

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**Programa Saúde da Família: investigando o
conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde
sobre a Fonoaudiologia**

MARTA OLIVEIRA E SILVA DE MIRANDA SÁ

**Piracicaba, SP
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Programa Saúde da Família: investigando o
conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde
sobre a Fonoaudiologia**

MARTA OLIVEIRA E SILVA DE MIRANDA SÁ

Orientadora: Prof. Dr^a Maria Inês Bacellar Monteiro

**Dissertação apresentada à Banca
Examinadora ao Programa de Pós-
Graduação em Educação da UNIMEP
como exigência parcial para obtenção
do título de Mestre em Educação.**

**Piracicaba, SP
2007**

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profª Dra. Maria Inês Bacellar Monteiro
Instituição: UNIMEP

Titular: Profª Dra. Ana Paula de Freitas
Instituição: UNIMEP

Titular: Profª Dra. Ivone Panhoca
Instituição: PUC/Campinas

Gente Humilde

Tem certos dias em que eu penso em minha gente
E sinto todo meu peito se apertar
Porque parece que acontece de repente
Como um desejo de viver sem notar
Igual a como quando eu passo num subúrbio
Eu muito bem, vindo de trem de algum lugar
E aí me dá como uma inveja dessa gente
Que vai em frente sem nem ter com quem contar

São casas simples com cadeiras na calçada
E na fachada escrito em cima que é um lar
Pela varanda flores tristes e baldias
Como a alegria que não tem onde encostar
E aí me dá como uma inveja no meu peito
Feito um despeito de não ter como lutar
E eu que não creio peço a Deus por minha gente
É gente humilde, que vontade de chorar

(Garoto – Chico Buarque – Vinícius de Moraes)

DEDICATÓRIA

Deus, sem você nada seria possível;
Meus pais, **Luiz e Marta**, exemplos de dignidade e luta;
Mariana e Laís, afinal tudo que faço é por vocês e para vocês, meus amores;
Jaque, grande amiga e companheira, juntas rimos, choramos, lutamos e
vencemos, sem você, não teria chegado ao final desta árdua jornada, obrigada
por tudo.

AGRADECIMENTOS

Em especial a **D. Julita**, pessoa muito marcante em minha vida, que sempre me apoiou e incentivou a ir à busca de meus ideais, não medindo esforços para cuidar das minhas filhas, suas netas, quando da minha ausência;

Dr. Salvador, grande sábio, sempre na retaguarda, suas explicações, livros me foram muito úteis, bem como os seus ensinamentos;

Eduardo, pai das minhas filhas, você é muito importante para nós, obrigada por tudo e pelo apoio;

Inês, pela paciência e incentivo para que eu chegasse ao final desta grande empreitada, não deixando o barco à deriva, meu muito obrigada;

Aglaz, companheira de trabalho, amiga, sempre presente na minha vida;

Vanessa, comadre, amiga, sempre que precisei de apoio me deu a mão;

Jadson, obrigada pela ajuda na coleta de dados;

UCBD, pelo incentivo financeiro durante toda a jornada;

Ana Paula, Ivone suas observações e sugestões na qualificação foram fundamentais para a melhoria do trabalho;

Prof^a Maria Cecília Amendola da Motta, Secretária Municipal de Educação, obrigada pelo apoio na reta final, foi muito valioso;

Minhas amigas de trabalho, obrigada pela compreensão e apoio nos momentos que precisei;

E... **todos** aqueles que direta e indiretamente estiveram comigo nesta jornada.

A todos **MEU MUITO OBRIGADA!!!!**

SUMÁRIO

RESUMO.....	IV
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE DE QUADROS.....	VI
INTRODUÇÃO.....	01
CAP. I – CONHECENDO A SAÚDE.....	06
1.1 – Concepções sobre saúde e doença.....	06
1.2 – Histórico da Saúde Pública no Brasil.....	10
1.2.1 – O desenvolvimento da saúde de Campo Grande.....	17
1.3 – Programa saúde da família.....	22
1.4 – Programa de agentes comunitários de saúde.....	33
CAP. II – SAÚDE PÚBLICA, EDUCAÇÃO E FONOAUDIOLOGIA.....	40
2.1 – Saúde pública e educação	40
2.2 – Fonoaudiologia e saúde pública	49
CAP. III – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	57
3.1 – A orientação metodológica e os procedimentos para a construção dos dados.....	57
3.2 – O local de estudo.....	58
3.3 – Os sujeitos.....	59
3.4 – As entrevistas.....	60
3.5 – As análises.....	61
CAP. IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS...	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS.....	94
ANEXOS.....	102

RESUMO

O Programa Saúde da Família visa à melhoria da saúde dos brasileiros enquanto instituição base de todo sujeito, condição prevista na Constituição Federal como direito social, sendo este dever do Estado. O Agente Comunitário de Saúde como parte integrante deste programa tem como dever incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde e sendo o elo principal entre a família e os demais profissionais foi o foco principal da pesquisa. Esta pesquisa teve como objetivo Identificar o conhecimento que os agentes comunitários possuem sobre a Fonoaudiologia e possíveis alterações relacionadas e discutir aspectos da formação destes profissionais que podem favorecer a atuação dos mesmos junto à população. Para a realização da pesquisa foi realizada uma entrevista semidirigida com seis agentes comunitários de saúde, contendo sete perguntas abertas, sendo três sobre a formação e capacitação que recebem e quatro perguntas a respeito do conhecimento que os mesmos possuem sobre a Fonoaudiologia. Na apresentação e análise dos resultados optou-se pela caracterização das respostas, dividindo-se em primeira e segunda parte da entrevista, analisando cada resposta dos Agentes Comunitários de Saúde e discutindo as mesmas. Os resultados indicam que a formação que os Agentes Comunitários de Saúde recebem está mais centrada no contexto das políticas públicas de saúde, estratégias de implementação, organização dos sistemas locais de saúde, mapeamento, cadastramento, visitas domiciliares, acolhimento, humanização, coleta e análise de dados, deixando a desejar no que se refere à promoção da saúde, atenção básica e vigilância em saúde. Com relação ao conhecimento do Agente Comunitário de Saúde sobre a Fonoaudiologia existem muitas falhas que devem ser preenchidas e os agentes relataram se sentirem despreparados para identificar alguma alteração. Pudemos concluir da importância de algumas ações junto ao Poder Público para favorecer um maior conhecimento desses profissionais, visando um melhor desempenho do trabalho junto à comunidade.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família – Agente Comunitário de Saúde – Fonoaudiologia.

ABSTRACT

The Programa Saúde da Família aims at to the improvement of the health of the Brazilians while institution subject base of all, condition foreseen in social the Federal Constitution as right, being this duty of the State. The Communitarian Agent of Health as integrant part of this program has as to have to develop the actions of prevention and promotion of the health and being the main link between the family and the excessively professional ones it was the main focus of the research. This research had as objective to identify the knowledge that the communitarian agents possess on the Fonoaudiologia and possible related alterations and to argue aspects of the formation of these same professionals who can favor the performance of the together one to the population. For the accomplishment of the research an interview semidirected with six communitarian agents of health was carried through, contends seven questions opened, being three on the formation and qualification that receive and four questions regarding the knowledge that the same ones possess on the Fonoaudiologia. In the presentation and analysis of the results each reply of the Communitarian Agents of Health was opted to the characterization of the answers, dividing itself in first and second part of the interview, analyzing and arguing the same ones. The results indicate that the formation that the Communitarian Agents of Health receive more is centered in the context of the public politics of health, strategies of implementation, organization of the local systems of health, mapping, cadastre, visits domiciliary, shelter, collect and analysis of data, leaving to desire in that if it relates to the promotion of the health, basic attention and monitoring in healt, and with relation to the knowledge of the Communitarian Agent of Health on the Fonoaudiologia exists many imperfections that must be filled and the agents had told if to feel unprepared to identify some alteration. We could conclude of the importance of some together actions to the Public Power to favor a bigger knowledge of these professionals, aiming at one better performance of the together work to the community.

Word-key: Program Health of the Family - Communitarian Agent of Health - Fonoaudiologia.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sinopse da evolução histórica dos serviços de saúde.....	17
Quadro 2 – Caracterização dos profissionais atuantes no PSF.....	32
Quadro 3 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	60
Quadro 4 – Respostas dos ACS da pergunta número um.....	62
Quadro 5 – Respostas dos ACS da pergunta número dois.....	66
Quadro 6 – Respostas dos ACS da pergunta número três.....	72
Quadro 7 – Respostas dos ACS da pergunta número quatro.....	81
Quadro 8 – Respostas dos ACS da pergunta número seis.....	82
Quadro 9 – Respostas dos ACS da pergunta número cinco.....	84
Quadro 10 – Respostas dos ACS da pergunta número sete.....	87

INTRODUÇÃO

A legislação que regulamenta a profissão do Fonoaudiólogo atribui como sua competência: “desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área de comunicação escrita e oral, voz e audição, bem como realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e fala”. Nesse contexto, a Fonoaudiologia estuda a linguagem humana e audição, por meio da constatação dos distúrbios da comunicação e visa o aperfeiçoamento da comunicação oral e escrita. Estuda o ser humano quanto ao uso do seu organismo num ambiente em que exige a comunicação, portanto o seu objeto de estudo deve ser considerado e avaliado numa unidade funcional. A prática fonoaudiológica é muito vasta e aplica-se a diversos setores da atividade humana.

Nos últimos dez anos, o SUS (Sistema Único de Saúde), passou por uma grande reforma, permitindo o acesso da população aos serviços de saúde em qualquer parte do território nacional.

A partir da reestruturação do sistema de saúde, passando a um novo modelo assistencial¹, muitos profissionais da fonoaudiologia foram lotados em centros de saúde, iniciando-se a inserção da fonoaudiologia na atenção primária à saúde.

A Fonoaudiologia desde a década de 80 tem procurado modificar o seu olhar tão somente clínico, terapêutico, para um olhar preventivo. Com isto, os profissionais vêm buscando um novo paradigma social e político, que tem por objetivo o conhecimento do homem na sua totalidade e a melhoria de suas condições de vida.

Na década de 90 o Ministério da Saúde implantou um Programa de Agentes Comunitários (PAC) que tinha como finalidade à atuação junto aos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na região Nordeste do país (Ministério da Saúde, 2003). A partir daí foi que surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), com enfoque na família e não apenas no sujeito,

¹ Garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.

com ações preventivas sobre a demanda. Estas estratégias foram valorizadas dentro da perspectiva de cumprimento do direito universal à saúde, garantido na Constituição de 1988 e do Sistema Único de Saúde (Lei Orgânica da Saúde 8080/90) tendo à preocupação de promover uma maior integração ao conjunto da rede de saúde e à orientação de fixação de profissionais junto a sua clientela.

Os modelos precursores dos programas de Agentes Comunitários e Programas de Saúde da Família podem ser buscados nas antigas práticas de atenção primária, baseados na adscrição de clientela e na estratégia de visitantes domiciliares que foram experimentados no Brasil nos anos 70-80, direcionando as atividades para clientelas de alto risco, mais sujeitas a doenças infecto-contagiosas, diarreia e desnutrição (MELAMED, 1998).

Os agentes comunitários vinculados ao PSF² tem acesso periódico direto as famílias que possivelmente têm sujeitos com necessidades de intervenção fonoaudiológica (audição, voz, deglutição, crianças com atraso, dificuldades de linguagem,...).

Muitas dessas alterações encontradas pelos agentes comunitários poderiam ser sanadas com as orientações fornecidas, poupando essas famílias de se deslocarem até os postos de saúde, favorecendo a diminuição da demanda, evitando as grandes filas observadas nos atendimentos públicos, postos de saúde, clínicas-escolas.

O programa visa essencialmente promover uma interação mais direta e efetiva entre a comunidade e o serviço de saúde local. A proposta básica consiste no esclarecimento da população sobre cuidados com a saúde e seu encaminhamento a postos de saúde ou a serviços especializados em caso de necessidades que não possa ser suprida pelos próprios agentes. Pretende-se, por meio de uma visita constante às moradias da região, acompanhar o processo de crescimento das crianças de zero a cinco anos.

Além das conversas feitas nas residências, são realizadas reuniões sobre temas específicos, divulgados previamente, nos postos de saúde. Os agentes são submetidos a cada três meses a treinamento por parte da

² Programa Saúde da Família.

supervisora³ do programa e esta, por sua vez, participa de reuniões periódicas na secretaria estadual. A visitação é mensal e o agente, com o passar dos meses, passa a conhecer de perto a situação de cada família (MELAMED, 1998).

A proposta de agentes comunitários de saúde é nacional, havendo, no entanto, especificidades locais.

O projeto corresponde a uma parceria entre as três esferas da federação (federal, estadual e municipal). No entanto, deve-se destacar que a atuação da Secretaria Municipal é fundamental, na medida em que é neste plano que o trabalho é organizado, ganhando vida própria.

A consciência da necessidade de desenvolver este estudo decorreu do trabalho desenvolvido no Centro de Especialidades Municipais (CEM) na cidade de Campo Grande, município do Estado de Mato Grosso do Sul. Constatou-se como a população é carente de informações, esclarecimentos sobre a saúde relacionada à linguagem e à comunicação. A partir daí surgiram algumas indagações sobre as possibilidades de realizar um trabalho educativo que auxiliasse a preparação dos agentes comunitários no trabalho de prevenção e informação sobre a saúde da população no que se refere à linguagem e comunicação.

O Programa Saúde da Família que hoje existe praticamente em todo o país é visto como um Programa de Estratégia para a atenção básica a saúde (MARQUES, 2003).

O PSF é constituído por equipes multiprofissionais, formados por médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários e a partir de outubro de 2000 passaram a fazer parte da equipe dentistas. Esta é a composição da equipe que chama de mínima. Cada equipe é responsável pelas famílias de uma determinada área do município.

O Programa desenvolve atividades de territorialização, território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área, atendimento ambulatorial com a realização de consultas e outros procedimentos, que vão desde as visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica,

³Normalmente a supervisora do programa é a enfermeira. Informação colhida durante as visitas e entrevistas realizadas com os agentes comunitários de saúde no PSF.

participação nos eventos das comunidades, articulação com os demais setores do Município, entre outras (MARQUES, 2003).

O PSF é acima de tudo inovador, vem buscar junto às estratégias desenvolvidas uma maior aproximação da comunidade, uma medicina humanística que veja o sujeito na sua totalidade, desde o convívio familiar, situação de moradia, alimentação, higiene, enfim tudo o que a comunidade tem a oferecer naquele momento.

Um dos objetivos do Programa é a promoção da saúde e prevenção de doenças e não tem nada melhor para viabilizar tais objetivos do que o profissional ver in locu o que está acontecendo e dentro das condições que a comunidade tem o que pode ser sugerido pelos profissionais do programa para reverter tais situações, por isso a importância do “diagnóstico institucional” (MARQUES, 2003).

O Ministério da Saúde tem estimulado a massificação de programas de agentes comunitários e programas de saúde da família pelo país, propondo que diferentes municípios incorporem a proposta, esperando com isto criar uma ampla rede de serviços ambulatoriais de qualidade.

Levando em consideração os princípios da integralidade do SUS e o papel dos agentes de saúde na prevenção articulada com o social, este estudo buscou identificar o conhecimento da equipe de agentes comunitários sobre linguagem, voz, audição e motricidade oral e possíveis alterações relacionadas e discutir aspectos da formação destes profissionais que poderiam favorecer a atuação dos mesmos junto à população.

Visando facilitar a compreensão do estudo desenvolvido dividimos o texto em IV capítulos. No primeiro capítulo apresento concepções sobre saúde e doença que são importantes para auxiliar o leitor a refletir sobre o conceito adotado pelo Ministério de Saúde e os fundamentos que orientaram esta reflexão. Histórico da saúde pública no Brasil desde o século passado até os dias de hoje e a nova proposta de atendimento à população, o SUS. Ainda neste capítulo, trago o modelo de assistência à saúde que o município de Campo Grande vem oferecendo a população, o Programa de Saúde da Família junto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, dentro de toda sua abrangência de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, fazendo uma explanação desde a sua implantação até o momento atual.

Descrevo a atuação, competência, do agente comunitário de saúde junto à população atendida, bem como o que acontece nos atendimentos nas residências.

O segundo capítulo traz o papel da Saúde Pública e Educação com interface com a Fonoaudiologia, fazendo um histórico sobre a trajetória deste profissional no serviço público de saúde e o campo de abrangência de suas atividades com relevante papel na educação em saúde. No terceiro capítulo apresento a metodologia utilizada para a construção dos dados deste estudo e em seguida, os resultados e discussão alcançados através da análise das entrevistas. Termino as considerações apresentando algumas recomendações para o poder público que poderiam favorecer um maior conhecimento do Agente Comunitário de Saúde, no que diz respeito a sua formação e as questões relacionadas à Fonoaudiologia, visando um melhor atendimento a comunidade.

CAPÍTULO I

Conhecendo a Saúde

1.1 - Concepções sobre saúde e doença

A preocupação com a formação de profissionais para o trabalho, com agentes comunitários, nos Programas de Saúde de Família levou-nos a necessidade de refletir criticamente sobre as concepções e o conhecimento que os mesmos possuem das condições de saúde de nossa população.

O termo saúde tem suscitado as mais acaloradas discussões no meio científico, no ambiente acadêmico, nas decisões populares. A sociedade e seus diferentes segmentos, mais que nunca, tem se dedicado a debates sobre o caráter emergencial da saúde, sua crescente demanda, seus saberes – os científicos e os vulgares - no sentido de tentar pelas práticas na direção da otimização dos recursos em saúde, fato que tem demandado providências dirigidas para outros enfoques além das ciências médicas, alcançando, assim, as esferas culturais, as medidas educacionais, as instâncias econômicas, os movimentos populares...

Quando falamos ou pensamos em saúde, logo nos vem a idéia de ausência de doença. Não vemos a saúde como uma conceituação maior que envolve vários fatores; social, físico e mental. Portanto, definir saúde nunca foi tão fácil, devido às diferentes concepções ou interpretações que as pessoas têm, a partir de experiências concretas, sensações e sentimentos adquiridos na sua vida escolar, social, profissional, religiosa, familiar, etc.

A propalada qualidade de vida, implicando no referencial esperança de vida, tem igualmente sido confrontada com outros indicadores, como os de morbidade e mortalidade, alimentando os conhecimentos sobre as discrepâncias existentes entre saúde, doença, riscos, merecendo a atenção de estudos que são elaborados pela Epidemiologia social, estendendo suas

discussões necessariamente para outros domínios científicos, exatamente por identificá-los não mais como um problema de exclusividade biológica, mas verdadeiramente, um problema social (CHAMMÉ, 1997).

Em 1948 a Organização Mundial de Saúde, OMS, definiu a saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a simples ausência de doença ou enfermidades” (BARCHIFONTAINE, 1996).

Esse conceito, embora representasse a possibilidade de pensar a saúde sob outros aspectos, além do biológico, foi considerado amplo demais e pouco concreto (MELO e CUNHA, 1998).

Leser (2000) et. all., relatam que por trás desta conceituação que a OMS traz sobre saúde, existem vários fenômenos de constantes alterações, tais como; forças biológicas, físico-químicas, mentais e sociais que tendem a romper o equilíbrio que corresponde ao seu grau de saúde.

Neste sentido, saúde passa a ser vista como um patrimônio coletivo, que deve ser protegido e aumentado através da diversificação de ações e práticas eficientes. Tomando por base a concepção global de saúde, ela passa a ser considerada um dever de cada homem frente a si próprio e à sociedade. Cada sujeito é estimulado a tornar-se o coordenador de sua própria saúde, responsabilizando-se por ela, fato que não acontecia àquela época e poderia ser traduzida da seguinte forma: a doença é essencialmente biológica ou social?

A doença é também um fenômeno social, uma vez que à saúde de uma população, genericamente, depende da qualidade e do acesso ao consumo de certos bens e serviços de subsistência. A doença deixa de ser vista simplesmente como um fator unicamente orgânico e passa a ser olhada como uma questão social. Pesquisas realizadas nas três últimas décadas, em especial na América Latina, indicaram que as formas de adoecer, assim como os tipos de doença, variavam em função da diferença de renda e outros indicadores sociais (tipo de emprego, moradia, educação, etc.).

Essas pesquisas ainda puderam constatar que as atividades desenvolvidas, no trabalho industrial, provocavam também enorme desgaste nas pessoas, causando sérios danos à saúde. Portanto, já na década de 70, a saúde e a doença passaram a não ser mais uma questão ou problema exclusivo da área da saúde, mas de todos os setores da sociedade.

Silva (2004) relata que as condições de saúde estão estreitamente relacionadas com a maneira pela qual o homem produz seus meios de vida através do trabalho, e satisfaz suas necessidades, através do consumo.

Segundo Barchifontaine (1996), Melo e Cunha (1998), para o homem poder estar ou ter este estado de bem-estar físico, mental e social, seria necessário que estivesse adaptado ao mundo físico, mental, social e cultural. E por esse motivo, preservar a qualidade das relações que ocorrem de forma permanente entre os seres vivos e o seu meio apresenta-se, enfim, como uma questão de vida ou morte para a humanidade.

Hipócrates já afirmava, há 400 a. C., que a saúde era produto do equilíbrio entre o corpo, a mente e o meio ambiente. E nos dias de hoje, suas idéias continuam ainda sendo defendidas, principalmente através da visão ecológica, sustentada com fortes argumentos pela maioria dos cientistas de nosso século (MELO e CUNHA, 1998).

