundo do trabalho, compatíveis com a complexidade tecnológica do trabalho, o grau de conhecimento técnico e o nível de escolaridade, não sujeita à regulamentação curricular; - Currículo organizado em módulos, com caráter de terminalidade; - aproveitamento de estudos de disciplinas ou módulos cursados; | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos e habilidades gerais e específicas para o exercício de atividades produtivas; - melhor desempenho no exercício do trabalho; - formação de profissionais, aptos a exercerem atividades específicas; - habilidades e competências básicas por área profissional; - perfil de competências necessárias à atividade requerida; | <ul style="list-style-type: none"> - direito a certificação de qualificação profissional; - oferecimento obrigatório, de cursos profissionais de nível básico em sua programação, a trabalhadores com qualquer nível de escolaridade. | <ul style="list-style-type: none"> - os órgãos normativos do respectivo sistema de ensino complementarão as diretrizes definidas no âmbito nacional e estabelecerão seus currículos básicos; |
| <p>Portaria GM/MS nº 1.886 de 18/12/1997 “Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família”.</p> | <p>As unidades de saúde da família</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional; - garantir resolutividade na sua complexidade tecnológica, assegurando referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema; - Trabalha com definição de território de abrangência; - atuar com uma ou mais equipes de profissionais; - As equipes devem realizar o cadastramento das famílias; | <p>Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.</p> | <p>reorganização das práticas de trabalho através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caráter substitutivo das práticas tradicionais, complementariedade e hierarquizarão. - Adscrição de população/territorialização. - Abordagem multiprofissional. | <ul style="list-style-type: none"> - Programação e planejamento descentralizados. - Integralidade da assistência. - Estímulo à ação intersetorial. - Estímulo à participação e controle social. - Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família. - Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação. |
| Documento | Processo de trabalho | Competência profissional | Conceito ampliado de saúde | Promoção de saúde |
| <p>Parecer CNE/CEB nº 16 de 25/11/1999 “Delibera sobre as Diretrizes Curriculares</p> | <p>Desenvolvimento de competências que assegurem um melhor desempenho no exercício do trabalho</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. - Desenvolvimento para a laborabilidade. | <ul style="list-style-type: none"> - A atenção e a assistência à saúde abrangem todas as dimensões do ser humano – biológica, psicológica, social, espiritual, ecológica – e são desenvolvidas por meio de atividades diversificadas. | <ul style="list-style-type: none"> - modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico-hospitalar. |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico” | | | | |
| Resolução CNE/CEB nº 04 de 08/12/1999 “Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico” | Idem | Idem | Idem | Idem |
| Decreto Federal nº 3.189 de 4/10/1999 “Fixa as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências.” | <ul style="list-style-type: none"> • Atividades do ACS no âmbito do PACS: - utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico, sócio-cultural da comunidade; - execução de atividades de educação para a saúde; - registros de agravos para controle das ações de saúde; - estímulo a participação da comunidade nas políticas públicas; - Monitoramento de riscos, através de visitas domiciliares periódicas; - vínculo direto ou indireto com o Poder Público local | - desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. | - organização das ações do agente comunitário de saúde para garantir a integralidade do cuidado. | - exercício da atividade de agente comunitário de saúde, como política nacional. |
| Documento | Processo de trabalho | Competência profissional | Conceito ampliado de saúde | Promoção de saúde |
| Lei nº. 10.507 de 10/07/ 2002 “Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e outras providências.” | - No âmbito do Sistema único de Saúde, desenvolver atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, em conformidade com as diretrizes do SUS. | Exercício exclusivo no âmbito do Sistema Único de Saúde | - | Estratégia para Formação de Agente Comunitário de Saúde Conclusão do ensino fundamental |