De acordo com Barchifontaine, (1996), nos dias de hoje, na América Latina e em especial aqui no Brasil, não é possível ao homem encontrar esse bem estar, pois vivemos num mundo poluído, numa sociedade onde o modelo econômico concentrado de renda marginaliza a maior parte da população, criando conflitos sociais e se mantendo por um regime alheio aos interesses do povo. Estas características impedem o bem estar ao homem.

Na mesma direção, Silva (2004) relata que o processo de saúde-doença está intimamente ligado a qualidade de vida dos sujeitos, que é resultante de fatores sociais como idade, gênero, raça e classe social.

Andrade (1996) salienta os valores como a felicidade, alegria e prazer de viver, como traços pertencentes ao conceito de saúde, dentro de modelos de julgamentos morais, de alta subjetividade. Desta forma a saúde é a totalidade da existência pessoal pelo reconhecimento das inter-relações entre os aspectos físico, psicológico, emocional, social, espiritual e ambiental. Estes aspectos contribuem para a qualidade de vida do sujeito, onde nada pode ser esquecido ou visto isoladamente.

Diante de toda essa problemática com a saúde foi organizada e patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, capital da República

Socialista Soviética de Cazaquistão, no período de 6 a 12 de setembro de 1978.

A reunião que ficou conhecida como Conferência de Alma-Ata, transformou-se num marco pelo reconhecimento dos direitos humanos de todos os povos do mundo em relação à saúde (GERALDES, 1992).

Como resultado da conferência ficou definido uma política de saúde denominada “Saúde para todos no ano 2000”. Essa estratégia se definiu como atenção primária de saúde (APS), o que não se deve confundir com o primeiro nível de atenção ou com os serviços básicos de saúde (KROEGER E LUNA, 1992).

Estudos recentes, mais precisamente da década de 80, propõem uma ampla revisão da concepção mecanicista do universo, abrindo perspectivas de novas modificações, tanto da nossa forma de atendimento do binômio saúde-doença quanto da própria prática médica.

Esses estudos partem da idéia de que o organismo é um todo integrado, em que cada parte – órgão, tecido ou célula – constitui um sistema vivo complexo em perfeita harmonia com a mente e com o próprio meio ambiente.

A partir desse princípio, começa a consolidar-se uma visão holística de saúde, que considera saudável o organismo que mantém em equilíbrio três fatores interdependentes entre si: o individual, o social e o ecológico (MELO e CUNHA, 1998).

Ainda, no mesmo livro encontramos que, o adoecimento, nessa concepção, já não é mais visto como simples mau funcionamento do corpo (ou de parte dele), mas como uma conseqüência do desequilíbrio entre corpo, mente e ambiente físico e social.

É a partir do século XX, que podemos observar a valorização crescente da solidariedade e dos direitos humanos, em todos os aspectos, dentre eles a defesa, a busca da paz e de um tipo de desenvolvimento que preserve a própria vida em nosso planeta. Tudo aquilo que possa interferir, negativamente, na qualidade de vida das pessoas tem sido motivo de grandes discussões. E não é só isso! As leis mais recentes já chegaram, até mesmo, a reconhecer a saúde como direito de cidadania (MELO e CUNHA, 1998).

Tal enfoque começou a ser mais discutido no Brasil a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986. A Conferência terminou por elaborar um conceito de saúde, vinculado diretamente ao direito de cidadania:

“A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é 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 assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).”

1.2 - Histórico da Saúde Pública no Brasil

A saúde é própria do ser humano, assim como a doença também é, mesmo considerando esta última como indesejável, pois todos nós estamos propensos a tal situação.

A doença sempre tem afligido o homem, pois a enfermidade é inerente à vida; e o homem procura sempre se esforçar para enfrentar essa realidade da melhor maneira possível (ROSEN, 1994).

Rosen (1994) também relata que os maiores problemas de saúde que se tem noticiado ao longo da história humana e que os homens têm enfrentado sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade.

O controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida puras, em volume suficiente, a assistência médica e o alívio da incapacidade e do desamparo, modificou com o tempo, assim como a ênfase sobre cada um desses problemas (ROSEN, 1994).

Na história antiga, eram os patriarcas que estabeleciam os ensinamentos objetivando a higiene dos seus povos, assim fizeram Moisés e Maomé (RODRIGUES e ALVES, 1977).

No Brasil, as primeiras notícias médicas que se tem notícia, datam de 1º de maio de 1500, quando desembarcou junto com a frota de Pedro Álvares Cabral o primeiro médico, conhecido como “Mestre João”. (GIUSTI, 2004).

O mesmo autor relata que o período colonial foi caracterizado pela deficiência de medicamentos e médicos para prestarem atendimento à população. Os hospitais eram considerados como depósitos de doentes devido à precariedade técnica. Foi com a chegada da Família Real ao Brasil, 1808, que a situação começou a melhorar.

A partir do séc. XVI é que começa a surgir uma preocupação com as questões da saúde como um problema social, não tanto pela sua importância para a qualidade de vida, mas como caráter político e econômico de estruturas socioeconômicas concretas (PUCCINI, 2000).

No Brasil, as populações pobres composta por escravos e indigentes, começaram a receber algum tipo de assistência aos seus problemas de saúde, devido à igreja passar a praticar ações sociais, principalmente na área da saúde, quando da instalação das Casas de Misericórdia, instituindo a filantropia (GARBIN, 2000).

A partir do século XVIII, surgem os primeiros hospitais militares que eram destinados à tropa. Com isto, as Santas Casas deixam de receber soldados para internação onde era realizado pagamento de pequena remuneração pelo governo. Em contrapartida, os hospitais militares passaram a receber civis, mediante cobrança de uma taxa (GIUSTI, 2004).

Diante do processo evolutivo da história da cultura, a concepção de saúde vai também sofrendo idêntica evolução. Enquanto a sociedade vai se tornando mais instrumentalizada, mais mecanizada, o corpo vai passando a ser visto sob a ótica das novas descobertas das ciências físico-químicas, tecnológicas e biológicas. A partir do século XVIII, surgem os Tratados de Saúde (como o de Puericultura), onde a concepção de saúde sofre ajustamentos distintos, com ordenamentos próprios, adotando condutas de possíveis manipulações, de orientações e de intervenções voluntárias, promovendo ações mecânicas sobre o corpo no sentido de prevenir doenças (CHAMMÉ, 1997).

Ainda segundo o mesmo autor, enquanto as condutas sobre cuidados de saúde vão sendo idealizadas e impostas para os sujeitos, às instituições sociais identicamente acompanham as mudanças das propostas coletivas e vão se organizando e se reformulando na mesma direção.

A lepra foi sério problema nessa época. Como a igreja assumia a liderança de seu controle, foram criados os leprosários pelos religiosos e instituído a quarentena por causa das epidemias (MEIRA, 1997).

A grande descoberta do séc. XVIII foi a vacinação antivariólica. Nessa mesma época iniciaram-se as primeiras descobertas e as primeiras iniciativas com relação à higiene do trabalho. Surge em vários países a iniciativa de organização de agências de saúde de âmbito nacional (MEIRA, 1997).

Em 1850, foi criada a Junta Central de Higiene Pública, que tinha como objetivo de coordenar as Juntas Municipais e especialmente atuar no combate a febre amarela (GIUSTI, 2004).

No período de 1881 até o final do séc. XIX ocorre a substituição da Junta pela Inspetoria Geral de Saúde e Higiene Pública. Posteriormente é criada a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, com a finalidade de controlar e bloquear a entrada de doentes no país.

Carvalho e Werneck (2000) relatam que no séc. XIX com a descoberta dos agentes etiológicos da doença e os seus modos de transmissão, era comum como medida preventiva o isolamento dos doentes, visando criar propostas de controle voltadas para a identificação das “cadeias de transmissão” de doenças.

A mudança ocorrida nos estudos e pesquisas das enfermidades permitiu ampliação do conhecimento sobre os fatores e determinantes da saúde e da doença. Os estudos demonstravam que as taxas de mortalidade estavam ligadas às condições de vida, que era possível e viável estabelecer correlacionamento entre epidemias e desigualdades sociais, que os denominados surtos tinham períodos de incubação e de disseminação, que havia relação entre duração da imunidade adquirida, idade e gravidade da doença. Neste momento foi possível a utilização dos métodos quantitativos para demonstrar diferenças entre grupos sociais onde às doenças ocorriam (CHAMMÉ, 1997).

Ainda no séc. XIX, vários estudos tentaram descrever a distribuição desigual das doenças de acordo com características sociais e demográficas. Assim sendo, ficou mais fácil e possível conhecer melhor os grupos da população com maior risco de adoecer (PEREIRA, 1999).

Carvalho e Werneck (2000) relatam que dependendo da doença poderiam surgir medidas de saneamento, controle de vetores, imunização, etc. Cada doença passava então a ter medidas próprias de controle. A tradição islâmica dos tempos de Maomé ensinava que surgindo uma epidemia em um país, local, região não se deveria ir para lá, mas se a epidemia ocorresse onde a pessoa estava esta deveria permanecer no local.

Segundo Pereira (1999) foi através da identificação de agentes etiológicos e dos meios de combater sua ação morbígena que os meios de prevenção se consolidavam, através de aumento da resistência específica do organismo humano, com o uso das imunizações e da promoção do saneamento ambiental.

É importante ressaltar que a preocupação com a saúde, a promoção da saúde está presente desde muito cedo, quando Hipócrates médico grego, já analisava as doenças em bases racionais como sendo fruto da relação complexa entre a constituição do sujeito e o ambiente que o cercava.

Em 1923, através da Lei Elói Chaves, criam-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões para trabalhadores das ferrovias, iniciando-se, desta forma, uma nova fase na medicina do Brasil.

No Brasil, início do séc. XX, o renomado sanitaria brasileiro, Oswaldo Cruz, voltando dos seus estudos em Paris, fundou em Manguinhos, Rio de Janeiro, o Instituto que hoje tem o seu nome. Além de criar o Instituto empreendeu vitoriosa campanha contra a Febre Amarela, no Rio de Janeiro e o combate à peste e à varíola, com grande competência técnica, o que valeu ser reconhecido como um dos grandes vultos da saúde pública brasileira (PEREIRA, 1999).

A época de maior crescimento no Brasil foi durante a era Vargas, onde foram criados vários hospitais e centros médicos. A revolução de 1930 trás novos conceitos sociais, especialmente no tocante à assistência previdenciária e médica dos trabalhadores. Naquele ano, são criados os

Ministérios da Educação e Saúde e do Trabalho, Indústria e Comércio (GIUSTI, 2004).

Meira (1997) relata que em 1943, houve a criação de um organismo internacional a UNRRA, que tinha como finalidade à assistência médico-sanitária-social das populações.

Carvalho e Werneck, 2000, relatam que em 1948, surgiu a Organização Mundial de Saúde – OMS – e nas Américas, a Organização Panamericana de Saúde – OPS – vários países se organizaram com atividades voltadas para o controle de doenças específicas. E na década de 50, o termo “Vigilância”, passa cada vez mais a ser utilizado para significar acompanhamento sistemático de doenças na comunidade, com o objetivo de estabelecer rapidamente medidas de controle.

Durante o ano de 1953, o Ministério da Saúde esteve voltado para ações de prevenção e pesquisa. As atividades de medicina curativa a nível individual, inclusive assistência médica e hospitalar em geral, ficaram na área do Ministério do Trabalho e Previdência Social, a cargos dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) (GIUSTI, 2004).

Em 1964, surge a primeira tentativa de se dividir o pesado encargo do Estado com a saúde, mediante celebração dos primeiros convênios com empresas, realizado pelo extinto IAPI.

Em 1980, o Ministério da Saúde começa o programa de ações integradas de saúde, envolvendo os Estados e Municípios. Nessa época, o INAMPS, ainda está subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e é responsável pela assistência médica individualizada.

No ano de 1986, o Ministério da Saúde cria o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, sendo substituído em 1988 pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

O surgimento do SUS se dá mediante “lutas” incessantes e forte desejo popular de mudanças relativas à saúde pública no país. A Constituição Federal de 1988, e as leis 8080 e 8142 de 1990, vem reafirmar as diretrizes e o que se espera deste novo sistema de saúde: “um sistema único, embasado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e com participação popular” (BRASIL, 1996).

Baseado nos preceitos constitucionais a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade:** É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a **todo e qualquer cidadão**. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a **todos** os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

- **Equidade:** É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

- **Integralidade:** É o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral;
- o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

A organização do sistema para que possa obter em suas ações maior eficiência e eficácia, deve obedecer a novos princípios.

São princípios que regem a organização do SUS:

- **Regionalização e hierarquização:** Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na

capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede deve ser através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis.

- **Resolubilidade:** É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

- **Descentralização:** É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de dar certo. Ao município cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

- **Participação dos cidadãos:** É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve acontecer nos conselhos de saúde, nas conferências de saúde, com o intuito de definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

- **Complementariedade do setor privado:** A Constituição definiu que, quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições:

- a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, o interesse público prevalecendo sobre o particular;
- a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste;
- a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1990).

Quadro 1 – Sinopse da Evolução Histórica dos serviços de saúde

Década de 60	Década de 70	Década de 80	Década de 90
IAP's	INPS	INAMPS	SUS
	MS	MIS	Medicina de grupo
	Medicina de grupo	Medicina de Grupo	Cooperativa Médica
	Cooperativa Médica	Cooperativa médica	Seguro Saúde

Fonte: http://www.vivatranquilo.com.br/seguro/seguro_saude/mat1.htm

1.2.1 - O desenvolvimento da saúde de Campo Grande – MS⁴

Em 1977 foi criado⁵ o Estado de Mato Grosso do Sul e Campo Grande foi elevada à condição de Capital do Estado de Mato Grosso do Sul. A partir de então, foi realizada uma reforma administrativa que definiu as diretrizes para o campo da saúde (PMCG, 1979; Câmara Municipal de Campo Grande, 1993).

Campo Grande está enquadrada como município em gestão plena municipal, o que significa que a administração municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde Pública, tem a obrigação de gerenciar todos os serviços de saúde existentes na capital que compõem o Sistema Único de

⁴ Lei complementar nº 31 de 11.10.1997.

⁵ Prefeitura Municipal de Campo Grande. Reforma administrativa. Jornal Correio do Estado. Campo Grande, 04 de junho de 1979.

Saúde (SUS), os públicos próprios da prefeitura e os particulares conveniados com o sistema.

Nas unidades de Saúde Municipais, porta de entrada do sistema local são prestados os serviços básicos e alguns procedimentos de média complexidade, com enfoque prioritário na prevenção à saúde através dos Programas do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).

A Secretaria de Higiene e Saúde Pública (SESAU) ⁶ foi criada após a reforma administrativa com o art. 5 de Lei Municipal nº1.811/79 e estabeleceu diretrizes de trabalho para atendimento na área rural, atendimento de urgência e ambulatorios médicos destinados à população não amparada por instituições públicas de previdência estadual ou federal (PMCG, 1979).

A SESAU tornou-se responsável pela contratação de serviços de assistência hospitalar de urgência e assistência ambulatorial médica e odontológica, foram criados os serviços de estatística e controle sanitário e serviços de Biometria, exame físico e mental dos servidores municipais, com finalidades trabalhistas (IVO et. all, 2004).

A partir de 1979, a SESAU ampliou sua oferta de serviço e passou a assumir a assistência hospitalar de urgência, assistência médica, controle sanitário municipal, fiscalização de contratos e convênios, exames de admissão ocupacional para os servidores municipais, ambulatório para atendimento a toda a população do município, fiscalização sanitária, assistência farmacêutica, laboratório de saúde pública, serviço de imunização, serviço odontológico para adultos e escolares, serviço de epidemiologia e estatística e serviço de veterinária.

Nos anos de 1980, mais precisamente a partir de 1984, foi iniciado pelo Governo Federal um trabalho de descentralização que culminou com o Sistema Único de Saúde e a partir de 1985 a Secretaria passou a se chamar Secretaria da Higiene e da Saúde Pública. Na ocasião foram criados quatro núcleos regionais que hoje são os Distritos Sanitários.

⁶ Órgão Central, responsável pela formulação e execução das ações e serviços de saúde, financiada com recursos próprios ou transferida pelo gestor estadual ou federal do SUS, no município de Campo Grande.

Em 1988 foi efetivada a descentralização dos serviços de saúde para os municípios e implementado o controle social. Em decorrência foi criado o Conselho Municipal de Saúde em 1996.

O Sistema de Saúde de Campo Grande evoluiu, e hoje coloca a disposição da população 81 Unidades de Saúde⁷:

- 04 Distritos Sanitários;
- 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 57 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- 23 Unidades Básicas de Saúde da Família (PSF) com 47 equipes do Programa de Saúde da Família;
- 08 Policlínicas Odontológicas;
- 09 Centros Regionais de Saúde (CRS) 24h;
- 10 Centros de Referência;

O Decreto Municipal nº 8.812 de 21 de novembro de 2003, ampliou a Rede Municipal de Saúde em Campo Grande (REMUS) com novas unidades médicas e odontológicas para o atendimento de saúde da população e passou a ter além da estrutura anterior os seguintes serviços: (Anexo -1)

- Diretoria Distrital de Saúde – Norte;
- Diretoria Distrital de Saúde – Sul;
- Diretoria Distrital de Saúde – Leste;
- Diretoria Distrital de Saúde – Oeste;
- Unidades subordinadas diretamente ao Órgão Central de Saúde.

Cada Distrito tem uma Diretoria a qual compete, prioritariamente, coordenar, acompanhar e avaliar as ações emanadas da Política Municipal de Saúde; coordenar e elaborar a programação ascendente na sua base territorial; traçar o perfil epidemiológico e das condições de vida da população, mantendo o sistema de informações em saúde de sua base territorial.

Esse sistema permitiu maior eficiência administrativa e garantiu maior participação popular, pois a figura do Diretor Distrital aproximou a administração da população.

⁷ Cartilha “Conhecendo a Rede Municipal de Saúde – Saúde é a gente que faz” Secretaria Municipal de Saúde Pública, SESAU, Campo Grande – MS, 2007.

As Unidades Básicas de Saúde presta serviços básicos à saúde da população com atendimento ambulatorial em clínica médica, ginecológica, obstetrícia e pediatria, além de realizar tratamento odontológico, imunizações, curativos, inalações, entrega de medicamento.

As Unidades Básicas de Saúde que possui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, visa desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, funcionar como elo entre a população e os serviços de saúde, contribuindo assim com a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde, e o Programa Saúde da Família, gerar práticas de saúde que possibilitem a integração de ações individuais e coletivas, tendo o enfoque de risco como método de trabalho, a fim de favorecer o aproveitamento ideal dos recursos e a adequação destes às necessidades apontadas pela população.

O atendimento de Clínica Geral é realizado em todas as Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família. Nas Policlínicas Odontológicas o atendimento é direcionado ao escolar de pré ao nono ano na área de abrangência da Policlínica.

Os Centros Regionais de Saúde 24h é direcionado ao atendimento de urgências e emergências, onde o paciente recebe cuidados necessários, inclusive com suturas, curativos, inalações, dentre outros.

Os Centros de Referência Municipais oferecem atendimento especializado aos pacientes referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família, são eles:

- Centro Especializado Municipal (CEM): consultas médicas: Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Mastologia, Hematologia, Neurologia, Nefrologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Urologia, Reumatologia, Acupuntura, ,Oncologia, ,Ortopedia. Exames: Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Eletroencefalograma, Endoscopia, Raio X, Teste Ergométrico, Ultra-sonografia e coleta de Exames laboratoriais;
- Centro Ortopédico (CENORT);
- Centro de Oncologia (CEONCO);

- Centro de Atendimento ao Escolar (CAE);
- Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPS I);
- Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II);
- Laboratório Central Municipal (LABCEM);
- Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção de Saúde (NUPREVI);
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU);
- Centro de Controle de Zoonoses (CCZ);
- Centro de Atendimento clínico – ginecológico (CEAM);
- Hospital da Mulher;
- Centro de Doenças Infecto – Parasitárias (CEDIP);
- Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Em 1990 iniciou-se o processo de municipalização⁸ de saúde de Mato Grosso do Sul, com a transferência dos serviços de saúde para o município, ficando o Estado como co-gestor, sendo a maioria das ações do município.

Com a municipalização começou um longo processo de estruturação da saúde no município, pois o mesmo não possui capacidade física, financeira e humana para arcar com a complexidade do sistema.

Com a criação do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, deram-se os passos iniciais para a efetiva municipalização da saúde e o cumprimento das novas constituições no tocante à implantação do SUS.

No mesmo ano, pela Constituição Federal foi estabelecido que o Sistema Único de Saúde (SUS) prestaria serviços através de uma rede organizada e complementada, quando necessário, pelo setor privado, sempre garantindo acesso, qualidade e resolutividade.

Em seu organograma⁹ a Secretaria apresenta no apoio o grupo de Planejamento e Finanças, Grupo Administrativo, Diretoria de Informática, Assessoria Técnica e Divisão de Recursos Humanos (Anexo 2).

⁸ ALMEIDA, DG, Apontamentos pessoais. Curso de Enfermagem (UFMS, 1995).

⁹ Decreto n. 9.587, de 31 de Março de 2006. Diário Oficial de Campo Grande – Estado de Mato Grosso do Sul. Página 2- segunda – feira, 3 de abril de 2006.

Os serviços de Saúde atuam em duas frentes: a vigilância em saúde e a assistência à saúde. A vigilância em saúde é composta pelas áreas de Epidemiologia, Vigilância Sanitária e Centro de Controle de Zoonoses.

A Assistência à Saúde coordena todo o trabalho de assistência realizado na rede de serviço através da coordenadoria de assistência e das Diretorias Distritais de Saúde.

Fechando os serviços, aparece a coordenadoria de controle, avaliação e auditoria que coordena a produção de serviços do SUS e seus custos por meio do SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) e SIH (Sistema de Informação Hospitalar).

1.3 - Programa saúde da família

O Programa Saúde da Família (PSF) é um programa também dito estratégico, criado no país em sua atual concepção na década de 90, inspirado em experiências advindas de outros países, cuja saúde pública alcançou níveis interessantes de qualidade, com investimentos na promoção da saúde, como Cuba, Inglaterra e Canadá, sendo precedido pela criação do Programa de Agentes de Saúde (PAS) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No Brasil, adquiriu suas próprias características com criatividade e arranjos da realidade sabidamente difícil (BRASIL, 2000).

A estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) foi iniciada em julho de 1991 com a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994 formaram-se as primeiras equipes de saúde da família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (BRASIL, 2000).

O PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, como uma estratégia para reverter o modelo tradicional de assistência, hospitalocêntrico¹⁰ e curativo. Em linhas gerais, o Programa está pautado na reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo como foco a família, percebida a partir do seu ambiente físico e social, este modelo deveria possibilitar às equipes profissionais tanto uma compreensão

¹⁰ Modelo centrado nos hospitais.

ampliada do processo saúde/doença quanto intervenções que fossem para além das práticas curativas habituais (BRASIL, 2004).

As diretrizes seguidas para a implantação do PSF nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são operacionalizadas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais.

O PSF, não deve ser visto como uma proposta a margem, mas, sim, como a substituição do modelo vigente, em completa sintonia com os princípios do SUS e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

A proposta de Saúde da Família tem seu início a partir do surgimento e disseminação do movimento de Medicina Familiar, estruturado em meados dos anos 60 nos EUA com o objetivo de reformular o ensino médico. Nas décadas seguintes este movimento foi difundido em vários países da América Latina e se deslocou progressivamente das instituições de ensino para os serviços, inclusive no Brasil, onde surgiu enquanto proposta de formação pós-graduada em Medicina Geral e Comunitária, vindo posteriormente a ser absorvida como fundamentação da política de organização da Atenção Primária à Saúde (TEIXEIRA, 2004).

A mesma autora citada anteriormente relata que a atual política do Ministério da Saúde é a reorganização do modelo de atenção à saúde, que traz como proposta a ampliação e qualificação da atenção básica. Desse modo, salienta a importância da implementação da estratégia de Saúde da Família, com a consolidação do trabalho das equipes nos pequenos e médios municípios e o avanço do PSF para os grandes municípios das regiões metropolitanas. Diante disso, é muito importante que se aprofunde a análise em torno das limitações dessa proposta para que se possa dar conta do processo de mudança do modelo em toda sua magnitude, ao mesmo tempo em que se identifiquem as possibilidades de aperfeiçoamento e/ou redefinição dessa estratégia, de modo que possa contribuir para o alcance dos propósitos do sistema com relação ao acesso, cobertura, efetividade, qualidade e humanização da prestação de ações e serviços à população.

Teixeira, 2004, relata que no período de 1998-2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa voltado apenas para a atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada

uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível.

O trabalho no PSF é realizado por equipes multiprofissionais formadas, geralmente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais poderão ser incorporados à equipe de acordo com as características da demanda dos serviços. Essas equipes multiprofissionais desenvolvem atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso de forma integral e contínua. Cada equipe é responsável por uma área onde residem de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4500 habitantes, cadastradas através de visitas domiciliares. A partir do cadastramento, os profissionais e gestores obtêm dados para traçar o perfil de saúde local e posteriormente, o planejamento das ações a serem desenvolvidas (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Cada agente acompanha entre 400 e 750 pessoas e deve ser um morador da comunidade por ele acompanhada. A equipe trabalha com carga horária de oito horas diárias (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

A Unidade Básica de Saúde da Família, nada mais é que o novo ou antigo Posto ou Centro de Saúde reestruturado, com uma nova proposta de atuação que lhe permite visualizar as necessidades básicas de saúde da população em sua área de abrangência, bem como uma maior capacidade de resposta da população que está sendo assistida (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

Ainda segundo dados da Associação Paulista de Medicina, essa unidade não deve se limitar apenas na realização de triagem e encaminhamento para os serviços mais especializados, e sim realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, com uma equipe multiprofissional na própria unidade e também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios, entre outros.

O PSF visa à reestruturação da saúde, aumentando as ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, com vistas a modificar os indicadores epidemiológicos, ampliar a satisfação dos usuários e racionalizar a aplicação de recursos humanos e financeiros (BIOLCHI, 2004).

Chiesa e Fracoli (2004) relatam que o PSF tem como característica o trabalho inter e multidisciplinar, pois não se trata do projeto “médico da família”, mas de uma equipe de saúde da família, na qual existe uma definição de competências e co-responsabilidade entre seus membros; onde as unidades de saúde às quais estão vinculadas essas equipes devem ser reequipadas historicamente, teoricamente e administrativamente para comportar esse novo processo de assistir.

As autoras relatam que o modelo assistencial proposto pelo PSF é o de priorizar as ações de proteção e promoção à saúde, além da assistência individual, como elementos diferenciadores para a construção de um novo modelo, cujo foco se amplia para o indivíduo/família e a comunidade.

São vários os países que tem adotado o modelo de saúde da família na estruturação de seus níveis básicos de atenção à saúde. Dentre eles, destacam-se Reino Unido, Cuba, Espanha e Canadá. No entanto, a estratégia brasileira é inovadora ao incorporar o Agente Comunitário de Saúde na equipe de saúde da família (CHIESA e FRACOLLI, 2004).

A implantação do PSF no Mato Grosso do Sul iniciou-se em 1998, com a adesão de sete municípios ao programa, incorporando e ampliando a atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O governo estadual estabeleceu a expansão das Equipes de Saúde da Família (ESF) como importante ferramenta para a mudança do modelo assistencial. A área de abrangência dobrou de 1,73% em 1998, para 3,92% em 1999 e triplicou (13,25%) em 2000. Continuou expandindo nos anos subsequentes, obtendo em 2001 um total de 23,53% em junho de 2002, quase trinta e dois por cento (31,79%), e em fevereiro de 2004 um total de 41,75% de abrangência. Nos municípios de até 10 mil habitantes, a média da abrangência do PSF no país ultrapassa 60%. No Estado do Mato Grosso do Sul ultrapassa 75% a abrangência no programa em municípios deste mesmo porte (BRASIL, 2003b; MATO GROSSO DO SUL, 2004).

Atualmente no estado existem 259 equipes implantadas, distribuídas em 76 municípios (MATO GROSSO DO SUL, 1999; 2004).

Já no município de Campo Grande/MS¹¹ o Programa Saúde da Família (PSF), foi implantado em 1999 e hoje conta com 52 equipes atuantes com 1650 trabalhadores, sendo que destes 344 são ACS levando saúde a 178.603 famílias. O Distrito Norte atende 40.802 famílias, o Distrito Sul 50.934 famílias, o Distrito Leste 27.357 famílias e o Distrito Oeste 59.510 famílias.

Souza (2000) relata que quando do lançamento do PSF pelo Ministério da Saúde ocorria à efetivação do processo de municipalização com os secretários municipais de saúde assumindo a proposta do PSF. No Ministério da Saúde, não havia uma política forte o suficiente que definisse o PSF como uma estratégia de reorganização da atenção básica.

No momento da implantação, o programa não estava no orçamento da união dificultando, assim a sua expansão. O financiamento se contrapunha aos princípios do PSF. A remuneração incidia sobre a produção executada, e era avaliada pela quantidade de procedimentos executados, independente da qualidade e dos resultados alcançados, não valorizando a prevenção de doenças nem a promoção da saúde. Não havia uma política de recursos humanos visando o perfil dos profissionais para atuar no Saúde da Família (SOUZA, 2000; BRASIL, 2003b).

Para Souza, 2000 o programa "... nasce como algo marginal, tanto assim que se origina como um programa de um Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, sem nenhuma articulação com os outros setores do Ministério da Saúde" (p. 45).

O PSF visava atender uma população de 32 milhões de excluídos, porém devido a problemas referentes aos recursos, tiveram prioridade na implantação das áreas mais desassistidas, tendo em vista o compromisso com o princípio da equidade. Seus maiores problemas eram referentes aos recursos humanos e financiamento (SOUZA, 2000).

A partir de 1995, o PSF passa a ser visto de uma forma mais importante, chegando a ser o carro chefe da reestruturação da saúde, tanto

¹¹ Dados coletados na SESAUC/COGEPACS/PSF da Prefeitura do município de Campo Grande, em 07/08/2007.

no MS quanto na Secretaria Estadual de Saúde (SES) e nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), tendo como missão o fortalecimento da atenção básica de saúde (SOUZA, 2000).

A Coordenação de Saúde da Família (CSF) do estado de Mato Grosso do Sul, é responsável pela assessoria aos municípios na implantação de expansão do PSF, são realizadas também a análise e aprovação técnica das propostas de implantação de novas equipes de saúde da família (BRASIL, 2001a).

Visando a reorganização das ações de saúde bucal e ampliação do acesso e ampliação das ações de saúde bucal e ampliação do acesso a população, ocorre a inclusão dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no programa de Saúde da Família após a edição da Portaria GM no. 1444 de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000b).

A estratégia Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS, contando com uma equipe interdisciplinar atuando numa determinada população, e assume a responsabilização por esta clientela; visa ainda desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (MATO GROSSO DO SUL, 2001).

A Unidade de Saúde da Família (USF) pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias de sua abrangência. O recomendado pelo Ministério da Saúde é que não ultrapasse três equipes em cada unidade, com a finalidade de melhorar o fluxo dos usuários e facilitar a identificação das equipes (BRASIL, 2000a).

A USF preferencialmente poderá ser instalada em uma Unidade Básica de Saúde já existente. A implantação de uma USF não significa simplesmente a construção de novas unidades, mas a redução de seu funcionamento, ou seja, a equipe trabalhará dentro de nova lógica, propiciando uma resposta mais significativa às necessidades básicas referentes à saúde da população (BRASIL, 2000a).

O PSF tem com missão tornar o serviço mais resolutivo, estabelecer vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, numa prática de saúde integral e participativa (SOUZA, 2000).

Machado (2004) relata que profissionais e pesquisadores da área, são cientes de que o PSF a cada ano vem se fortalecendo como ação organizadora da Atenção Básica de Saúde e como porta de entrada do SUS em muitos municípios. Defendem que o “P” de programa deveria ser mudado por “E” de estratégia. Pois, a palavra programa dá a idéia de algo que tem começo, meio e fim. “E o Saúde da Família, ao contrário, cresce a cada ano e agrega cada vez mais atores”, disse Afra Suassuna, diretora do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, ao falar sobre as perspectivas do Saúde da Família para a gestão do SUS.

A Diretora do Departamento de Atenção Básica traz a informação do quanto essa estratégia avançou nos últimos anos: “De dezembro de 2002 a abril de 2004, o SF cresceu 66%”. A prova desse crescimento está nos números apresentados pelo Departamento de Atenção Básica: em 2000, foram implantadas 8.604 equipes de Saúde da Família; em 2001, esse número saltou para 13.168; em 2002, para 16.698; em 2003, para 18.016. “Hoje, são 19.943 equipes atuando em 4.565 municípios, mais de 188 mil agentes comunitários de saúde presentes em 5.175 municípios e mais 7.131 equipes de saúde bucal implantadas em 2.944 municípios (até abril de 2004)”, acrescentou Afra Suassuna (MACHADO, 2004). Traduzindo esses números em cobertura da população, a diretora disse que atualmente o programa Saúde da Família atinge quase 60 milhões de pessoas, ou seja, 37,7% da população brasileira.

O mesmo autor esclarece que no ano de 2003, para fortalecer o programa nos municípios de grande porte, o governo criou o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF) – que tem como proposta mudanças na dinâmica do programa, com mais recursos para novas equipes e unidades básicas de saúde, integração dos níveis de média e alta complexidade da atenção à saúde e o aperfeiçoamento de mecanismos de gestão.

Principais momentos do Programa Saúde da Família

Fim da década de 80 – Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde no Ministério da Saúde.

1991 – Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

1994 – Criação do PSF.

1996 – Legalização da Norma Operacional Básica para definição de um novo modelo de financiamento da atenção básica à saúde.

1997 – Lançamento do Reforsus, para financiamento dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família.

1998 – O PSF vira estratégia estruturante da organização do SUS; início da transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao Pacs, saindo do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

1999 – Realização do primeiro Pacto da Atenção Básica; edição da Portaria n. 1.329, que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.

2000 – Criação, no Ministério da Saúde, do Departamento de Atenção Básica, para consolidar a Estratégia de Saúde da Família.

2001 – Edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas/01, com ênfase na qualificação da atenção básica; incorporação das ações de saúde bucal ao PSF; realização da primeira fase do estudo “Monitoramento das Equipes da Saúde da Família no Brasil”.

2002 – Evento “PSF, a saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros”; segunda fase do estudo “Monitoramento das Equipes de Saúde da Família no Brasil”.

2003 – Início do Programa Específico de Saúde da Família (PROESF), para ampliar o programa em municípios de mais de 100 mil habitantes; e publicação dos indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de informação da Atenção Básica.

Fonte: DAB/SAS/MS¹²

A reorganização do trabalho nas unidades de Saúde da Família, as diretrizes operacionais são caracterizadas por práticas de:

¹² Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

- Caráter substitutivo das práticas tradicionais nas unidades básicas de saúde, complementaridade e hierarquização.
- Adscrição da população/territorialização.
- Programação e planejamento descentralizados.
- Integralidade da assistência.
- Abordagem multiprofissional.
- 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 (BRASIL, 2003a, p.105).

O trabalho interdisciplinar possibilita ampliar conhecimentos dos profissionais e consegue dar uma visão mais integral dos indivíduos e uma abordagem mais resolutiva. A atuação interdisciplinar e as ações intersetoriais podem auxiliar muito na rapidez do processo e com isso contribuir para obtenção dos direitos do cidadão (BRASIL, 2001d; MATO GROSSO DO SUL, 2001).

A base de atuação das equipes é a visita domiciliar a internação domiciliar e a participação em grupos comunitários. A ESF precisa realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, na unidade, nos domicílios e em locais comunitários; para a execução destas ações é necessário o deslocamento da equipe, sendo importante o transporte quando na área de cobertura for muito extensa (BRASIL, 1996a; BRASIL, 2000a).

A equipe atua junto à comunidade desenvolvendo ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, referentes à vigilância nutricional, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, portadores de deficiência psico-física, atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil, dentre outros. As visitas domiciliares devem ser programadas; aumentando o número de visitas nos domicílios que necessitem de atenção especial (BRASIL, 2001b).

A equipe participa na realização do diagnóstico demográfico, sócio econômico, cultural, religioso, do meio ambiente e levantamento das condições de saneamento básico; identificando as micro-áreas de risco para priorização das ações. Os profissionais executam no nível de suas competências, apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória; supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e com doenças infecto-contagiosas ou crônicas; orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio (BRASIL, 1997c).

A equipe atua incentivando à comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psico-física; orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas; realização de ações educativas para a preservação do meio ambiente; realização de ações para sensibilização das famílias e da comunidade na abordagem dos direitos humanos; estimulação da participação comunitária para ações que visem melhoria da qualidade de vida da comunidade e outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.

As atribuições e prerrogativas da equipe na USF em relação às urgências que ocorrerem dentro de sua área de adstrição, traduz-se na assistência prestada num primeiro nível de atenção sendo primordial que seja desempenhada em todos os municípios brasileiros, independente da gestão que os mesmos estejam habilitados. Torna-se fundamental que a ESF se responsabilize pelo acolhimento/atendimento dos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática, psiquiátrica ou crônica agudizada (BRASIL, 2002c).

Quadro 2 – Caracterização dos profissionais atuantes no PSF

Profissional	Função
Médico	consulta clínica aos usuários na unidade, quando necessário, no domicílio, alienado a atração clínica à prática da saúde coletiva, executar ações de assistência integral à saúde da criança, adolescente, mulher, adulto e idoso da área adscrita a ESF, e promover o desenvolvimento de grupos específicos como hipertensos, diabéticos, de saúde mental, desnutridos, e outros sendo fundamental encaminhar os usuários quando necessário aos serviços de maior complexidade por meio de um sistema de acompanhamento de referência e contra-referência; realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências, executar pequenas cirurgias ambulatoriais, verificar e atestar óbito
Enfermeiro	relacionadas à coordenação, acompanhamento, avaliação e supervisão sistemática do trabalho dos ACS, e da equipe; como também a reorganização, readequação, se necessário, do mapeamento das áreas adscritas ao programa, após a seleção dos ACS, respeitando a dispersão demográfica de cada área e o parâmetro do número máximo de famílias por agentes, a programação das visitas domiciliares
Atendente de Enfermagem	executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica como busca ativa de casos, como tuberculose, hanseníase e outros; realizar ações de educação em saúde aos grupos de patologias específicas e às famílias de risco, conforme planejamento da unidade.
Dentista	realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade. Realizar os procedimentos clínicos da atenção primária a saúde, realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências. Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais. Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal
Atendente de consultório dentário	além das atribuições comuns aos membros do PSF, realizar agendamentos de consultas, evidenciação de placa bacteriana, bochechos fluorados, escovações supervisionadas, orientações quanto ao retorno e à escovação com o uso de fio dental, sob acompanhamento do THB.
Agente Comunitário	realizar o mapeamento da área, o cadastramento das famílias e a atualização deste; como também junto com a equipe estimular a comunidade para práticas que propiciem melhores condições de saúde e de vida

Fonte: Brasil, 2003a

O PSF possui legislação estruturante composta por leis, decretos, portarias, normas e manuais, que formam as diretrizes organizativas e operacionais, servindo para nortear as ações, serviços e responsabilidades

dos componentes da ESF, coordenadores do PSF e gestores em todos os níveis do governo, cabendo a estes profissionais, a população e setores governamentais cumprirem e fazer cumprir esta legislação, através da implantação da ESF e implementação de suas ações (BRASIL, 2002c).

1.4 - Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

A idéia de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu como estratégia do Ministério da Saúde para responder a uma demanda na atenção primária em saúde, que garantisse prioritariamente, assistência ao grupo materno – infantil (FUNASA, 1994).

A implantação do PACS iniciou-se em 1991, na região nordeste do país e priorizava as ações de informação e educação em saúde voltada para a área materno-infantil. Basicamente o objetivo geral do programa foi melhorar, através dos Agentes Comunitários de Saúde¹³ (ACS), a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhes informações e conhecimentos, contribuindo desta forma, para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (FUNASA, 1994).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é considerado uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população. É estimulada até que seja possível a plena expansão do Programa Saúde da família (PSF), ao qual os agentes comunitários de saúde são gradativamente incorporados.

Segundo Chiesa e Fracoli (2004) estes novos profissionais, os ACS, foram incluídos nas equipes do PSF com uma nova proposta de trabalho em que é possível identificar três dimensões: uma dimensão técnica, uma dimensão política e uma dimensão de assistência social.

A dimensão técnica está relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias, ao desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos, às doenças prevalentes e a situações de

¹³ Doravante usaremos ACS para designar AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

risco. Para desenvolver essas atividades, opera com saberes da epidemiologia e da clínica, visitas domiciliares e a informação em saúde

A dimensão política constitui-se na identificação do ACS como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão dos problemas com a comunidade; de fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão social. Para desenvolver essas ações, opera com saberes advindos da saúde coletiva como: políticas públicas, direitos sociais, organização social, e se utiliza de instrumentos como a visita domiciliar e tecnologias de educação em saúde.

A dimensão da assistência social surge como uma tentativa de resolver questões como o acesso aos serviços, no que lhe corresponde de racionalidade técnica, mas buscando a operacionalização da equidade.

O ACS é responsável pelo acompanhamento de famílias que vivem no seu território de atuação, sendo necessariamente um morador da localidade onde trabalha, e por isso, entende-se que ele deva estar totalmente identificado com a sua comunidade, com seus valores, seus costumes e sua linguagem. Sua capacidade de liderança deve se converter em ações que melhorem as condições de vida e de saúde da comunidade.

No cenário do Sistema de Saúde do país, o Agente Comunitário assume um papel privilegiado, seja porque as autoridades sanitárias façam dele uma espécie de “curinga”, seja porque o cotidiano demonstre que ele é trabalhador em saúde que mais convive com os problemas sociais afetados à saúde. O ACS é colocado como elemento chave do sistema na atenção primária de saúde, como elo entre a comunidade e os serviços. Sua participação pode provocar uma nova modalidade de construção social, baseada na solidariedade, participação ativa, criativa, consciente e deliberada de todos (FURTADO, 2004).

Segundo Freitas e Pereira (2004) o agente comunitário de saúde é considerado o novo trabalhador de saúde (identidade em construção), e juntamente com os demais profissionais, é fundamental para a viabilização da política de reorientação do modelo de assistência à saúde no Brasil, como também para a melhoria na qualidade dessa assistência oferecida às famílias e a comunidade.