| Documento | Processo de trabalho | Competência profissional | Conceito ampliado de saúde | Promoção de saúde |
|---|---|---|---|--|
| Decreto Federal nº 5.154 de 23/07/2004 “Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências.” | <ul style="list-style-type: none"> - organizado por áreas profissionais, em função da estrutura sócio-ocupacional e tecnológica; - A formação inicial e continuada de trabalhadores, em todos os níveis de escolaridade, ofertado por itinerários formativos, para o desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva e social. - articular-se-ão, com a educação de jovens e adultos, objetivando a qualificação para o trabalho e a elevação do nível de escolaridade do trabalhador, para fazer jus a certificados de formação inicial ou continuada para o trabalho. - A educação profissional técnica de nível médio, estruturados e organizados em etapas com terminalidade, com saídas intermediárias, possibilitarão a certificados de qualificação para o trabalho após sua conclusão com aproveitamento. | <ul style="list-style-type: none"> - As etapas com terminalidade deverão estar articuladas entre si, compondo os itinerários formativos e os respectivos perfis profissionais de conclusão. | - | <ul style="list-style-type: none"> - articulação de esforços das áreas da educação, do trabalho e emprego, e da ciência e tecnologia; |
| Documento | Processo de trabalho | Competência profissional | Conceito ampliado de saúde | Promoção de saúde |
| Portaria No. 648 de 28/03/2006 “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da | Atenção Básica (AB) <ul style="list-style-type: none"> - exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas; - utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, para resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território: definição do território de atuação; programação e implementação | <ul style="list-style-type: none"> - desenvolver ações de integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; - trabalhar com adscrição de famílias em microárea; - desenvolver ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças; - cadastrar todas as pessoas de sua | <ul style="list-style-type: none"> - princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. - acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; - integralidade das ações; | Criação da Política de Atenção Básica |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).”</p> | <p>das atividades; desenvolvimento de ações educativas e ampliação do controle social; desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco; assistência básica integral e contínua; Humanização e acolhimento; primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; planejamento e avaliação das ações; ações intersetoriais; estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.</p> <p>Estratégia de Saúde da Família (ESF)</p> <ul style="list-style-type: none"> - atualizar o cadastramento das famílias e dos indivíduos; mapeamento e reconhecimento da área adstrita; diagnóstico, programação e implementação das atividades; prática do cuidado familiar ampliado; trabalho interdisciplinar e em equipe; promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais; valorização dos diversos saberes e práticas; controle social; avaliação sistemática das ações implementadas; | <p>microárea e manter cadastros atualizados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientar famílias; - desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde; - Acompanhar através de visita domiciliar todas as famílias e indivíduos sob suas responsabilidades; | | |
|--|--|---|--|--|

Quadro 4 - Matriz Curricular do Curso de Educação Profissional de Técnico de Agente Comunitário de Saúde Executado Pela ESPMT

| | MÓDULO I | | MÓDULO II | | MÓDULO III | |
|--|--------------|-----|------------|-----|------------|-----|
| | CH | | CH | | CH | |
| | T/P | A/I | T/P | A/I | T/P | A/I |
| Módulo I – Humanizando e Integrando o Técnico Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica. | 224 | 176 | - | - | - | - |
| SUB-TOTAL | 400 | | - | - | - | - |
| Módulo II – Promovendo a Saúde e prevenindo as doenças. | - | - | 396 | 204 | - | - |
| SUB-TOTAL | - | - | 600 | | - | - |
| Módulo III – Promovendo, prevenindo e controlando as situações de risco ambiental e sanitário. | - | - | - | - | 112 | 88 |
| SUB-TOTAL | - | - | - | - | 200 | |
| CARGA HORÁRIA TEÓRICO/PRÁTICA | 732 | | | | | |
| CARGA HORÁRIA ATIVIDADE INTERDISCIPLINAR | 468 | | | | | |
| TOTAL HORAS/AULA | 1.200 | | | | | |

Fonte: COFTES/ESPMT/2005

QUADRO 5. Sistematização da estrutura do Plano de Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde ESPMT - 2004