De acordo com Silva (2002), Furtado, Freitas e Pereira (2004), o agente comunitário de saúde é o elemento chave do sistema na atenção primária de saúde, é o elo dos serviços de saúde e a comunidade.

Em grandes municípios o ACS tem como responsabilidade o elo entre a comunidade e os serviços de saúde; “o olheiro” da equipe na captação de necessidades, na identificação de prioridades e detecção de casos de risco para intervenção da equipe (SILVA, 2002).

No município de Campo Grande-MS para o provimento do cargo de Agente Comunitário de Saúde é necessário ser concursado e possuir escolaridade mínima, ensino médio. Este profissional tem como atribuição o desenvolvimento de atividades básicas de prevenção de doenças e promoção de saúde da comunidade.

Para o exercício do emprego, do cargo de ACS, são necessárias as habilidades básicas; ser hábil no trato com as pessoas, ter resistência física para realizar caminhadas; ter facilidade na comunicação escrita e falada; ser capaz de coletar, sintetizar e organizar informações; possuir boa acuidade visual e auditiva e ser capaz de manusear objetos com os membros superiores (DIÁRIO OFICIAL DE CAMPO GRANDE, 2005).

As atribuições específicas básicas do agente comunitário de saúde, segundo a Portaria N°648/GM de março de 2006, podendo ser ampliada, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal fazê-la, de acordo com as especificidades locais.

I – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou 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 as 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 situações 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 para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 03/01/2002.

Segundo a mesma Portaria N°648/GM de março de 2006, capítulo II, parágrafo cinco, da Capacitação e Educação Permanente das Equipes da Saúde da Família, recomenda que:

I – o Curso Introdutório seja realizado em até três meses após a implantação da Equipe Saúde da Família (ESF);

II – a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III – a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, é da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.

A Portaria nº 2.527 de 19 de outubro de 2006, define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família, agrupados por temas afins, e a carga horária de 40 horas como mínima para certificação. O conteúdo mínimo do Curso Introdutório para Profissional da Saúde da Família segue a seguir:

1. Atenção Básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação:

- a) políticas de seguridade social e saúde como direito;
- b) evolução das políticas públicas de saúde no Brasil;
- c) sistemas de Saúde e Atenção Primária em Saúde;
- d) princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; e
- e) marcos Legais: Normas Operativas, Pacto de Gestão, Política Nacional de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

2. A organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial:

- a) organização de sistemas locais de saúde;
- b) caracterização dos serviços componentes e redes de apoio;
- c) recursos disponíveis e fluxos estabelecidos;
- d) análise da Situação de Saúde; e
- e) Marcos da Programação e da Avaliação: Sistema de informações em Atenção Básica; e ações Programáticas Estratégicas; e Vigilância em Saúde.

3. O processo de trabalho das equipes:

- a) território: mapeamento e dinâmicas da organização social;
- b) cadastramento e visita domiciliar;
- c) acolhimento e Humanização;
- d) ciclo vital individual e familiar;
- e) atribuições e responsabilidades dos atores envolvidos no processo de trabalho;
- f) marcos operativos: coleta e análise de dados; ações educativas, preventivas e assistenciais;
- g) instrumentos e ferramentas para o trabalho com famílias.

4. atuação interdisciplinar e participação popular:

- a) ferramentas para atuação interdisciplinar;
- b) participação popular e controle social;
- c) promoção da saúde;
- d) ações intersetoriais e áreas transversais;
- e) gestão por resultados dos serviços, equipes e profissionais.

O Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação elaborou o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde com carga horária de 1.200 horas, respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, estruturado em um Plano de Curso, conforme previsto no artigo 10 da Resolução CNE nº 04/99 como mais uma proposta de capacitação aos ACS.

A Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU), Coordenação Geral de Assistência à Saúde, Coordenadoria de Assistência e Programas de Saúde e a Coordenação Geral do Programa de Agente Comunitário de Saúde e Programa Saúde da Família, desenvolveram um Protocolo para o desenvolvimento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde/Programa de Agente Comunitário de Saúde e Programa Saúde da Família, em Campo Grande-MS para melhor desenvolver as atribuições elencadas na portaria 648 de acordo com as suas competências.

Este documento traz nada mais do que a rotina do agente comunitário de saúde como as visitas domiciliares, o que compete ao mesmo realizar quando nas residências houver crianças, adolescentes, mulheres, gestantes, homens, idosos, portadores de doenças crônicas degenerativas e outros agravos (diabetes, hipertensão, hanseníase, etc.) e preenchimento de fichas, rotina de trabalho, cronograma de visitas e relatório de visita.

A capacitação do ACS e dos auxiliares de enfermagem contém conteúdos que estejam de acordo com problemas identificados na área de trabalho, com vistas ao desempenho de suas funções. Sendo responsabilidade do Instrutor-Supervisor, a realização destas capacitações de forma continuada, gradual e permanente, os outros profissionais do serviço local de saúde têm a responsabilidade de participar e colaborar com estas capacitações e ainda auxiliar na definição das ações e atribuições prioritárias dos ACS, para enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 1997c; BRASIL, 2001a).

Em estudo desenvolvido sobre o agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS (Qualidade Integral de Saúde)/PSF, no município de São Paulo, Silva (2001) identificou que o agente comunitário não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho.

Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a Religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade. Há saberes de empréstimo para o pólo técnico, não os há para a dimensão considerada como mais política, nem há propostas ou trabalho consistente do “agir comunicativo”.

Documento do Ministério da Saúde (Brasil, 1999b) enfatiza a necessidade de que, face o novo perfil de atuação para o agente comunitário de saúde, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.

A educação profissional e permanente dos agentes comunitários de saúde ganha relevância na medida em que possibilita a reflexão crítica sobre as práticas e o reconhecimento dos sujeitos como agentes de ação. A educação deveria cumprir o papel de orientar e potencializar iniciativas de transformação das práticas de saúde, para que o profissional seja capaz de aproximar-se dos problemas e das necessidades encontradas no cotidiano do trabalho, na perspectiva de problematizar, inclusive, os significados dos valores e condutas morais presentes nas comunidades.

CAPÍTULO II

Saúde Pública, Educação e Fonoaudiologia

2.1 - Saúde pública e educação

No decorrer do processo histórico, principalmente nos séculos XIX e XX, uma multiplicidade de enfoques e de conceitos tem designado saúde como sendo a grande meta a ser alcançada, de acordo com os delineamentos da cultura que os homens constroem e reconstroem, formulam nas mais diferentes sociedades e ideologias. Para tanto, ritualiza modelos que traduzem a saúde do seu tempo, prevendo, ao mesmo tempo, toda uma série e ordenações dos controles de riscos a que estão sujeitos (MELO e CUNHA, 1998).

A educação como uma atitude viável para a manutenção da saúde e prevenção de doenças tem recebido maior atenção nas últimas décadas. Isso porque, já se sabe que tanto o comportamento individual quanto o coletivo contribuem para aumentar o aparecimento de doenças. E comportamentos inadequados, como o fumo e o sedentarismo, fatores de risco para as doenças cardiovasculares e câncer, podem ser modificados através de medidas educativas (CLEARY, 1988).

Ainda segundo o mesmo autor, na saúde pública e nos cuidados médicos em geral, o maior objetivo de grande parte dos programas educativos é algum tipo de mudança de comportamento. Muitos desses programas defendem que basta dar informações sobre o comportamento inadequado e mostrar sua relação direta com a doença causada. Mas sabe-se que os diversos fatores interferem nessas mudanças de comportamento.

É notável que, em nome da saúde têm sido crescente as preocupações por parte de diversos setores da sociedade em compensar o caráter imprescindível das doenças que a cada dia ampliam a complexidade dos problemas sociais e vão assumindo lugar especial no panorama da crise que pune e miserabiliza principalmente aqueles que são considerados excluídos, minorias, vitimizados. As políticas, por outro lado, vem

argumentando o jogo das aparências, embora procurando institucionalizar planejamentos e programas que anunciam “cuidados para com a saúde”, não tem senão alcançado a institucionalização da própria doença e seus mecanismos rotineiros, expulsivos e perversos (CHAMMÉ, 1997).

Sampaio (2000) fazendo uma retrospectiva do processo de educação em saúde no Brasil mostrou que se pode chegar a um tempo na qual a prevenção era algo raro, feita de forma isolada e circunstancial, quando os europeus aqui chegaram, trazendo métodos que não tinham a educação como enfoque principal, o que perdurou até o início do século XX.

A falta de habilidade com questões de saúde pública era visível, sendo bem exemplificada pela campanha de vacinação de Oswaldo Cruz, em 1904, que usava a invasão de domicílios e o uso da força física como métodos para atingir seus objetivos (SAMPAIO, 2000).

O crescimento da preocupação com educação voltada para a saúde se deu a partir de 1930, com o aumento da industrialização, segundo (Shall apud Sampaio, 2000).

Somente nos anos 50 surgiu a visão da saúde de forma ampliada, mostrando que um conjunto amplo e interligado de fatores eram responsáveis pelas epidemias, e não comportamentos isolados. Isso foi abordado pela professora Hortência de Hollanda, do Departamento Nacional de Endemias Rurais, que destacava a importância de se refletir sobre a realidade, para que, conscientes de sua condição, as pessoas se engajassem em transformá-la. (SAMPAIO, 2000).

Essa participação comunitária foi amplamente discutida em 1977, na IV Reunião dos Ministros das Américas, mostrada como um instrumento capaz de aumentar os serviços de saúde, de acordo com Rice e Candeias (1989). Na qual a participação comunitária poderia provocar o desenvolvimento de habilidades e levar à transformação de pessoas em razão das suas necessidades pessoais, que passariam assim a ter mais zelo e responsabilidade com relação à própria saúde.

Ainda nessa reunião, discutiu-se que essa participação deveria ser ativa, consciente, responsável, organizada, deliberada e contínua. Mas, para que a participação comunitária fosse efetivada como um componente fundamental nos programas de saúde era necessário, segundo as autoras,

que três condições fossem respeitadas: 1) Políticas de Saúde favoráveis à participação popular nos programas de saúde; 2) Coordenação dos setores formal e informal com os grupos comunitários; 3) Fortalecimento do relacionamento entre a comunidade e o sistema formal de saúde (RICE e CANDEIAS, 1989).

Na década de 80, com a disseminação do vírus HIV, a preocupação com ações educativas na saúde ganhou destaque, surgindo novas metodologias, materiais educativos e palestras (SAMPAIO, 2000).

Em 1980, durante as discussões da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi reconhecida a necessidade de se propor novas estratégias para integrar a participação comunitária e a educação nas atividades da assistência primária à saúde (RICE e CANDEIAS, 1989).

Em 1983, durante as Discussões Técnicas da Assembléia Mundial da OMS (Organização Mundial de Saúde), enfatizou-se a mudança do enfoque na educação em saúde: do planejamento central para o local; da ênfase em doenças específicas para a ênfase em diversos objetivos; das habilidades específicas para uma visão mais global da educação, como mecanismo capaz de solucionar problemas de saúde; da ênfase em mudança do comportamento individual para a preocupação com fatores organizacionais, econômicos e ambientais voltados a um estilo saudável de vida, bem como ações políticas capazes de viabilizar tais objetivos (RICE e CANDEIAS, 1989).

A educação em saúde é um campo amplo, multifacetado, que abrange diversas concepções, tanto no campo de educação, como na área da saúde. O conceito de educação em saúde está inserido no da promoção de saúde, que define a saúde de forma mais ampla, como um estado positivo e dinâmico da busca do bem-estar, abrangendo aspectos físico, mental, ambiental, emocional e sócio-ecológico (STRUCHINER, 1999).

Segundo Candeias (1997) é preciso definir, antes de tudo, os conceitos de educação em saúde e promoção em saúde, para que se proponha, com mais propriedade, os tipos de programas e de atividades, sejam estes de natureza educacional ou promocional.

O mesmo autor define educação em saúde como combinações de experiências de aprendizagem elaboradas para facilitar ações voluntárias

voltadas para a saúde. Já a promoção de saúde seria uma combinação de apoios educacionais e ambientais visando atingir ações e condições de vida voltada à saúde. Assim, a educação em saúde é apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde.

No entanto, de acordo com Struchiner (1999) uma educação em saúde ampliada deve abranger políticas públicas, ambientes apropriados e direcionamento dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, juntamente com propostas pedagógicas comprometidas com o desenvolvimento da cidadania, desenvolvendo ações que visem à melhoria da qualidade de vida.

Já Chammé (1997) relata no que se refere ao processo de Educação Sanitária, o de Educação para a Saúde tem sido elaborado segundo um recorte paternalista e autoritário e, por tal razão, “as formas de manifestação corpórea obedecem a uma ressonância social onde a rede simbólica traduz a especificidade da relação que o indivíduo faz com o mundo”, sendo que o esperado seria: educadas, as pessoas adotariam medidas para evitar a doença e manter a saúde. O mesmo acontece com outros tantos programas propostos pela Saúde Pública.

A promoção da saúde é definida por Green em 1988, como uma combinação de educação em saúde e suporte organizacional, econômico e ambiental para um comportamento voltado para a saúde.

Da mesma forma, Cleary (1988:66), apresenta a definição de educação em saúde como:

“Um processo com dimensões intelectuais, psicológicas e sociais relacionadas a atividades que aumentem a habilidade das pessoas em tomar decisões que afetem seu bem-estar pessoal, familiar e comunitário. Esse processo, baseado em princípios científicos, facilita o aprendizado e mudanças de comportamento na saúde pessoal e de consumidores, incluindo crianças e jovens”.

Sabendo-se exatamente o que se pretende com o processo de educação em saúde, o próximo passo é definir como alcançar estes objetivos. Para isso, Andrade e Coelho (1997) propõem diferentes etapas que devem ser seguidas no planejamento, desenvolvimento e avaliação de um projeto de educação em saúde: a definição do público-alvo, a construção

dos materiais educativos, o teste destes materiais e sua utilização, a escolha da metodologia de ensino, o treinamento dos educadores e a avaliação dos resultados.

Da mesma forma, Buss (1999) mostra que, assim como em todas as políticas de saúde, a educação em saúde necessita, para sua implantação, de um planejamento estratégico, que abrange: a identificação precisa dos problemas a serem enfrentados, as características do público alvo, os meios de comunicação mais adequados, bem como a implementação dos programas definidos, seu acompanhamento e avaliação.

Baseando-se no fato de que as ações de saúde pública são apenas esforços, visando o bem estar da população, é necessário entender as vias pelas quais agem os diversos fatores ambientais, biológicos, físicos e sociais. (FORATTINI, 2000). Afirmando ainda que seja preciso conhecer de que maneira esses fatores poderiam representar riscos à saúde e à qualidade de vida.

De acordo com Rice e Candeias (1989) a educação em saúde deve enfatizar ações comunitárias factíveis e práticas, passíveis de serem alcançadas no contexto de situações locais, pois a comunidade nem sempre tem conhecimento sobre os problemas de saúde. Assim, se faz necessário apresentar a essa comunidade dados de saúde, econômicos e sócio-demográficos, de maneira simples, para fundamentar suas idéias.

Dessa forma, uma etapa essencial para o planejamento de práticas educativas é a definição da população-alvo. Para isso, de acordo com Andrade e Coelho (1997) nesta etapa deve haver a identificação das condições de vida desta população, bem como trabalho e risco de adoecimento, além de promover a compreensão de seus valores, hábitos, crenças e expectativas. Destacam ainda que também devam ser identificados os meios de comunicação utilizados por esta comunidade, os serviços de saúde e as práticas sanitárias prevalentes.

Muito do insucesso atingido em algumas campanhas educativas se deve ao não conhecimento do público-alvo, ou ainda, ao fato de tratar o receptor da mensagem como alguém que desconhece totalmente o tema a ser abordado (ANDRADE e COELHO, 1977).

A exemplo disso, Bandeira e De-Lamonica-Freire (1997) mostram que as diferenças culturais características deste período de transição do segundo para o terceiro milênio exigem uma diversificação das linguagens e das práticas discursivas. Assim, segundo as autoras, é preciso evitar o etnocentrismo¹⁴ e relativismo¹⁵, respeitando as diferenças culturais, étnicas, religiosas e sociais.

Bizzo (2002) afirma que a educação varia segundo o tempo e o meio, sendo impossível, portanto, estabelecer uma educação ideal, pois ela se molda de acordo com a estrutura das sociedades.

Além desta importante etapa de conhecimento do público-alvo e, portanto, do desenvolvimento de ações diretamente voltadas para o mesmo, é muito importante que se prepare esta comunidade para receber as informações, para que as práticas educativas possam realmente provocar modificações do comportamento cultural, relacionadas à prevenção e controle das doenças.

É nesta fase que entra a conscientização da população e o comprometimento dos profissionais de saúde. De acordo com Andrade e Coelho (1997) a metodologia a ser empregada deve se basear na pedagogia crítica, transformadora e abrangente, através da qual tanto os profissionais de saúde como a comunidade participam ativamente do processo de aprendizagem.

Estudos mostram que, entre os fatores que influenciam negativamente na participação comunitária, estão: enfoque curativo tradicional, em detrimento da prevenção; falta de integração da equipe de saúde com os membros da comunidade; falta de enfoques multisetoriais; ceticismo da equipe quanto à proposta de se trabalhar com a comunidade e falta de pessoal devidamente capacitado para realizar atividades comunitárias de educação em saúde (RICE e CANDEIAS, 1989).

Para se desenvolver projetos de educação em saúde que sejam efetivos e realmente sensibilizem a comunidade, segundo Andrade e Coelho (1997) a construção dos materiais educativos é de fundamental importância,

¹⁴ Tendência do pensamento a considerar as categorias, normas e valores da própria sociedade ou cultura com parâmetro aplicável a todas as demais.

¹⁵ Atitude ou doutrina que afirma as verdades (morais, religiosas, políticas, científicas, etc.) varia conforme a época, o lugar, o grupo social e os indivíduos.

e deve levar em consideração as características da população-alvo, a relação custo benefício dos materiais e a facilidade da sua utilização.

É importante que os recursos sejam ajustados aos interesses da comunidade, para que haja participação desta. Os métodos de educação em saúde podem ser desde os mais tradicionais e passivos, como recursos audiovisuais, fotonovelas, palestras e aulas em centros de saúde e igrejas até as estratégias mais inovadoras, onde a comunidade participa de forma mais ativa, através de teatro, canções, feiras, dinâmicas de grupo e dias da saúde (RICE e CANDEIAS, 1989).

Para que os multiplicadores¹⁶ possam compreender a proposta educativa e seus objetivos, utilizar adequadamente os materiais e desenvolver práticas educativas relevantes é necessário que os mesmos recebam um treinamento, através da elaboração de um manual de instruções para os multiplicadores (ANDRADE e COELHO, 1997).

Ressaltam ainda, que a informação somente é incorporada pelo indivíduo quando lhe é considerada agradável, pois ao ser classificada mentalmente como desconfortável, é automaticamente ignorada pelo mesmo.

Segundo Green (1988) o sucesso da educação em saúde depende da adaptação da teoria e plano de ação para produzir programas apropriados e pesquisas dirigidas aos níveis regionais e locais. Assim, um plano de ação somente é capaz de melhorar a qualidade da saúde se as pessoas que aplicam estas ações educativas souberem como transformar este plano de ação em programas efetivos. Para isso, de acordo com o autor, é necessário haver conhecimento, capacitação e disciplina dos profissionais, o que requer treinamento.

Cleary (1988) destaca ainda a diferença entre os profissionais da saúde, que exercem função de educadores, e os especialistas em educação em saúde. Mostrando, em seus estudos, que partindo do princípio que a educação tem um excelente potencial na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, é importante que não haja discordância entre os profissionais de saúde e os especialistas em educação em saúde.

¹⁶ São os profissionais da saúde; agentes comunitários de saúde, atendente de enfermagem, atendente de consultório dentário, dentre outros.

Seus estudos também mostram que a principal função do especialista em educação em saúde é facilitar o processo de aprendizagem e ajudar os indivíduos ou a comunidade a tomar decisões sobre saúde/doença. Já o profissional de saúde, como educador, nunca trabalha sozinho, mas sempre com grupos para ajudá-lo a lidar com o processo saúde/doença e facilitar seu aprendizado (CLEARY, 1988).

Visando sistematizar e conceituar as responsabilidades dos especialistas em educação em saúde, para facilitar o planejamento, a implementação e avaliação das atividades educativas, Candeias et al (1991) apreciaram as responsabilidades, competências, subcompetências dos especialistas em educação em saúde. As sete responsabilidades são:

1. Levantamento das necessidades educativas de educação em saúde;
2. Planejamento eficaz dos programas de educação em saúde;
3. Implementação de programas de educação em saúde;
4. Avaliação da eficácia de programas de educação em saúde;
5. Coordenação dos recursos de serviços de educação em saúde;
6. Atuação como recurso em educação em saúde;
7. Comunicação de necessidades, interesses e recursos em saúde e educação em saúde.

Segundo a OPAS/OMS, Rice e Candeias (1989) a educação em saúde e a participação comunitária precisam ser permanentes no sistema de atendimento da saúde. Para ter sucesso, a educação em saúde precisa contar com técnicos altamente qualificados, através de treinamento, que garantam a implementação das melhores soluções e procedimentos. Além desse treinamento, outras etapas são necessárias ao processo educativo, como planejamento, supervisão, administração, acompanhamento e avaliação. É importante destacar que essas técnicas e metodologias devem ser aplicadas de acordo com as peculiaridades do ambiente e do público alvo (RICE e CANDEIAS, 1989).

Buss (1999) mostra que para contribuir neste processo de preparação e conscientização dos educadores em saúde, é preciso que as escolas de saúde pública definam seus programas de ensino e pesquisa em função dos novos contextos epidemiológicos e de serviços de saúde, os quais são diretamente condicionados pelo contexto sócio-econômico do país.

Muitos outros exemplos de ações relevantes de educação em saúde são hoje encontrados no Brasil. Mas parte destes não é realmente considerada pela ausência de avaliação da sua eficácia. Assim, para que se obtenha êxito em qualquer projeto educacional em saúde, é preciso que haja avaliações constantes de todo o processo.

De acordo com Carvalho et.all (2000) a avaliação em saúde é um processo dinâmico e contínuo, onde todas as medidas são realizadas no sentido de analisar qualitativamente e quantitativamente o que está sendo feito para se atingir o objetivo maior de melhorar a qualidade de vida da população.

Segundo Andrade e Coelho (1997) a avaliação do processo visa monitorar cada fase do projeto, medindo a eficiência e a eficácia de cada etapa, identificando os problemas a serem corrigidos. Já a avaliação dos resultados, segundo as autoras, visa medir o impacto do programa e as mudanças comportamentais causadas na comunidade e serviços de saúde.

Assim, sendo seguidas estas etapas no planejamento, execução e avaliação dos projetos de educação em saúde, o resultado será uma melhora na qualidade de vida da população, através da sua conscientização em relação à prevenção e controle de doenças.

Segundo Romano (1988) investir em saúde, educação, ciência e técnica não é algo que possa ser visto pelo lado financeiro, pois os investimentos nessas áreas definem a expansão bioetnológica de um povo.

Porém, de acordo com Forattini (1994) os investimentos devem ser em pesquisas básicas, na educação fundamental e generalista, ainda tão necessária no Brasil.

A educação em saúde deve ser considerada como um dos elos fundamentais entre a esperança do indivíduo e os projetos governamentais, e não pode ser vista como um ato de favor dos detentores tanto do poder como do conhecimento. “As ações de educação em saúde devem contribuir, decisivamente, para transformar o dever do Estado, como reza a Constituição, em estado de dever, que é função de todos – indivíduos, instituições, coletividade e governos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os modernos planejamentos em saúde, no entanto, visam resgatar o espírito participativo da população para a qual os serviços de saúde devem

ser destinados, não só no sentido de tomar de assalto das mãos do atual poder público o conhecimento científico sobre medicina, sobre processo de diagnóstico, tratamento, intervenções necessárias, mas visando buscar, por um processo de gestão conjunta (como por exemplo, o Planejamento Ascendente, a Territorialização), passando, para as mãos da população, o quinhão que lhe cabe: **o da participação com responsabilidade no processo de decisão sobre sua própria saúde e vida** (CHAMMÉ, 1997).

2.2 - Fonoaudiologia e saúde pública

A fonoaudiologia é uma ciência relativamente nova. Só a partir dos anos 60 é que teve seu primeiro curso implantado no Brasil, sendo reconhecido na década de 80. Até essa época a fonoaudiologia não tinha um olhar voltado para a promoção da saúde, o social e sim para o clínico, a reabilitação. A formação deste profissional até então era reabilitadora em detrimento de práticas preventivas e de maior alcance para a população e com isso, esta lacuna esta sendo percebida tanto pelas universidades, por meio de reformulações curriculares, como pelo poder público, através de concursos para fonoaudiólogos em serviços públicos de saúde.

Beltrame (2003), afirma que o nascimento da fonoaudiologia desarticulada das questões de saúde pública, lhe acarretou diversas dificuldades de inserção nos serviços de saúde, principalmente ao trato adequado das demandas de diagnóstico, tratamento e prevenção para quais é chamada para dar conta, pois não participou historicamente das discussões de saúde consolidadas por outras áreas de saber mais antigas e instituições governamentais.

O mesmo autor complementa que a atuação do fonoaudiólogo na atenção básica, comumente foi caracterizada pela demanda das escolas quando reconhece em seus alunos alguma dificuldade de relação e/ou aprendizagem.

Segundo as autoras Marin, Chun, Silva, Fedosse e Leoneeli 2003, a fonoaudiologia até a criação do SUS em 1988, é marcada por práticas

assistencialistas, que entende saúde como ausência de doença, portanto, com ênfase na reabilitação de doenças já instaladas.

Befi (1997) relata que, a partir das décadas de 70 e 80 a fonoaudiologia começou a se inserir no serviço público, através das secretarias de educação e saúde. Estes profissionais desenvolviam trabalhos de forma isolada, sem nenhum tipo de integração, cada um dentro do seu local de trabalho, sem uma proposta abrangente, que norteasse todos os fonoaudiólogos. Assim, ficou difícil a efetividade do trabalho pelos órgãos competentes e até mesmo pela população como um todo.

A prática fonoaudiológica acontecia nos consultórios particulares, como clínico, cujos atendimentos eram individuais e a população beneficiada, nada mais era que uma minoria, a camada privilegiada sócio-economicamente (MARIN, et all, 2003).

Diante da formação reabilitadora o fonoaudiólogo, não conseguia atender a demanda, organizar serviços para grandes contingentes populacionais, onde a estrutura dos atendimentos era a mesma dos consultórios particulares nas unidades de saúde (BEFI, 1997).

Segundo Oliveira (2003), a fonoaudiologia foi durante muito tempo uma ciência predominantemente clínica, regida por um código de ética voltado para essa realidade. Com o passar dos anos, a fonoaudiologia cresceu e ocupou novos espaços de atuação e passou a vivenciar novos fatos, convivendo com a ocorrência da doença e da morte com muito mais intensidade do que vinha acontecendo até então, tendo que lidar com o morrer e o viver, o que fez perceber que as suas intervenções poderiam levar a uma ou outra situação.

Quando da promulgação da Constituição Brasileira em 1988 e a instituição do SUS, surge para os profissionais da Fonoaudiologia um grande desafio, buscar novas formas de atendimento, com enfoque na Prevenção e na Promoção da Saúde, com vistas a dispensar atenção à saúde para toda população, portanto a passagem da fonoaudiologia para a saúde pública realmente aconteceu a partir da década de 80 e intensificou-se com a criação do SUS (MARIN, et all, 2003).

Segundo Maia (1997) e Garbin (2000), o momento era único, a Constituição Brasileira de 1988 trazia em seu texto um novo modelo

assistencial de saúde, SUS, mais dinâmico e voltado para o social, para as condições de vida da população que preconiza “o acesso universal e igualitário da população para a promoção, proteção e recuperação de sua saúde”.

Com isso o processo saúde-doença passa a ser visto de outra forma, não apenas centrado no sujeito, mas em todo um contexto social, habitação, emprego, educação, etc. E diante desta nova perspectiva, hoje, a formação do Fonoaudiólogo deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Diante disto, Andrade (1996:87), definiu a Atenção Primária à Saúde como:

”Criação de um atendimento por meio de cuidados abrangentes, contínuos e acessíveis. Inclui atividades de larga escala, envolvendo todos os profissionais do campo de saúde. Também engloba uma perspectiva particular de manutenção da prática de cuidados primários, realizado nas unidades básicas de saúde ou nos centros de saúde, como porta-de-entrada, para um sistema integrado de atenção. Esses cuidados, quando necessário, são complementados por outras ações tais como as curativas e as preventivas-promocionais da saúde.”

Atualmente as Universidades juntamente com o Ministério da Saúde vêm se preocupando, principalmente com os cursos da área de saúde, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, medicina, dentre outros, com a inserção desses futuros profissionais nos serviços públicos, pois o SUS tem enfrentado carência de profissionais qualificados, dentro da perspectiva da integralidade, um dos princípios do SUS, que visa atendimento integral – prevenção articulada com o social.

Cabe às universidades uma parcela importante nesse processo, se responsabilizando com a constituição de um novo saber-fazer, para os novos profissionais que estão adentrando no mercado de trabalho, que permita aos profissionais a defesa de interesses sociais e a produção de reais melhorias nas condições de vida do homem (ANDRADE, 2000).

Com a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Fonoaudiologia em 2002, Resolução CNE/CES¹⁷ 5, de 19 de

¹⁷ CNE – Conselho Nacional de Educação e CES – Conselho Estadual de Saúde.

fevereiro de 2002, traz como pressuposto que o “Curso de Graduação em Fonoaudiologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fonoaudiólogo, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas fonoaudiológicas”.

As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde identificam como um novo paradigma mundial para a saúde. Um novo modelo de saúde volta-se para a promoção da saúde, buscando sempre atuar na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos das comunidades. Passando de um modelo assistencial curativo, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde (BRASIL, 1996).

A carta de Ottawa traz uma definição em 1986, quando aconteceu a Conferência: “Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação no controle deste processo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Portanto, diante de todas essas mudanças que vem acontecendo com a saúde desde a década de 80, mediante a implementação do SUS, os fonoaudiólogos inseridos no serviço público, exclusivamente na saúde, vem mudando o conceito com relação à doença, adotando novo paradigma.

Andrade (2000) acrescenta que para que ocorra a efetivação da promoção e proteção da saúde fonoaudiológica, é necessária uma mudança ideológica por parte dos nossos profissionais. Um novo olhar para o conceito da comunicação humana, tida até então como importante mais não essencial.

O mesmo autor relata a preocupação com a saúde fonoaudiológica é fundamentalmente importante para reflexão a partir das quais se possa redimensionar o saber e o fazer fonoaudiológico, uma vez que sem o esclarecimento do que é saudável e doente em cada determinada especialidade, torna-se impossível o estabelecimento de teorias e ações que permitam o fonoaudiólogo o papel de agente transformador de um fenômeno negativo, disfórico que é a doença, em outras, positivo, afórico que seria o impedimento e interceptação do processo patológico da comunicação humana.

Sendo as UBS locais de atendimento integral à pessoa e à coletividade, que desenvolvem ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, através da interdisciplinaridade, cabe ao profissional fonoaudiólogo junto com os demais profissionais de saúde, redefinir o seu papel, participando desta maneira, da própria reestruturação dos serviços (MAIA, 1997).

Por ser a UBS a porta de entrada do Sistema de Saúde e responsável pelo nível de atenção primária à população, cabe ao profissional fonoaudiólogo desenvolver programas de atuação que visem à educação e ações de saúde pública que atendam às necessidades da população na qual se insere.

Diante de todo este desafio o fonoaudiólogo vem procurando desenvolver nas UBS, ações de promoção de saúde, buscando atender um número maior de pessoas que envolvem a saúde da comunicação.

Por isso a importância do diagnóstico institucional, um olhar dirigido ao coletivo, para a partir daí ser elaborado programas e formas de atuação pertinentes à clientela que vai ser atendida.

Maia (1997) relata que o fonoaudiólogo começou a se descobrir a partir do encontro com sujeitos concretos, da percepção que a saúde, a doença e a cura são conceitos dinâmicos, relacionados com o cotidiano da vida das pessoas.

Goulart (2003) relata a importância das campanhas que vêm acontecendo como uma forma de esclarecimentos da população sobre os distúrbios da comunicação humana e suas morbidades, suas áreas de atuação, bem como justificar a inserção do profissional fonoaudiólogo em instituições públicas e privadas, além da inserção da Fonoaudiologia nas políticas de saúde e educação.

E como pode um sujeito ter qualidade de vida se não possui uma comunicação, mínima que seja? Como pode fazer parte da sociedade, como um cidadão sem os cuidados necessários que garantam o desenvolvimento de sua linguagem e sua manifestação?

A Comissão de Saúde do Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFa) – 2ª Região/SP, promoveu em agosto de 2002, com o apoio do Comitê de Saúde Pública da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, o IV

Fórum de Saúde Pública, no qual foi realizada revisão do documento em que consta a proposta de inclusão da Fonoaudiologia no Programa Saúde da Família (PSF), de forma a possibilitar a participação de todos os fonoaudiólogos e construir um documento que represente a visão dos profissionais do estado de São Paulo. Os participantes deste Fórum esperam que este documento possa auxiliar os fonoaudiólogos, norteando as ações dos profissionais que estejam inseridos ou desejem inserir-se nesta nova estratégia de atenção à saúde. Sabe-se que o PSF é uma estratégia recente, e que o documento elaborado não encerra as dúvidas e necessidades de discussão sobre o tema, todos devem refletir junto e acompanhar esta construção (Jornal do Fonoaudiólogo, 47 ed., 2002).

Segundo o Jornal do Fonoaudiólogo, 47 ed. (2002), o fonoaudiólogo não pode ser considerado somente um especialista, pois em sua formação recebe uma carga global de conhecimentos, que é composta por questões culturais, emocionais, físicas, ambientais e econômicas, e que contribui, assim, para a visão generalista que é necessária para essa estratégia. Preconiza que a formação deste profissional deve ter como objetivo definir diretrizes para a inserção deste no Programa Saúde da Família. Valorizando a saúde como direito de qualidade de vida; a democratização do conhecimento; a humanização como princípio do acolhimento; o enfoque familiar como pressuposto de abordagem; a identificação dos fatores de risco; a integralidade da atenção; a intersetorialidade e participação popular.

O fonoaudiólogo deve valorizar os princípios de acolhimento, vínculo e responsabilização pela clientela, junto à equipe; fortalecer o estabelecimento do auto-cuidado; atuar, em equipe, na construção de um saber interdisciplinar; atuar em equipe, no levantamento da situação da saúde geral das famílias e da comunidade; apropriar-se das informações demográficas, sanitárias, socioculturais, epidemiológicas e ambientais do território, identificando também os fatores de risco para os distúrbios fonoaudiológicos; buscar soluções para os problemas encontrados, inclusive com o estabelecimento de prioridades pactuadas com a comunidade e com as equipes de saúde, potencializando a resolutividade das ações; coletar dados relativos à comunicação humana junto às famílias e identificar os índices de prevalência destas alterações; assegurar o acesso progressivo de

todas as famílias beneficiadas com o PSF às ações de promoção, proteção da saúde, bem como tratamento e reabilitação dos agravos da comunicação humana; garantir a referência e contra-referência regional para os casos que exigem maior complexidade; estimular e possibilitar o desenvolvimento de instrumentos que avaliem os padrões de qualidade e o impacto das ações desenvolvidas, em consonância com as diretrizes do PSF.

Dentre as várias atribuições, cabe à Fonoaudiologia no Programa Saúde da Família: atuar em equipe no atendimento integral; participar de reuniões integradas com as equipes de saúde e de reuniões com a comunidade; contribuir para o diagnóstico da situação de saúde da área de abrangência, incluindo aspectos que podem interferir na comunicação humana (ruído, poluição do ar, falta de vacinação, de pré-natal, presença de maus hábitos orais, respiração oral,...); desenvolver atividades coletivas de promoção e proteção à saúde em geral e da comunicação humana (aleitamento, desenvolvimento infantil, saúde auditiva, vocal, idosos, etc.)

Com relação ao trabalho na unidade básica de saúde, instituições e comunidades, a partir do levantamento das necessidades locais; realizar visitas domiciliares para detecção de fatores ambientais e familiares que possam gerar agravos à saúde geral e da comunicação humana; realizar atendimento domiciliar (avaliação, orientação, intervenção) nos casos em que houver esta necessidade; propor e realizar ações intersetoriais junto aos equipamentos existentes no território (creches, escolas, associações,...);

Visando uma maior integração e conhecimento do fonoaudiólogo junto à comunidade em que está inserido é de suma importância a participação nas entidades representativas da população (Conselho gestor, popular); co-participar da Educação Continuada (capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes multiplicadores, tais como: auxiliares de desenvolvimento infantil, professores, líderes comunitários e familiares);

O fonoaudiólogo não deve ficar a parte do processo seletivo de capacitação e treinamento de recursos humanos; capacitar, orientar e acompanhar as ações dos agentes comunitários de saúde, buscando a qualidade na coleta de dados, na orientação transmitida à comunidade e na detecção de possíveis distúrbios da comunicação humana; participar, junto à equipe, de campanhas públicas intersetoriais que envolvam a promoção da

saúde (aleitamento materno,...); construir estratégias de intervenções grupais, oficinas,...; oferecer atendimento à demanda referenciada (oficinas, terapias prioritariamente grupais, etc.); propor instrumentos de avaliação das ações fonoaudiológicas em consonância com as diretrizes do PSF; participar dos processos de planejamento e gestão na área das políticas públicas; realizar e divulgar pesquisas referentes à atuação do fonoaudiólogo no PSF.

Todas estas atribuições devem estar integradas às ações desenvolvidas pela equipe, sendo priorizadas as maiores necessidades de acompanhamento em cada ciclo de vida.

Diante do exposto, fica clara a abrangência da atuação fonoaudiológica e da necessidade do profissional estar sensibilizado e capacitado para atuar nesta proposta. Dentro de uma visão de saúde, que busca a integralidade da assistência, a incorporação de fonoaudiólogos às equipes de saúde da família em muito poderá contribuir, por sua especificidade tecnológica, na construção de um saber interdisciplinar, baseado nas necessidades da população, na vigilância à saúde, na atuação intersetorial, com vistas à melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Recomenda-se, assim, a lotação de um fonoaudiólogo por unidade básica de saúde/unidade de saúde da família para desenvolver as diretrizes ora propostas, podendo este número ser modificado a partir das necessidades locais. Este trabalho deverá ser acompanhado e reavaliado constantemente, de forma a atingir plenamente os seus objetivos (Jornal do Fonoaudiólogo, edição 47, 2002).

CAPÍTULO III

Procedimentos Metodológicos

3.1 - A orientação metodológica e os procedimentos para a construção dos dados

Diante do objetivo da pesquisa de Identificar o conhecimento da equipe de agentes comunitários sobre linguagem, voz, audição e motricidade oral e possíveis alterações relacionadas e discutir aspectos da formação destes profissionais que poderiam favorecer a atuação dos mesmos junto à população, optou-se pelo uso da entrevista, como um instrumento eficaz que revela atitudes, valores e opiniões dos sujeitos, o que nos permitirá compreender o ideário que permeia as falas de nossos sujeitos.

Inicialmente foi conversado com a Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande – explicando o objetivo da pesquisa e solicitado autorização para a realização da mesma (anexo 4).

O estudo foi realizado numa perspectiva teórico-metodológica histórico-cultural, uma vez que esta permite a compreensão do processo social de constituição do sujeito possibilitado pela linguagem. Trata-se, portanto, conforme denominado por Freitas (2003), de uma pesquisa qualitativa de orientação sócio-histórica.

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização de variáveis”.

Neste estudo nosso interesse estava voltado para o conhecimento dos agentes de saúde e, portanto, consideramos essencial a construção de dados que permitisse uma avaliação qualitativa. Assim, o número de agentes entrevistados foi definido a partir do “critério de saturação” proposto por Minayo (2006). Segundo definição desta autora, critério de saturação é o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, quando consegue compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo,

entendendo as homogeneidades, as diversidades e a intensidade das informações necessárias para seu trabalho (MINAYO, 2006, 197:8).

Lüdke e André (1986) já destacavam que a pesquisa qualitativa tem como objeto de pesquisa o ambiente natural e o pesquisador como o principal agente de investigação junto à situação que está sendo investigada através do trabalho de campo. Os dados colhidos são descritivos e o foco principal é com o processo e não com o produto, como acontece nas relações cotidianas, como as pessoas envolvidas dão significados às coisas e à sua vida. O pesquisador procura sempre capturar a perspectiva dos participantes, como os informantes vêem as questões que estão sendo levantadas. E os dados ao serem analisados tende a seguir um processo indutivo.

Desta maneira, optou-se pela entrevista, que é um instrumento bastante utilizado em ciências sociais que permite captar de forma imediata as informações desejadas.

A forma em que se estrutura a entrevista, pode ser de vários tipos. Dentre elas, optou-se pela entrevista aberta, semidirigida, que implica em utilizar um roteiro de perguntas abertas relacionadas ao tema de interesse. O roteiro serviu de orientação para o investigador sem cercear a fala dos entrevistados. Os temas abordados referiam-se a Identificação do entrevistado (carga horária, tempo de serviço, escolaridade, idade e vínculo empregatício); perguntas sobre o conhecimento de aspectos da linguagem, voz fala e audição; perguntas sobre a formação e capacitação profissional do ACS.

3.2 - O local de estudo

Em relação à saúde, o município de Campo Grande é dividido em quatro distritos – Norte, Sul, Leste e Oeste (anexo1). O referido estudo foi realizado no bairro Mata do Jacinto, onde são atendidas 1.808 famílias pelos Agentes Comunitários de Saúde que fica no distrito Norte. Este bairro¹⁸ fica

¹⁸ Dados retirados do livro “Campo Grande a cidade onde moro” – Prefeitura Municipal de Campo Grande - Instituto Municipal de Planejamento Urbano e de Meio Ambiente – Secretaria Municipal de Educação, 1998.

na Região Urbana do Prosa, é delimitado pela Avenida Ministro João Arinos, Rua Joaquim Murtinho, Avenida Ceará, Avenida Coronel Antonino e parte do perímetro urbano. Está localizado na zona nordeste entre as regiões do Segredo e do Bandeira e está dividida em 10 setores, ocupa uma área de 5.700 ha, com uma população aproximada de 38.000 habitantes.