| Unidades de Registros | |
|---|---|
| I – OBJETIVOS E METODOS | NÚCLEOS DE SENTIDO |
| <p>1. Contexto em relação à Formação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação ética, política, crítica, social e humanista; - Conhecimentos técnicos-científicos, éticos, políticos e educacionais; - Habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas; - Indicadores epidemiológicos; - Eixo metodológico integração ensino-serviço; - Aquisição de estruturas mentais; - Percepções e reflexões sobre sua prática; - Tomada de decisões; - Ênfase no trabalho cooperativo; | <ul style="list-style-type: none"> - Ensino orientado por competência; - Conhecimento da realidade local, determinantes sociais; - Relações entre o ensino e as práticas; - estímulo à autonomia intelectual; |
| <p>2. Contexto em relação ao Processo de trabalho/serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ações de promoção com co-responsabilidade; - Ações de prevenção; - Ações de intervenção no processo saúde-doença; - Ações educativas individuais e coletivas; - Atuar em equipes multiprofissionais; - Ações de cuidado; | <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em conjunto com outros profissionais; - Compartilhar responsabilidades, participativa, dialogada; - Educação na saúde; |
| II – PERFIL PROFISSIONAL | DIMENSÕES |
| <ul style="list-style-type: none"> - bom relacionamento interpessoal; - senso crítico e autocrítica; - iniciativa, - flexibilidade, - observação acurada, - capacidade de autogestão, - abstração; - raciocínio lógico; - atender necessidades dos indivíduos e coletivo; - exercício eficiente do seu trabalho; - participação ativa, consciente e crítica do seu contexto de trabalho; | <p>Dimensões humanas, sociais, política, da integralidade do cuidado</p> |
| III – ORGANIZAÇÃO CURRICULAR | PRINCÍPIOS FORMATIVOS |
| <ul style="list-style-type: none"> - Carga horária total de 1.200 horas; | <ul style="list-style-type: none"> - flexibilidade curricular; |

| | |
|--|--|
| <p>- Processo ensino-aprendizagem de forma sistemática;</p> <p>- Estrutura curricular, através de Itinerários formativos organizados de forma modular em três etapas formativas;</p> <p>Etapa I - Humanizando e Integrando o técnico Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica.</p> <p>Competência a serem desenvolvidas:</p> <p>I - Integração entre equipes de saúde e a população adscrita</p> <p>II - Planejamento e avaliação das ações de saúde</p> <p>III - Promoção social, proteção e desenvolvimento da cidadania</p> <p>C.H: 400 horas = concentração (224 h); dispersão (176 h);</p> <p>Etapa II - Promovendo a Saúde e prevenindo as doenças</p> <p>Competência a serem desenvolvidas:</p> <p>I - Promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.</p> <p>II - Prevenção e monitoramento dirigidos a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme plano de ação da equipe de saúde e protocolos;</p> <p>C.H: 600 horas = concentração (396 h); dispersão (204 h);</p> <p>ETAPA III - Promovendo, prevenindo e controlando as situações de risco ambiental e sanitário;</p> <p>Competência a serem desenvolvidas:</p> <p>I - Prevenção e monitoramento dirigidos às situações de risco ambiental e sanitário para população, conforme plano de ação da equipe de saúde;</p> <p>C.H: 200 horas = concentração (112 h); dispersão (88 h);</p> <p>- Processo de Avaliação da aprendizagem através de:</p> <p>a) critérios de desempenho baseado nos atributos (conhecimentos, habilidades e valores), exigidos do profissional pelo mundo produtivo e pela sociedade;</p> <p>b) competências definidas nos perfis de conclusão;</p> <p>c) forma contínua, cumulativa e sistemática, com ênfase nas modalidades Diagnóstica e Formativa;</p> | <p>- etapas com terminalidade;</p> <p>- aproveitamento de estudos;</p> <p>- sistematização entre ação-reflexão-ação (prática-teoria-prática);</p> <p>- aproveitamento das experiências e da realidade do mundo do trabalho</p> <p>- interação entre escola-serviço-comunidade;</p> <p>- interdisciplinaridade;</p> |
|--|--|

Fonte: COFTES/ESPMT/2005

QUADRO 6. Desenho curricular da Etapa I – formação inicial, com respectiva carga horária.

| ODULO I | | CARGA HORÁRIA | | |
|--|--|---------------|---------|-------|
| Humanizando e Integrando o Técnico Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica | | Teórica | Prática | TOTAL |
| Competências | Saberes articulados (saber, fazer, ser) | | | |
| Competência I Integração entre equipes de saúde e a população adscrita | <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer-se como parte integrante da comunidade, dos espaços coletivos e grupos sociais; - Conceituar trabalho e trabalho no SUS; - Identificar o papel do ACS e sua importância no SUS; a importância do trabalho em equipe; a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações; - Promover integração entre a equipe de saúde e a população adscrita ESF. | 112 | 85 | 197 |
| Competência II Planejamento e avaliação das ações de saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar cadastramento, diagnóstico das famílias na sua micro-área utilizando o SIAB, consolidando os dados; - Realizar mapeamento analisando os riscos sociais e ambientais à saúde da população da sua micro-área; - Priorizar os problemas de saúde da população de sua micro-área, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população; - participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto à equipe de saúde; - Acompanhar mensalmente as famílias sob sua responsabilidade; | 72 | 61 | 133 |
| Competência III Promoção social, | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar ações que possibilitem o conhecimento pela comunidade, das informações obtidas nos levantamentos sócio-epidemiológico, realizados pela equipe de saúde; | 40 | 30 | 70 |