Na área da saúde, este distrito possui dois Centros Regionais de Saúde – 24h, seis Unidades Básicas de Saúde, seis Unidades Básicas de Saúde da Família, uma Unidade Básica de Saúde Rural, um Centro de Doenças Infectoparasitárias, um Centro de Atendimento ao Escolar, um Centro de Atendimento Psico-social e duas Policlínicas Odontológicas. Na educação a região é beneficiada com 14 escolas públicas; 12 escolas particulares; uma escola de educação especial e três centros de educação infantil.

A presente pesquisa foi realizada no bairro Mata do Jacinto, que possui uma Unidade Básica de Saúde, Dr. Ademar Guedes de Souza, composto por duas equipes de Programa Saúde da Família. Cada equipe é composta por um médico generalista, um enfermeiro, responsável pelo referido programa, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório, uma das equipes possui um assistente social e os agentes comunitários (uma equipe possui seis agentes e a outra cinco).

3.3 - Os sujeitos

Conforme já informado, foram entrevistados seis agentes comunitários do PSF. O critério para inclusão na pesquisa foi que todos os ACS fossem concursados. Quanto à caracterização da população estudada, a faixa etária dos agentes comunitários está compreendida entre 25 – 33 anos. Em relação ao sexo, todos eram sexo feminino. Quanto ao tempo de atuação, pudemos observar que compreende de 11 meses a três anos, todos com carga horária de 40hs semanais. Na entrevista, cada agente comunitário de saúde recebeu um número associado à sigla (ACS1, ACS2, ACS3, e assim por diante) e por ela foi identificado durante toda a pesquisa.

Quadro 3 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

NOME	SEXO	IDADE	GRAU ESCOLARIDADE	TEMPO / PSF
ACS1	F	27	Ensino médio	2 anos
ACS2	F	33	Ensino médio	1a e 2m
ACS3	F	25	Ensino médio	2 anos
ACS4	F	26	Ensino médio	11 meses
ACS5	F	27	Ensino médio	3 anos
ACS6	F	30	Ensino médio	3 anos

3.4 - As entrevistas

Antes de iniciarmos a pesquisa, foi apresentado o termo de autorização para a Gerente da UBS (anexo 3), devidamente assinado pelo Diretor Executivo da Secretaria Municipal de Saúde e, a partir disso, os 11 agentes comunitários foram contatados e esclarecidos sobre os objetivos do trabalho, bem como dos procedimentos, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 4). Foi marcado com todos os agentes comunitários de comum acordo, uma data e local para a realização da entrevista. Este trabalho foi submetido ao CONEP/UNIMEP, tendo sido aprovado sob o parecer nº 56/04 de 16 de novembro de 2004.

A pesquisa foi realizada através de entrevista semidirigida (anexo 5) com perguntas abertas, sendo necessários três encontros, nos meses de setembro, outubro e novembro do ano de 2006, na própria Unidade Básica de Saúde, para realizar as entrevistas, sendo que nesses três encontros cinco agentes comunitários não foram entrevistados, uma vez que dois estavam em licença médica, um não pertencia mais ao quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e dois não compareceram aos encontros marcados. Portanto participaram da pesquisa seis agentes comunitários de saúde. As entrevistas aconteceram mensalmente, nos dias em que os ACS reuniam-se na Unidade Básica de Saúde para apresentarem os relatórios das atividades desenvolvidas durante aquele mês.

Cada agente foi entrevistada individualmente pela investigadora. Todas as entrevistas foram gravadas em K7 e tiveram duração de 30' a 40'. As gravações foram transcritas por um aluno do curso de Fonoaudiologia e pela investigadora e todas conferidas, numa segunda leitura pela investigadora. Todas as entrevistas foram utilizadas para análise, pois acabou ficando um número reduzido de ACS.

3.5 - As análises

O exame detalhado das entrevistas com os agentes comunitários tornou possível a construção e a análise dos dados apresentados. Conforme apontado por Ginzburg (2003), em seus estudos sobre paradigma indiciário, nesse método há uma atitude voltada para olhar os pormenores que podem nos revelar a totalidade. Os indícios revelam singularidades e características imperceptíveis que permitem visualizar o todo.

Depois da transcrição das entrevistas, organizamos os dados em dois conjuntos temáticos, que surgiram em função dos temas abordados ao longo dos diálogos.

- A formação do agente comunitário de saúde;
- O conhecimento do agente comunitário de saúde sobre a fonoaudiologia.

Estes conjuntos permitiram conhecer a formação dos agentes comunitários e o conhecimento dos mesmos sobre a fonoaudiologia, conforme os propósitos deste estudo.

As perguntas foram separadas em dois blocos de respostas com sete quadros onde foram colocadas as respostas que os Agentes Comunitários de Saúde deram as perguntas. Após foram feitas análises descritivas das respostas e categorizadas de acordo com a semelhança das mesmas.

CAPÍTULO IV

Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo apresentamos os resultados das entrevistas agrupando as respostas dos agentes em dois conjuntos temáticos centrais:

- A formação do agente comunitário de saúde
- O conhecimento do agente comunitário de saúde sobre a fonoaudiologia.

As respostas dos agentes foram inicialmente organizadas em uma tabela, separada por agente comunitário de saúde, (ACS1, ACS2, ACS3, ACS4 e ACS5 e ACS6).

Realizamos uma análise qualitativa, na qual se buscou discutir sobre a formação, capacitação e conhecimento do agente comunitário de saúde sobre a fonoaudiologia.

1ª parte da entrevista - A formação do agente comunitário de saúde

Apresentaremos a seguir os quadros com as perguntas sobre a formação dos Agentes Comunitários de Saúde e a discussão das respostas.

Quadro 4 - Respostas dos ACS da pergunta número um – Para vocês começarem a atuar, ir a campo, qual a formação que vocês recebem, o que vocês têm?

ACS1	ACS2	ACS3	ACS4	ACS5	ACS6
Depois que eu entrei a gente fizemos, treinamentos. Ta você passou no concurso e para começar a trabalhar, ir a campo? Ham, é, antes de sair a	A formação básica para agente de saúde, assim, no início foi a formação básica e ai posteriormente agora, no ano passado, nós tivemos a introdução de	No caso nós tivemos um treinamento né durante uma semana, foi de 40h. Como é este treinamento? Tudo quanto é é, desde a abordagem do morador,	Quando eu entrei eu tive é.. pra gente aprender assim é sobre os preenchimentos dos papéis. A formação que vocês tem é só em relação a parte burocrática?	Nós tivemos treinamento quando teve o concurso, nós tivemos treinamento de uma semana. Como trabalhar no campo, qual a atividade que fazer, né. E quando teve	Então, no início quando a gente entra tem uma formação, treinamento, o básico né, como abordar uma visita, como entrevistar uma família. Muitas informações a

<p>campo, a gente fez esse treinamento. Que tipo de informação você teve? Ah, sobre saúde, vacina, sobre alguns preventivos, hipertensão, diabetes, essas coisas, né. Quem passou para vocês essas informações? Olha, nós tivemos várias, ééé..., enfermeiras né. Nós tivemos algumas palestras com a Dra. Também né. Quando a gente as vezes ta em dúvida em alguma coisa, eles sempre, eles ééé..., pelo menos agora, volta e meia a gente sempre tem uma reunião e nessa reunião sempre a gente fala "Ah to em dúvida em alguma coisa e ai agente marca um dia. Mas assim, no início, essa formação para você começar a ir para as casas fazer visita, como é essa formação, você lembra?? Lembro. Foi lá no, no, perto do Lago do Amor. Lá nós tivemos uma semana de curso, durante esta semana nós tivemos como fazer para preencher os papéis na visita, como chegar até à</p>	<p>um outro curso para técnico em agente de saúde onde foi abordado outras coisas, assim. Foi mais aprofundado. Nessa da formação inicial o que vocês receberam? Olha assim, agente recebeu várias informações tanto assim, ééé', de equipe, de de área, é é a reconhecer problemas na área, assim... identificar os problemas, assim muitas coisas assim que agente ééé... desconhecia, entendeu? Assim, mas foi ao mesmo tempo que bastante conhecimento ao mesmo tempo ficou muito assim a desejar ainda, porque foi só, digamos assim muita opção. Quem foi o profissional que passou essa formação para vocês? Nós tivemos uma orientadora né, nesse da introdução agora do ano passado foi feito pelo CEFOR, quem foi a nossa orientadora foi a Francisca que ela agora é a gerente lá da Mata, ela é assistente social, mas ela, acho, que quando ela</p>	<p>chegar no portão, como se deve agir, se apresentar, é de que maneira você deve estar trabalhando, é é, a maneira até o modo quando você vai pegar um objeto no chão, se posicionar né. E quanto a parte da saúde específica? Deram alguma coisa ou foi mais questões burocráticas? Como preencher papel? Não, eles, eles ensinam como, como, assim, se você estiver conversando com a gestante, o que vai estar observando, orientando a gestante, você pode ta, nas vacinas, observar peso das crianças, se tem criança baixo peso ou não, é é... que mais..., os idosos, a parte de diabetes, hipertensão, tudo isso eles falam pra gente.</p>	<p>Como preencher ficha, de como chegar até uma família, como abordar, é isso que vocês aprendem? É foi o que eu tive né, foi o único curso que eu fiz.</p>	<p>também para no PSF, nós fizemos o curso do PSF. Teve foi uma semana, também o curso do PSF. Vocês não tem uma formação específica? De agente comunitário? Não. Porque é..., este curso pra 1 semana é pra agente comunitário. Específico para agente comunitário. Ta. E o que vocês aprendem, que formação vocês tem lá? Aprende como abordar as pessoas, chegar nas casa, como conversar, o que perguntar, agente tem que aprender identificar certas coisas que ta acontecendo ali né. As vezes o morador nem comenta nada, você já tem experiência ali, você já vai pegando pelo que ele ta falando.</p>	<p>gente recebe pelos acadêmicos. Os acadêmicos são de que curso? Enfermagem E essa formação, você está dizendo que é como chegar numa residência. O que é que vocês tem que identificar, como que é? É o que a gente tem que identificar em 1ª mão né. Se na casa tem gestante, hipertenso, sobre leichimanirose, tem que ta falando sempre né. Tem que orientar e prevenir doenças, sempre a mesma coisa.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>casa, o que fazer, o que perguntar.</p>	<p>tava nos orientando ela passou por um outro curso para poder nos orientar. E aí no decorrer nós tivemos algumas palestras com advogado que também teve as questões trabalhistas, as questões de doenças ocupacionais, onde veio também outro médico, então teve outras inseridas, teve outras pessoas também pra palestrar e tirar dúvidas</p>				
--------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Obs.: as falas em vermelho, são interferências da entrevistadora.

Observamos que todos os agentes comunitários responderam que fizeram um treinamento durante uma semana, que constituiu num curso de 40hs. Segundo depoimentos dos entrevistados *“depois que entrei a gente fizemos treinamentos”, “tivemos a formação básica para agente comunitário de saúde”, “quando eu entrei eu tive éé...pra gente aprender assim, é os preenchimentos dos papéis”*. Podemos observar que neste treinamento os agentes aprenderam como realizar o preenchimento das fichas que utilizam nas visitas, como chegar até a residência e abordar o morador, como conversar, o que perguntar, o que questionar, investigar, e algumas orientações sobre saúde, vacina, preventivos, hipertensão, diabetes. Questionadas pela entrevistadora a respeito dos conteúdos aprendidos para a formação básica elas responderam; *“é de equipe, de área, reconhecer problemas”, “quando conversando com gestantes, o que observar, orientar, os idosos, a parte de diabetes, hipertensão, tudo isso eles falam pra gente”, “sobre saúde, vacina, alguns preventivos, hipertensão, diabetes.”*

Verificamos pelas respostas dos ACS, que esse treinamento não é suficiente, uma carga horária pequena, 40 horas apenas, em detrimento ao trabalho que este profissional tem que desenvolver nas suas comunidades e

está reduzido principalmente a preenchimento de papéis, rotina de trabalho, as visitas, e com relação às questões de saúde a abordagem é muito restrita, trazendo apenas as doenças corriqueiras. Pudemos observar isto na resposta do ACS2 “... *foi bastante conhecimento ao mesmo tempo, ficou muito assim a desejar ainda, porque foi só, digamos assim muita opção.*” As respostas dos agentes nos mostram que eles consideram que o tempo é insuficiente para tanto conteúdo, além de relatar que uma grande preocupação é em relação ao preenchimento dos papéis. O ACS1 relatou que “... *durante esta semana nós tivemos como fazer para preencher os papéis na visita, como chegar até a casa, o que fazer, como perguntar*”, o ACS4 também relatou que o curso é “*pra gente aprender assim é sobre os preenchimentos dos papéis,*” isto nos remete a pensar que grande preocupação para este curso é o aprendizado do preenchimento correto das fichas, prontuários que o agente deve preencher, que isto inicialmente é mais importante que conteúdo como atenção básica, promoção da saúde, educação e saúde.

Pudemos observar que na Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde, consta como função do agente comunitário de saúde, “desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde, e ações educativas individuais e coletivas”. Diante disto, observamos ser de grande carência no Curso Introdutório no que se refere a estas questões. Os agentes demonstram claramente nas respostas as dúvidas e dificuldades exatamente nos aspectos que envolvem educação e saúde.

Analisando a Portaria n. 2.527 de 19 de outubro de 2006 do Ministério da Saúde, observamos que o conteúdo que é sugerido é bastante extenso, em detrimento ao tempo do curso (40h), podemos perceber pelas respostas das entrevistas que os ACS sugerem que o tempo é pequeno, com isto não há aprofundamento em várias questões, como em saúde mental. Podemos questionar se esta preparação inicial não deveria ser realizada num período maior, e assim contemplando mais as questões de prevenção, atenção à saúde, etc.

Quadro 5 - Respostas dos ACS da pergunta número dois – Vocês recebem capacitação? Como é feita esta capacitação?

ACS1	ACS2	ACS3	ACS4	ACS5	ACS6
<p>Sobre o trabalho da gente, sobre essas coisas de doenças é..., sobre hanseníase, tuberculose, né, aaa..., câncer do colo do útero. Quem fez essa capacitação para vocês? Ah é o pessoal do ... isso faz parte da Prefeitura. É a enfermeira? Da nossa equipe? É.. do seu grupo. Ela também faz.</p>	<p>Frequentement e? Sim frequentement e. Em termos sim, em termos não. Como, me explica melhor isso! Então, mas quando eu digo que fica muita coisa a desejar, p.ex. no ano..., eu não me lembro bem, se foi no ano passado, nós tivemos assim, teve uma palestra, eu acho que foi uma palestra, eu não me lembro a quantidade de horas, que foi sobre saúde mental. Então sobre saúde mental é, como não tínhamos certos conhecimentos , então, até você avaliar, vamos supor, eu vou numa casa ai eu eu visito frequentement e, mas muitas vezes eu não consigo diagnosticar quando aquela pessoa tem um problema de saúde mental e quando ela não tem. Acontece que depois dessa palestra eu pude perceber o que antes eu não</p>	<p>Não assim frequentement e, mas sempre, aa, as enfermeira né procuram fazer reuniões né, com os agentes de saúde. Sempre palestras? E são as enfermeiras que oferecem? Nenhum outro profissional? Vocês não tiveram com nenhum outro profissional? Não não. E essa capacitação, palestras, ela é feita no próprio posto? Sim</p>	<p>Sim. Como é feita esta capacitação? Quem que dá para vocês essa capacitação? Bom, a gente teve uma que terminou agora né capacitação. Ai agente fez o 1º módulo e ai não tem ainda data para o outro. O 1º módulo foi constituído de que? Constituído? É . O que é que tinha neste 1º módulo? O que é que vocês aprenderam? É a gente aprendeu formas de como atuar melhor né com a comunidade, é... aprendemos assim, como elaborar formulários, é se tem alguma intercorrência na área, de como fazer, como ta fazendo palestras, ta atuando melhor na comunidade. Mas nada específico a doenças? Diabetes, hipertensão? Como que você pode atuar, fazer. É no curso</p>	<p>Foi uma capacitação que nós tivemos até esses dias, nós tivemos uma capacitação que o Estado que deu, deu pra nós, 8 meses de curso, foi capacitação dos agentes comunitários, foi 8 meses. Faz pouco tempo isso? Faz, começou em outubro, nãoo. Foi fevereiro, se não me engano, foi até outubro. Agora 2006. E que capacitação era essa? Falava sobre o que? Ah, tinha tanta coisa, aquele negócio. A gente aprendeu tanto sobre aquele negócio, cidadania. Como fazer o serviço, como preencher ficha. Mas, mas, falava das doenças? Era mais a questão burocrática? Não, Não. Era mais a questão burocrática mesmo. Não falava nada o que é diabetes, hipertensão, o que é amamentação.</p>	<p>Mais ou menos uns 2, 3 anos atrás que teve uma capacitação, a gente fez um curso de treinamento. Nunca mais teve mais nada. Essa capacitação que vocês tiveram foi sobre o que? Foi geral do PSF ou foi alguma coisa exclusiva? Não, foi geral do PSF, sobre todo mundo, a equipe toda né. O que é PSF, agente ficou 1 semana de treinamento. Ai 2 anos atrás a gente teve sobre saúde mental e foi a última coisa que a gente teve e não teve mais nada. Hipertensão diabete, muita coisa é a enfermeira que passa para gente.</p>

	<p>percebia entendeu? Então é esse tipo de coisa que eu tô dizendo, em parte sim, em parte não, entendeu? Por mais que eu esteja assim, eu tenho algum conhecimento, ainda não é o suficiente, porque a pessoa que tem um problema de saúde mental ela não fala pra você assim de cara –“Ah eu tenho um problema de depressão”. Muito raramente às vezes ela fala que é depressão, mas ela não fala o que é. Então você acha que essas capacitações não são suficientes para vocês? Assim, é não são suficientes a quantidade que já teve? Eu acho que precisa ter mais eu acho que nosso trabalho, é, um trabalho que precisa constantemente e ta melhorando por causa disso, como ex. essa questão da saúde mental. Ta sempre se reciclando. Exatamente, sempre se reciclando. Onde que é feita essa capacitação,</p>		<p>introdutório do PACS também, além da gente prender a preencher os papéis, a gente vê rapidinho assim, alguma coisa sobre hipertensão, diabetes, é, sobre amamentação, algumas coisinhas assim. Quem passa isso pra vocês, qual o profissional? Lá? No curso introdutório? É foi a enfermeira. E quando vocês tem alguma capacitação quem passa para vocês, é a enfermeira? Este outro curso que a gente fez foi uma assistente social, ela que teve com a gente este período todo. E quando é assim, quando a gente tem alguma dificuldade é a enfermeira, sempre é a enfermeira que é o nosso elo né. Quando vocês tem alguma dúvida é a enfermeira, ela que orienta vocês? É qualquer dúvida é ela, é as meninas da enfermagem também, a gente tem 2 técnicas na equipe também.</p>	<p>Essa capacitação vocês nunca tiveram? Ah, nós já tivemos capacitação, nós só tivemos palestras assim, palestra de saúde mental, uma palestra sobre amamentação, uma palestra sobre hipertensão. E quem que dá essas palestras para vocês? Ah... é variado, as vezes é lá no CECAP, as vezes posto de saúde. Mas vem uma psicóloga, vem uma médica. É sempre variado, nunca é a mesma pessoa.</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>no Posto de Saúde?</p> <p>Não, é diversificado, as vezes por ex. tem tem, quando tem lá no CECAP. As vezes é em outro local, as vezes é solicitado, quando não tem condições de ir todo mundo, porque tem um nº limitado, então é nisso onde eu acho falho, nesse caso eu acho falho. Entendeu? Porque são coisas assim, precisava ter para todos,mas é limitado,</p>				
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

O Ministério da Saúde (BRASIL,1997c; BRASIL,2001a) preconiza que a capacitação do ACS deve conter conteúdos que estejam de acordo com problemas identificados na área de trabalho, que é o primeiro passo do ACS – que seria o diagnóstico institucional, em que o agente faz um levantamento dos dados da sua região, embasado nisto pode solicitar capacitação específica. O Instrutor-Supervisor tem a responsabilidade desta capacitação de forma continuada, gradual e permanente, os outros profissionais do serviço local de saúde têm a responsabilidade de participar e colaborar com estas capacitações e ainda auxiliar na definição das ações e atribuições prioritárias dos ACS, para enfrentamento dos problemas identificados, porém verificando a resposta do ACS2 ele relata *“em termos sim, em termos não”*. *...”não são suficientes a quantidade que já teve”*. *“eu acho que precisa ter mais... é um trabalho que precisa constantemente tá melhorando...”*. *“Tá sempre reciclando”*. A fala da ACS3 vem de encontro com a da colega, quando ela diz; *“não assim frequentemente, mas sempre, as enfermeiras né, procuram fazer reuniões...”*.

Verificamos que os ACS de saúde não estão satisfeitos com as capacitações que recebem, acham poucas, pois diante do trabalho que

desenvolvem junto às famílias, percebem que tem pouco conhecimento e não é de maneira contínua, e sim esporadicamente. A capacitação não é uma prática freqüente para os agentes comunitários de saúde, eles têm palestras, orientações, esclarecimentos na própria UBS o que deixa o trabalho cada vez mais distante da prática educação e saúde. E isso é uma queixa constante das agentes comunitárias de saúde, a falta de capacitação, elas acham que fica muito a desejar só as palestras, o conhecimento acaba sendo superficial.