| | | | | |
|---|--|------------|------------|------------|
| proteção e desenvolvimento da cidadania | <ul style="list-style-type: none"> - Orientar indivíduos e grupos sociais quanto ao fluxo, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da unidade de saúde estimulando a população para participar do acompanhamento e avaliação das ações de saúde; - Mobilizar a comunidade para participar de reuniões dos conselhos locais de saúde e controle social; | | | |
| TOTAL | | 224 | 176 | 400 |

Fonte: COFTES/ESPMT/2005

APÊNDICES

APÊNDICE A -**PROTOCOLO DE ROTEIRO DO GRUPO FOCAL COM ACS**

Código do Grupo Focal: _____ **PSF** _____

Data do G.F: ____/____/____

ANEXO GRUPO FOCAL COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAUDE

GRUPO FOCAL Nº----- DATA ---/---/---

LOCAL DE REALIZAÇÃO -----

A SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Dados de Identificação

1. Sexo: _____

2. Formação: _____

3. Idade: _____

4 Tempo de Formado: _____

5. Tempo de serviço: _____

6. Escolaridade: _____

7 Modalidade de vínculo: _____

II – TEMAS PROPOSTOS PARA AS DISCUSSÕES:

1. Concepção de Saúde, Promoção da Saúde e Competências profissionais.
2. Processo de trabalho dos agentes comunitários
3. Formação profissional para o desempenho das atividades

APÊNDICE B -**DIÁRIO DE CAMPO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

Nome da pesquisa: *Formação do agente comunitário de saúde na reorganização da atenção primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção*

Nome do observador:

Tipo de observação:

Assunto observado:

Nº. da observação:

Local:

Dia:

Mês:

Ano:

Hora:

Duração:

Data da realização do comentário crítico:

OBS. As páginas seguintes conterão o registro das observações e o comentário crítico sobre as mesmas.

APÊNDICE C –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Rio de Janeiro, ____ de _____ 2009.

Prezado (a) Sr(a),

Sou aluno(a) do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e, como requisito para obter o título de Mestre, estou desenvolvendo uma pesquisa nas unidades básicas de saúde do município de Cuiabá com o objetivo de *“analisar a percepção do agente comunitário de saúde sobre a formação recebida em relação às competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho em equipe na estratégia da saúde da família”*

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguradas absoluto sigilo, sobre sua participação, sendo feito todos os esforços para preservar o anonimato. Todos os relatos e as fitas gravadas serão utilizados apenas para fins científicos e ficarão sob responsabilidade do pesquisador por 5 anos, de acordo com a Res. 196/99 do CNS.

Cabe ressaltar que a sua participação é estritamente voluntária e a qualquer momento você poderá desistir de participar. No caso de desistência, não haverá risco de prejuízos.

Nesse sentido, solicito a sua autorização para entrevistá-lo(a), usando como recurso o gravador, pois os dados coletados serão analisados sob a perspectiva qualitativa.

Você receberá cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Atenciosamente

Jucineide Proença da Cruz Schmidel

Termo de Consentimento Informado

Diante dos esclarecimentos acima, eu _____ aceito participar da pesquisa intitulada **“Formação do agente comunitário de saúde na reorganização da atenção primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção”**.

Aceito ser entrevistado (a) pelo pesquisador, bem como autorizo a gravação da entrevista e a utilização das informações para fins científicos.

Rio de Janeiro, ____/_____/2009.

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador: Jucineide Proença da Cruz Schmidel

Endereço Institucional: Rua Adauto Botelho 155, Bairro Coophema

Telefone: (065) 3613-2214 - Cuiabá/MT

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 - Térreo – Fone: (21) 2598-2863.

Manguinhos Rio de Janeiro RJ

CEP: 21041-210

ANEXOS

ANEXO I

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS, ELENCADOS NA PORTARIA 648/06 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

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

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

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

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

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

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.