Os temas das palestras, que foram consideradas como capacitações pelos agentes, foram sobre tuberculose, saúde mental, hanseníase, câncer de colo de útero, dengue, diabetes, hipertensão. Em nenhum momento foi verificado algum tema em relação à linguagem, desenvolvimento infantil. Sobre o tema de amamentação, ACS4 afirma que *“...no curso introdutório além da gente aprender a preencher os papéis a gente vê rapidinho assim alguma coisa sobre hipertensão, diabetes, amamentação, algumas coisinhas assim”*. Fica claro nesta fala que o curso inicial é muito mais para procedimentos burocráticos, do que sobre como orientar, identificar os problemas relacionados à saúde, como foi discutido acima na pergunta um.

Pudemos perceber que alguns ACS não têm muito bem definido o que é capacitação e formação profissional, pois estávamos perguntando sobre capacitação, quando na fala deles fazem confusão, como relatou a ACS4 *“... como elaborar formulários, é se tem alguma intercorrência na área...”*, ACS5 *“...como fazer o serviço, como preencher ficha. ...era mais a questão burocrática”*. Percebemos que esse conteúdo é ministrado no Curso Introdutório para a formação do ACS, com isso nos remete a pensar se essa capacitação não teria que acontecer mais frequentemente. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001d) e Secretaria de Estado de Saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2001), o trabalho interdisciplinar favorece o aumento de conhecimentos dos profissionais e consegue ampliar a visão mais integral do sujeito e conseqüentemente uma abordagem mais precisa.

Um outro fator que nos levou a pensar e questionar é o fato da escolaridade exigida para ACS, ensino médio, se não pode estar dificultando o entendimento desses ACS, pois não sabemos como essas pessoas concluíram o ensino médio, se numa escola regular, Educação de Jovens e

Adultos ou Supletivo. Talvez o caminho fosse a obrigatoriedade do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde e Ministério de Educação com carga horária de 1.200 horas conforme CNE/CEB nº 04/99 como pré-requisito para realização de concurso público, visando uma melhor capacitação a este ACS.

A portaria Nº 648/GM do Ministério da Saúde traz no seu capítulo II como responsabilidades de cada nível de governo, além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família a competência às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal, “estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família”.

É notório que o trabalho de educação e saúde deve ser permanente e estratégico, esses profissionais que lidam diretamente com a comunidade deveriam estar preparados a desenvolver ações de promoção de saúde, porém pelas respostas da entrevista, pudemos observar que muitas lacunas ainda existem, fato é que ACS2 afirma que há necessidade de mais capacitações, um aprofundamento maior nos temas propostos. Os cursos/palestras não são suficientes. Segundo as entrevistadas há necessidade de mais cursos, com um número maior de vagas e carga horária, e que esta formação fosse constante, que houvesse sempre reciclagem.

Para que realmente o trabalho de educação e saúde seja eficaz é de suma importância, e necessário, que os ACS entendam a proposta educativa e os objetivos a serem alcançados. Esta informação somente é internalizada pelo sujeito quando lhe é considerada agradável, caso contrário ela é ignorada (ANDRADE e COELHO, 1997).

Diante desses fatores, temos Struchiner (1999) que relata o real papel de uma educação em saúde. Esta educação deve ser ampliada, abranger políticas públicas, ambientes apropriados e direcionamento dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, juntamente com propostas pedagógicas comprometidas com o desenvolvimento da cidadania, desenvolvendo ações que visem à melhoria da qualidade de vida.

Da mesma forma, Buss (1999) mostra que, assim como em todas as políticas de saúde, a educação em saúde necessita, para sua implantação,

de um planejamento estratégico, que abrange: a identificação precisa dos problemas a serem enfrentados, as características do público alvo, os meios de comunicação mais adequados, bem como a implementação dos programas definidos, seu acompanhamento e avaliação.

Para os agentes, a supervisão, os cursos temáticos, a capacitação e a educação permanente são de fundamental importância para o enfrentamento da realidade em campo, devendo-se implementar a construção coletiva (gestores/trabalhadores/usuários) deste processo.

Fazendo uma análise conjunta da primeira e segunda pergunta e categorizando as respostas dos ACS em treinamento, temas abordados e capacitação, verificamos que na categoria treinamento a maioria das respostas se refere a: reconhecimento de área, como identificar os problemas da área, preenchimento das fichas, como abordar e entrevistar as famílias. Já na categoria temas abordados, tivemos: vacinação, acompanhamento do peso da criança, exames preventivos, hipertensão, diabetes, leishmaniose, orientação a gestantes. E com relação à capacitação recebida fica muito próximo da pergunta de número um, pois os ACS se mostraram confusos com o que é treinamento e capacitação, chegando a confundir e deram como respostas os seguintes temas: hanseníase, tuberculose, câncer do colo do útero, saúde mental e voltaram novamente as questões do treinamento, como preenchimento das fichas, formulários, o que fazer na área que trabalha diante de alguma intercorrência.

Quadro 6 - Respostas dos ACS da pergunta número três – Dentro da rotina do trabalho de vocês, nas visitas nos domicílios com crianças, é função do ACS orientar quanto à amamentação, bem como observar e orientar também sobre o desenvolvimento infantil, quais as orientações e observações que vocês fazem?

ACS1	ACS2	ACS3	ACS4	ACS5	ACS6
<p>Sobre é...Primeiram ente tem mãe de 1ª viagem né, ensina quando começar dar mamar a criança, sempre dar mamar nesse seio, até a criança dispensar né, porque no finalzinho da amamentação é que tem os nutrientes. Sobre na hora de dormir evitar de pôr a criança junto com a mãe na cama também né. Sobre vacina, né, essas coisas.</p> <p>E com relação ao desenvolvimen to também vi que vocês também orientam. O que vocês devem observar? Como é feito?</p> <p>Ah, é... a gente orienta assim, para ela sempre tá prestando atenção nas carteirinhas de vacina, criança com 1 mês, o que ela já pode ta fazendo, com 2 com 3, né,</p>	<p>Bom, a 1ª orientação é que uma coisa assim, principalmente nas comunidades, dependendo dela, é maior a incidência, é a freqüência de levar ao pediatra. Muitas vezes ela não vai. Porque se ela, se a mãe normalmente ela já leva ao pediatra, no mínimo uma vez por mês automaticame nte ela já recebe tb orientações né. Ai quando ela não leva agente fica com responsabilida de maior tanto de incentivar e mostrar o porque ela tem que ir e ai também a gente fala da importância da amamentação, sobre assim e o pouco que agente sabe né. Que você não pode amamentar de um lado só. De um lado só não, assim, pôr um pouquinho na direita e</p>	<p>Que elas possam tá amamentando de preferência até os 6 meses, pois tem muitas mãe que interrompe essa amamentação devido trabalho, alguma coisa, mas que venha ta fazendo essa amamentação se possível até os 6 meses. E o cuidado com o seio, ta higienizando o seio, é, antes mesmo né, durante a gestação, ta tomando banho de sol nos seios, ta fazendo a limpeza, ta passando alguma pomada, porque as vezes conforme a criança começa a sugar, sugar, ai começa a machucar né, então ta procurando o ginecologista dela pra ta orientando.</p> <p>Vocês orientam com relação a postura?</p>	<p>Bom, geralmente quando a gente sempre tem aqui, como está acontecendo agora né, esta reunião de gestante. Então ela tem uma preparação desde a gravidez já. A paciente a gente tem que conscientizar desde a gravidez. Ai quando a gente sabe, fica sabendo que a gestante teve bebê ai uma visita de puerpério, é feita juntamente com a enfermeira né. Ai toda aquela orientação parte dela.</p> <p>Que tipo de orientação? Que ela dá? É</p> <p>Ela né, estimula né a mãe a fazer a amamentação até os 6 meses né. Explica a importância pra mãe da amamentação até os 6 meses.</p> <p>Isso não é você que faz,</p>	<p>Oh, nós já tivemos palestras sobre amamentação. Amamentação tivemos bastante palestras já. Oriento, ensinar as mães como amamentar, como pegar a criança, que é pra dar os 2 lados do peito mamar de 30 a 40 min em um peito, depois no outro, senão né, tem que dar os 2 lados do peito como pegar a criança certinho, a postura, para não ficar dando de mamar andando pra lá e pra cá, que aquele lá momento é o momento da criança que tem que ta ali quieta no canto dela amamentando. Isso ai agente aprendeu, até os 6 meses né, se se, tem mãe que até os 2 anos da mamar né, amamenta, mas até os 6 meses é</p>	<p>Então, como eu falei de curso nada a gente teve sobre essas coisas né. Geralmente é a enfermeira que faz muita palestra. A gente aprende bastante nas palestras que elas fazem, não pra gente, pra gestante né. E como a gente ta ali, a gente aprende também, ai cada 15 dias a gente vai visitar com elas e na casa elas falam a mesma coisa. E quando a gente ta sozinha também fala a mesma coisa que a gente aprendeu né. O pouco que a gente aprendeu a gente repassa né.</p> <p>Então não é uma orientação especifica que vocês recebem? Não. Vocês aprendem junto com as mães?</p> <p>É a gente aprende junto com a</p>

<p>assim. Quem que passou isso para você? Você aprendeu com quem? Ah lá nos nossos treinamentos né. E esses treinamentos, são feitos por quem? Então, um dos 1º é quando nós entramos, nós fazemos esses treinamentos. Ai depois, sempre tem assim uma palestra na UBS, falando sobre alguma coisa. E na UBS quem dá? As enfermeiras, as as, como é que fala, as meninas, as estagiárias. De que curso? De medicina, enfermagem. Quando a mãe ganha bebê agente leva a enfermeira lá pra ta orientando a mãe pra ta vendo o umbiguinho da criança, se já foi registrada, se tomou as 1ª vacinas, né. Vê se fez teste do pezinho. Qdo a mãe sai do hospital agente já faz essa 1ª visita né. A gente vai conversar com a mãe e depois a gente vai e leva a enfermeira também né. Vocês questionam</p>	<p>depois na esquerda, na mama direita, mama esquerda. Porque doeu, porque pegou mal a criança, não pegou direitinho né, essas coisas, por ex. que tem que ser no mínimo 6 meses, no mínimo né quando é por ex.. Acontece também de ter criança já grande que continua amamentando, mas não come também tem isso né e as vezes a mãe acha que só o peito é suficiente ou as vezes também por preguiça né. Porque amamentar é mais prático né. Então é assim, é uma série de coisas né. Vocês falam da questão da postura para amamentar? Também. Como tem que pegar. Também já aconteceu com uma mãe que eu acho que ela tinha, tinha uma certa, uma certa depressão pós-parto, mas ela mesmo não identificou e pra ela tava tudo normal. Mas a gente percebia que ela não queria amamentar a criança. Mas ai resumindo</p>	<p>Também, barriga com barriga, que a criança venha pegar todo, como é que fala? Auréola? Auréola, rrsrs. Que ela possa ta sempre a vontade, tipo assim, que a mãe venha segurar a criança assim (mostra postura correta da mãe, ereta). Tem mãe que coloca a criança assim (mostra post. incorreta, curvada) pra baixo né. Ai vai prejudica a coluna dela e a criança não vai ta fazendo uma boa amamentação. E com relação a questão do desenvolvimento infantil? Vocês orientam com relação a esse desenvolvimento da criança? Desde o início porque tem criança q já nasce de baixo peso né. Ai no caso eles vão pesando agente vai orientando ta, levando nas consulta, ai tem criança que não desenvolve, a gente pede pra ta levando no pediatra, ta perguntando né, porque, pra fazer os</p>	<p>é a enfermeira? Isso Desenvolvimento da criança o que vocês observam? Peso né, altura, se a criança ta desenvolvendo, relacionado ao peso mesmo né, se a criança ta baixo peso, se não, altura né. Mas assim e desenvolvimento? Como vocês podem dizer que aquela criança, tirando peso e altura, como vocês podem verificar que a criança está desenvolvendo o as outras áreas, o motor por exemplo? É, sim é... nas visitas agente sempre vai, tem contato com a criança né, mexe, move é faz barulho perto pra ver se tem algum tipo de reflexo, se olha né, se escuta né, porque tudo isso ai, porque as vezes a mãe não consegue por si mesmo detectar tudo isso ai. Então a gente nas visitas procura né, ta mexendo com a criança, ta conversando pra ver se ela atende né, é esses estímulos que a gente faz perto. Ta e alguém te</p>	<p>fundamental. Quem passou essas orientações para você? A nossa própria enfermeira passa pra gente, faz curso, dá palestra. Agente tem no posto palestra. E com relação ao desenvolvimento infantil da criança, vocês tem alguma orientação? Ah, nesses cursos que nós tivemos, esses cursos de agente de saúde. A gente orienta, pesa as crianças, acompanha o peso, vê se ta baixo peso, se tiver a gente orienta, manda assim, dependendo da idade da criança, manda para o posto de saúde que é para pegar o leite, pegar no posto. Se não é baixo peso, agente pesa, continua avaliando, vê também se a criança ta tendo atitudes que é para uma criança daquela idade né. Tal idade é pra engatinhar, se não ta gatinhando, vamos ver porque, não ta andando, não ta falando, assim a gente... Ta como você</p>	<p>paciente. E com relação ao desenvolvimento da criança o que vocês observam no desenvolvimento da criança? Para vocês identificarem se a criança ta com atraso no desenvolvimento, como que vocês sabem isso? Como que é? Geralmente eu pergunto para a mãe, se ta amamentando bem né, se mexe com ela e ela sorri, se ela senta, se senta sozinha, se ela engatinha e eu fico observando a criança. As vezes eu nem vou visitar, eu passo assim na frente, eu vejo a criança brincando no chiquerinho, eu observo, vejo a criança quetinha, ai eu pergunto para a mãe. "Ah mãe porque ela ta assim quetinha? Ela ta doentinha, tem alguma coisa? Né". Ai eu já procuro a enfermeira e já falo. "Oh, aquela criança não está de acordo com a idade dela, tem que olhar, tem que observar." Ta, mas vocês receberam alguma orientação? Não. Geralmente eu leio muito,</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>sobre o teste da orelhinha? Sim principalmente né e do pezinho tb.</p>	<p>essa criança foi ficando com problemas e ai..... Porque não segue as orientações e é uma coisa também que é difícil que a gente não pode obrigar. Com certeza. Outra coisa com relação ao desenvolvimento desta criança, o que vocês devem observar? Então é como to te dizendo né apesar assim de de ter um pouco tempo de serviço e e tudo tem umas coisas que a gente sempre observa que é o tamanho, o peso, porque nós pesamos essa crianças frequentemente e. Já aconteceu por ex. tá ele já passou dos 2 anos agente tem uma balança para acompanhar o peso da criança e as criança tava com peso de uma criança de 1 ano. Então não é porque passou de 1 ano você não leva mais no pediatra, não é porque tem 5 anos que você não leva no pediatra. Já aconteceu p.ex. de a gente fazer comparações, tipo a mãe tem um de 5 e um de 3 e meio</p>	<p>exames né específicos, devido ao crescimento, tem criança mesmo na minha área, ocorreu uma criança, ela tinha, é 8 anos e tava com tamanho de 5 anos né. O porque disso? Então a gente sempre ta acompanhando, até vacina, tudo.</p>	<p>orientou com relação a isso ou como você sabe disso? É a gente teve palestras né, foram cursos, nem capacitação, foram palestras, porque no posto onde a gente atua é é sempre tem palestras das pessoas da área, tipo médico né que ta sempre fazendo ééé... esses tipos de palestras, esses tipos de trabalho com a gente. Palestras curtas, pequenas, mas que dá para absorver alguma coisa. E ai no caso quando você observa alguma alteração, qual é a conduta? É sempre trazer para o pessoal da equipe que é a enfermeira responsável, a gente passa para a doutora ai vamos fazer uma visita para depois mais tarde a gente ta podendo ta encaminhando a mãe no local certo, para médica certa, para ela poder ta ajudando o filho dela nisso ai. E o teste da orelhinha e do pezinho? Olha o que eu tenho notado né que muitas delas vem</p>	<p>tem este conhecimento ? Alguém passou isto ou? Não, essas palestras que tem a maioria das vezes quem faz isso é a enfermeira, a enfermeira. E eu tive também este curso pelo que eu, fiz também um curso pela Pastoral da criança, que eu fui coordenadora da pastoral e eu tive esse curso da pastoral, foi 3 meses de curso, eu tive. Mas lá no posto até que eles passa alguma coisa assim, não vão bem a fundo, tem palestras, só que eles não vão bem a fundo né.</p>	<p>geralmente na carteirinha de vacina tem 1 mês, 2 meses, sempre to olhando, desde que tive meus filhos eu já olhava. E agora eu olho mais ainda, sempre estou observando. Mas se teve algum curso sobre isso, treinamento, não. E com relação a audição? Vocês perguntam se fez o teste da orelhinha, o teste do pezinho? Geralmente eu pergunto, é a 1ª coisa que eu faço quando a mãe sai da maternidade. "Fez o teste?" Se não fez tem que fazer né, tem que ir ao posto fazer. E depois vai retornar? Já foi né E se retornou e deu alguma alteração, se diagnosticou que a criança tem uma DA, vocês encaminham para algum lugar? Como é feito este trabalho? Então, na minha área, desde que eu trabalho, graças a Deus nunca deu nenhuma alteração. Só uma criança que nasceu prematura de 6 meses, mas essa criança já</p>
-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>né, e até então ela acha assim, "ah é porque o pai é pequeno, porque a mãe é pequena e assim né sucessivamente.. E aí a gente começa investigar, como que foi, se ele teve algum problema de saúde, se foi prematuro, se não foi. E procura encaminhar né.</p> <p>Com relação ao desenvolvimento infantil, agente sabe que a medida que a criança vai crescendo, ela vai amadurecendo, então, com 1 mês ela já tá fazendo tal coisa, 2m, 3m. Vocês observam isso?</p> <p>Então, nós a gente observa e outra coisa, a gente sempre procura é... sempre lembrar a mãe que quando ela p.ex., quando ela recebe o cartão de vacina, principalmente esses de agora, às vezes agente fala assim, "às vezes você pode não acreditar no que a gente tá falando, mas se você acompanhar esse cartão de vacina, p.ex.,</p>		<p>com o retorno de lá e não voltam, retornar com 6m e as vezes esquecem, quando a gente volta e pergunta né, quando chega da maternidade, geralmente com 6m tem que tá retornando aí o que a gente tem notado, eu mesmo na minha área tenho notado que elas não tem retornado ao médico, depois desse prazo né. Deixam, elas falam, "Ah da 1ª vez que eu fiz tava tudo bem, o médico falou que não tinha nada que escutava bem dos 2 ouvidinhos" né. Não teve alteração no teste do pezinho. Eu acho assim, que falta mais informação a respeito da importância dos testes né realizados.</p>		<p>faz todo acompanhamento. Mas depois se teve que voltar, não, na minha área não.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------

	<p>tem tudo, ele é um manual, né". Com quantas meses ele vira, com quantos meses ele mexe isso, com quantos meses ele atende, então sempre isso também a gente observa, por aí e explica pra mãe que ela tem que ta atenta também a esses detalhes, p.ex. Até a dentição, tem crianças que já ta quase com 1 ano e não apareceu nenhum dente. Se ela acha ou não que é normal e as vezes ela diz, "será que é normal? Né, então as vezes p.ex. eu não tenho a informação, então eu falo, então leva no dentista e pergunta. Por isso mesmo que agente tem palestra com a dentista pra ta orientando nos dias de atividade de prevenção que tem na área. Aí agente faz de tudo pra ver se ela vai, pra ela tirar a dúvida dela também. E a dentista também faz visitas e durante as visitas faz também essas observações, sobre o</p>				
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

	<p>desenvolvimento.</p> <p>E o teste da orelhinha e do pezinho?</p> <p>Falamos, até porque é... como somos do PSF, funciona assim, quando o bebê nasce, obrigatoriamente agente tem que fazer visitas né. E aí essa visita normalmente é acompanhada de enfermeira, médico, técnico de enfermagem e aí já é solicitado tudo. Onde tem o relatório que é preenchido tudo, onde é solicitado tudo, mas as vezes acontece que da mãe já fez o teste do pezinho, mas no entanto já passou tantos dias já venceu o prazo de ela ir pegar e ela não foi, isso é um tipo de coisa também que acontece. Mas aí a gente tem que aprender a trabalhar com isso.</p> <p>E o teste da orelhinha?</p> <p>Também. Acontece, é o da orelhinha que você faz depois do do....</p> <p>O da audição, é para ver a questão auditiva.</p> <p>Isso, é as vezes tem o médico quando vai lá, a gente pega o laudo e</p>				
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

	<p>observa o laudo, daqui a 6 meses tem que voltar, tá aí, aqueles 6 meses passa e agente pergunta “e aquele teste”? “Ah, era pra mim ter ido buscar, não fui”, então tem esses problemas também. Muitas vezes a mãe não dá muita importância. Aí, por mais que você lembre, lembre. Então, é o que tô dizendo, por mais que a gente faça o trabalho, você percebe que tem muito a ser feito.</p>				
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Na visita dos ACS em casas com crianças, na rotina de trabalho, eles devem observar e questionar sobre amamentação e desenvolvimento infantil. Para saber o que estes agentes sabem e orientam sobre amamentação e desenvolvimento infantil foi perguntado “Qual a função dos agentes comunitários de saúde com relação a amamentação e ao desenvolvimento infantil”, observamos que todos os ACS quando questionados a respeito da amamentação, quais orientações passadas as mães, mostraram bom conhecimento a respeito da importância de amamentar até os seis meses de idade, dos nutrientes que o leite materno apresenta, os benefícios que traz ao bebê e algumas até mostraram preocupação quanto a relação mãexbebê, cuidados com as mamas. Em nenhum momento elas falaram da amamentação como fator importante também para o desenvolvimento de fala. Em relação à postura, responderam dos prejuízos acarretados à mãe e não ao bebê, ou seja, a preocupação dos ACS é primordialmente em orientar a mãe sobre estar

“bem acomodada” para dar de mamar ao seu bebê, e não existe a preocupação em relação ao bebê estar deitado e os riscos para a audição. Sabemos que crianças que mamam no peito ou tomam mamadeira na posição deitada (tuba auditiva horizontalizada) é mais propensa às otites porque a posição facilita a entrada de alimentos, sucos digestivos e germes na tuba auditiva.

Sobre desenvolvimento infantil observou-se que as orientações e os questionamentos dos ACS para as mães é sobre tamanho, peso, vacina, acompanhar as etapas do desenvolvimento que vem na Carteira de Vacinação da criança. Como podemos ver nas respostas das ACS1 “... a gente orienta assim, para ela tá prestando atenção na carteirinha de vacina, criança com um mês, o que ela pode tá fazendo, com dois com três, né assim”. ACS2 “... sempre lembrar a mãe... que quando ela recebe o cartão de vacina, principalmente agora, ... acompanhar esse cartão de vacina, ex: ele tem tudo, ele é um manual, né”. ACS5, “A gente orienta, pesa as crianças, acompanha o peso, vê se tá baixo peso...”. Verificando na carteira de vacinação atual (anexo 6), realmente existem várias informações a respeito do desenvolvimento infantil, porém, podemos questionar se o ACS não estaria passando uma responsabilidade para a mãe, quando ele deveria controlar este acompanhamento, como preconiza o Protocolo para o desenvolvimento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (anexo 3) do Município de Campo Grande. A mãe deve ser orientada a ler a carteira de vacinação, acompanhar as vacinas e até o desenvolvimento de seu filho, porém o ACS tem a responsabilidade de verificar como este desenvolvimento está acontecendo. E as famílias com mães analfabetas ou semi-analfabetas, que muitas vezes não compreendem o conteúdo.

Sobre a questão auditiva duas agentes citaram prestar atenção no comportamento auditivo das crianças. ACS3 em sua entrevista relatou que “chega numa criança e bate palma, vê se ela tá te acompanhando ou mexe, se chama a atenção”. Quando questionado como aprendeu isto, a agente informou que “foi aprendendo no dia a dia, procura tá lendo, se informando cada dia mais.” Também pudemos observar que ACS4 “faz barulho perto para ver se tem algum tipo de reflexo, se olha né, se escuta né... conversando pra ver se ela atende... esses estímulos a gente faz perto.”

Também questionou-se como aprendeu estas informações, respondeu que foi através de palestras ...”*palestras curtas, pequenas, mas dá pra aprender alguma coisa*”.

Pudemos observar nas respostas que o aprendizado muitas vezes acontece informalmente, de conhecimentos prévios aprendidos no dia a dia, na própria prática familiar e dependendo do interesse da agente em aumentar seus conhecimentos.

Encontramos Sampaio (2000) que relata que fazendo uma retrospectiva do processo de educação em saúde no Brasil, mostra quando a prevenção era algo raro e feita de forma isolada, circunstancial. Ainda é muito carente a prática da educação em saúde e muitas vezes as pessoas não conseguem entender esse processo, devido ainda estar muito centrado na doença e para entender que a saúde não é especificamente ausência de doença e sim qualidade de vida é necessário mudanças de paradigmas.

E de acordo com as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde um novo modelo de saúde vem sendo identificada como a promoção da saúde, buscando sempre atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde das comunidades. Passando de um modelo assistencial curativo, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde (BRASIL, 1996).

Pudemos verificar que nesta primeira parte da entrevista, as respostas foram bem homogêneas, ou seja, aparentemente todos concordaram que existe uma defasagem, tanto no Curso Introdutório, quando o relato foi que a preocupação maior é a parte burocrática do programa, em detrimento de conteúdos na área da saúde.

Com relação a esta questão podemos caracterizá-la em duas categorias; amamentação e acompanhamento. Na categoria amamentação o que mais foi focado pelos ACS; postura da mãe e da criança, estimular os dois lados do seio, higienização das mamas, tempo de mamada, amamentar até os seis meses de idade e quando iniciar com outro tipo de alimentação. Já com relação à categoria acompanhamento verificamos; vacinação, ida ao pediatra, realização do teste do pezinho, desenvolvimento da criança (medidas de peso e controle das idades em que a criança senta, engatinha, sorri, presta atenção).

2ª parte da entrevista - Conhecimento sobre fonoaudiologia

Na segunda parte da entrevista, os ACS foram questionados sobre conhecimento que os mesmos apresentam sobre fonoaudiologia, como se enquadraria os problemas fonoaudiológicos e qual a conduta diante do problema.

Quadro 7 - Respostas dos ACS da pergunta número quatro - O que você conhece da Fonoaudiologia?

ACS1	ACS2	ACS3	ACS4	ACS5	ACS6
“É a respeito da fala e do ouvido”	“muita pouca coisa, conheço muito pouca coisa. O pouco que você conhece, o que você conhece da fonoaudiologia? “Que é é uma especialidade assim, que trata quando alguém tem dificuldade de de nas ccv né, quando a pessoa apresenta algum tipo de rouquidão, aí ela tem que ser encaminhada para o fonoaudiólogo”	“O que eu conheço são... é..., pessoas no caso que dá ajuda a pessoas que tem dificuldade de ta falando, é isso.	Bom, meu conhecimento é pouco, porque eu atendo mesmo na área da saúde. O que eu sei é que são profissionais que ajudam as pessoas no aperfeiçoamento da fala, só.	É a área da medicina que estuda... estuda a voz, assim, procuram para poder falar melhor.	O que conheço da fonoaudiologia é realmente da fala né, problema que a pessoa tem na fala, pode ser criança, qualquer pessoa que tem problema na fala. Pode falar tudo errado, ter problema, então dá para perceber, quem conhece percebe.

Quadro 8 - Respostas dos ACS da pergunta número seis - Para você o que se enquadraria em problemas fonoaudiológicos?

ACS1	ACS2	ACS3	ACS4	ACS5	ACS6
"a fala e a audição"	"Problemas por ex., é quem tem dificuldade de falar, quem, aquela criança que nasce assim, e a gente sabe que tem um tempo para ela de aprendizado de desenvolvimento e ela demora, né. Ela tem que procurar quem apresenta rouquidão por ex. se é uma menina, porque as vezes ela tem a voz muito grossa.	"ouvir, não ter como ouvir direito, isso prejudica também e a fala.	Problema de fala, dificuldade de fala.	Troca de letras, criança que tem dificuldade na fala.	É problemas na fala né. Pode ser até genético ou quando assim, a mãe não fala direito e eles já passam para os filhos informações erradas, nunca corrige né. A criança fala errado e continua falando errado.

Faremos a discussão da pergunta quatro e seis juntas, pois as respostas ficaram muito parecidas.

A fonoaudiologia é uma ciência relativamente nova, tendo o seu primeiro curso implantado na década de 60 e só vindo a ser reconhecido nos anos 80. Diante disto muitas pessoas ainda não tem o devido conhecimento, ou até mesmo não conhecem a profissão, bem como do vasto trabalho que desenvolve na saúde e educação. E por ser uma profissão que começou a atuar junto da educação, prestando atendimento à crianças com problemas de aprendizagem, trocas na fala e escrita e audição, fez com que o fonoaudiólogo ficasse conhecido como aquele profissional que atua apenas em educação, "para ensinar a falar". Verificamos as mudanças na formação do fonoaudiólogo, de uma visão reabilitadora em que a doença era o foco, para uma visão preventiva e hoje já preconiza-se uma formação generalista.

Analizamos algumas respostas que os Agentes Comunitários de Saúde deram quando questionados a respeito do conhecimento que eles tinham sobre a fonoaudiologia: A ACS1 traz "é a respeito da fala e do

ouvido”, ACS4, “bom meu conhecimento é pouco, porque eu atendo na área da saúde, mas são profissionais que ajudam as pessoas no aperfeiçoamento da fala”, “...dá ajuda a pessoas que tem dificuldade de ta falando, é isso”, ACS6 “o que eu conheço da fonoaudiologia é realmente da fala né..... pode falar tudo errado, ter problema, então dá para perceber, quem conhece percebe”, ACS5 - “troca de letras, criança que tem dificuldade na fala”, ACS3 - “ouvir, não ter como ouvir direito, isso prejudica também, e a fala” ACS2 “...trata quando alguém tem dificuldade nas cordas vocais, quando a pessoa apresenta algum tipo de rouquidão”, ACS5 “...estuda a voz, assim procuram para poder falar melhor”. Com estas respostas, constatamos que o Agente Comunitário de Saúde possui um conhecimento básico, limitado da fonoaudiologia e que está voltado para a fala e audição, o que nos faz perceber que devido o profissional fonoaudiólogo começar a exercer os seus trabalhos na área educacional ainda está muito presente o seu papel enquanto profissional junto à educação. E por só começar a desenvolver um trabalho no serviço público de saúde por volta da década de 70 e 80, faz com que as pessoas tenham grande desconhecimento do profissional e o trabalho que desenvolve. Pudemos encontrar dois agentes comunitários que relataram ser o profissional que trabalha com pessoas com problemas vocais, talvez esse conhecimento possa estar associado às grandes campanhas de voz que os conselhos vêm desenvolvendo junto à sociedade para uma maior divulgação da profissão, bem como que os problemas vocais estão relacionados à saúde.

Beffi (1997), Marin, Chun, Silva, Fedosse e Leonelli (2003) destacam que a inserção do profissional fonoaudiólogo só veio a acontecer na década de 70 e 80 no serviço público, primeiro nas secretarias de educação, e por desenvolverem um trabalho de forma isolada, só veio a favorecer o desconhecimento da população, e quando da criação do SUS intensificou-se. Já Beltrame (2003), relata que por ser uma área recente, nasceu desarticulada das questões de saúde pública e trás diversas dificuldades de inserção nos serviços de saúde e atendimento a demanda. Goulart (2003) relata da importância das campanhas de esclarecimentos a população sobre os distúrbios da comunicação humana, bem como suas áreas de atuação,

além da inserção do profissional fonoaudiólogo nas políticas de saúde e educação.

Categorizando as perguntas quatro e seis, em conhecimento da fonoaudiologia, devido suas respostas ficarem muito parecidas, encontramos os seguintes dados: dificuldade de fala, troca de letras, dificuldade nas ccvv, rouquidão, problemas na voz e audição. Isso nos mostra que o conhecimento que os ACS possuem sobre a fonoaudiologia é mínimo diante de toda atuação que o fonoaudiólogo desenvolve. Diante disto é necessário por parte dos conselhos Regionais e Federal montar uma política de divulgação da profissão.

Quadro 9 - Respostas dos ACS da pergunta número cinco - Como você profissional do PSF, vê os problemas fonoaudiológicos no modelo de vigilância da saúde?

ACS1	ACS2	ACS3	ACS4	ACS5	ACS6
“Através da dificuldade da pessoa, da criança, do ouvido, ver se ela escuta bem.	“Ah sim com certeza, é importante porque é um assim, por.ex. que sou agente de saúde, não tenho conhecimento, não tenho conhecimento, imagina a população no geral, assim, as outras pessoas. Porque a gente trabalha com a comunidade né de pouco conhecimento, tem aquelas pessoas assim que tem conhecimento, mas é muito pouco, então, limitado. Então eu acho que sobre o conhecimento da fono e	“As pessoas que elas tem dificuldade? Interfere na saúde dela, com certeza, pois as vezes elas querem conversar, ter um diálogo com uma pessoa, tem dificuldade na fala e não tem como se expressar. Eu tenho uma na minha área, uma criança que ela tem problema de fonoaudiólogo, tem dificuldade, ela quer conversar com as pessoas e ela tem vergonha, fica receosa. Qual dificuldade, como isso acontece? Ela gagueja, não	Tem bastante problemas fonoaudiológicos na área, e esse trabalho é importantíssimo.	Nos casos que ocorrem na minha área são atendidos, são crianças com deficiência e eles estudam na AMA, na Pestalozzi, então lá já tem fonoaudiólogos. E as crianças que tem uma dicção errada a própria escola encaminha. É importante.	Então, como eu faço a visita todos os dias, né, no 1º momento agente sempre conversa com a mãe, sempre vê a criança conversando, aí eu percebo que tem algum problema na fala e geralmente é criança já grande né, em idade escolar aí eu penso, alguém tem que fazer alguma coisa né, aí eu geralmente chamo a enfermeira e ela vai até lá e tenta encaminhar junto com a médica para o especialista.

	sobre o que trata também. Quando apresenta problema, o que é caso para fono, o que não é.	consegue falar ela faz um esforço e quase não consegue falar.			
--	-------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	--	--	--

Quando questionados sobre os problemas fonoaudiológicos no modelo de vigilância da saúde pudemos constatar, através das falas dos Agentes Comunitários de Saúde que os mesmos possuem consciência que as alterações da comunicação humana interferem na saúde e no convívio social, afastando das suas relações entre os aspectos físico, social, psicológico, emocional, espiritual e emocional. Exemplos de respostas:

- ACS1 *“Através da dificuldade da pessoa, da criança”*,
- ACS3 *“interfere na saúde dela com certeza..., pois às vezes querem conversar, ter um diálogo com uma pessoa e tem dificuldade, não tem como se expressar”*.
- ACS4 *“tem bastante problema fonoaudiológico na área e este trabalho é importantíssimo”*.

Partindo do conceito de saúde, como resultado da qualidade de vida, a abordagem deixou de ser exclusivamente voltada para o comportamento individual, passando a focalizar a promoção das condições de vida das pessoas e do ambiente em que vive. A saúde da comunicação humana começa a ser vista como um problema que interfere na vida do sujeito em sociedade levando muitas vezes ao isolamento social e conseqüentemente a um estilo de vida como fenômeno social que pode interferir negativamente na vida do sujeito.

Andrade (1996), Silva (2002), relatam que os valores como a felicidade, alegria, prazer de viver e qualidade de vida está intimamente ligada à qualidade de vida dos sujeitos que é resultado das condições sociais que o sujeito está inserido.

Barchifontaine (1996), Leser (2000) et. all, discutem a relação que a saúde tem com as diversas alterações biológicas, físico-químicas, mentais e sociais que tendem a romper com o equilíbrio pessoal, levando ao

desequilíbrio da saúde. Seria necessário que estivesse adaptado ao mundo físico, mental e social para que pudesse estar ou ter um bom estado físico e mental.

Ainda segundo os mesmos autores, aqui no Brasil é difícil o sujeito encontrar esse bem estar, pois na sociedade em que vivemos com esse modelo econômico concentrado de renda, marginaliza a maior parte da população, a desajustes, criando conflitos sociais e um regime alheio aos interesses e bem estar do povo.

A Prefeitura Municipal de Campo Grande (2005), também vem de encontro que os desajustes oriundos à saúde/doença estão relacionados com a história do sujeito e deste com a sociedade, levando ao afastamento das suas relações vitais. O modo de “olhar”, concentra-se não apenas nas causas biológicas, mas antes nas relações entre os sujeitos, grupos sociais, instituições, economia, política, cultura, entre outros.

Segundo Andrade (2000) traz a tona que os problemas de fala, linguagem e audição sejam vistos como problemas de saúde pública, pois comprometem o desempenho do sujeito, levando a um insucesso social, criando grandes dificuldades nas experiências pessoais e comprometendo a qualidade de vida dos mesmos. E quando o ACS3 relata; *“interfere na saúde dela com certeza..., pois às vezes querem conversar, ter um diálogo com uma pessoa e tem dificuldade, não tem como se expressar”*, o agente consegue perceber o quanto é importante uma boa comunicação para que o sujeito esteja bem engajado na sociedade, no meio em que ele está inserido.

Quadro 10 – Respostas dos ACS sobre a pergunta número sete – diante do problema fonoaudiológico qual a conduta utilizada?

ACS1	ACS2	ACS3	ACS4	ACS5	ACS6
<p>“primeiro a gente orienta, encaminha para nossa médica ou a gente leva as enfermeiras para estar conversando com as famílias, para ver o problema a gente encaminha para frente pra fazer o tratamento se for algum problema de fonoaudiologia .</p>	<p>“Na verdade pra gente é difícil diagnosticar que é um problema para fono ou não. Se eu não tenho conhecimento como que eu vou identificar o problema, né? A gente orienta né, a mãe ou paciente e pede para ele está procurando um fono.</p>	<p>“Se for criança tem que tá encaminhando para o pediatra para ele estar encaminhando para o fonoaudiólogo, para fazer o tratamento, acompanhamento certinho e adulto também. Você só faz encaminhamento, você não faz nenhuma orientação? Não, nenhuma orientação, porque ai eu, os médicos que tem que tá dando alguma orientação, algum encaminhamento., vendo qual o problema, vendo para onde encaminhar.</p>	<p>Encaminhar para o centro de saúde. A gente orienta a pessoa a ir até a Unidade Básica, se é criança a gente encaminha pro pediatra, se for o caso de outro profissional o encaminhamento é feito, é marcado.</p>	<p>A gente quando nota algum tipo de questão, a gente fala com a mãe que a criança precisa ter uma boa dicção, que tem que procurar um posto de saúde, passar por um pediatra para ele encaminhar pra ver o que é necessário, porque as vezes pode ser na língua. Minha própria filha tem, então o otorrino tem que dar um pic, então o problema não é com o fono é com o otorrino.</p>	<p>A conduta como eu já disse, sempre eu não posso fazer o diagnóstico sozinho, eu vejo o problema, aí eu chamo a minha supervisora ou até mesmo a médica vai a casa e lá ela encaminha, passa o encaminhamento né.</p>

Nesta questão, observamos como é limitado o encaminhamento para atendimento fonoaudiológico quando os Agentes Comunitários percebem alguma alteração, devido o serviço público do município de Campo Grande não disponibilizar de tantos profissionais para atender a demanda da cidade. Na saúde, temos apenas cinco fonoaudiólogas para atender a uma população de mais ou menos 900mil/hab, o que não comporta atendimento à população. Essas profissionais estão compreendidas em apenas três Unidades Básicas de Saúde, sendo que três delas atuam no Centro de Atendimento do Escolar e só atendem crianças de zero a doze anos que estejam matriculadas nos Centro de Educação Infantil (CEINF), nas escolas,

de preferência, Municipais e a comunidade em geral, tem uma lista de espera que não consegue ser absorvida. Outra fonoaudióloga que além de atender toda a faixa etária ainda tem que dividir a sua carga horária de trabalho para desenvolver exames audiológicos e outra profissional, que realiza atendimento no CAPS'I (Centro de Atendimento Psico Social Infantil) para atender as crianças com doenças mentais, psicoses, síndromes, dentre outras.

Outra questão que verificamos é que os Agentes Comunitários de Saúde não têm conhecimento para identificar as alterações fonoaudiológicas, se sentem despreparados e inseguros para realizar tal encaminhamento e quando percebem a necessidade não têm para onde mandar, elas sempre orientam as mães a procurar o pediatra, encaminham para a médica ou a enfermeira do programa e existe uma preocupação das mesmas em querer resolver o problema, mas se sentem limitadas por falta de conhecimento, como relata a ACS2 *“na verdade é difícil pra gente diagnosticar que é um problema de fono ou não. Se eu não tenho conhecimento como que eu vou identificar o problema né?”* ACS6 *“...eu não posso fazer o diagnóstico sozinha, eu vejo o problema, aí eu chamo a minha supervisora, ou, até mesmo a médica vai a casa e lá ela encaminha, passa o encaminhamento né”*.

Verificamos nas falas dos Agentes Comunitários, que elas têm consciência das necessidades, sempre procuram orientar dentro do conhecimento que possuem, mas ainda falta muita coisa para poderem realizar um trabalho mais seguro. Assim como diz a ACS1, *“primeiro a gente orienta e encaminha para nossa médica”*, ACS4, *“A gente orienta a pessoa a ir até a Unidade Básica, se é criança a gente encaminha para o pediatra”*, ACS5 *“...a gente fala com a mãe que a criança precisa ter uma boa dicção...passar por um pediatra”*.

O Programa de ACS tem como objetivo melhorar, o conhecimento da população a respeito da sua saúde, transmitindo-lhes informações e aprendizados, contribuindo desta forma, para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (FUNASA, 1994).

De acordo com Silva (2002), Furtado, Freitas e Pereira (2004), este profissional, ACS, é o “elo de ligação” entre os serviços de saúde e a

comunidade, elemento chave no que diz respeito do sistema na atenção primária de saúde. Ele que é responsável na captação das necessidades, identificação de prioridades e detecção de casos de risco para a intervenção da equipe.

Verificamos que diante do objetivo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, as informações, orientações que devem ser repassadas a comunidade, não acontecem de forma efetiva, devido ao pouco conhecimento que os mesmos possuem da Fonoaudiologia, mas que tentam desenvolver o trabalho, visando esclarecer a comunidade das necessidades na área fonoaudiológica, bem como encaminhando ao pediatra e até mesmo solicitando maiores esclarecimentos ao supervisor e ao médico do Programa.

Diante disto, o ACS, não deixa de desempenhar o seu papel de ligação entre a comunidade e os demais profissionais do Programa, pois mesmo sem saber do que se trata ele procura levar ao conhecimento dos outros profissionais os problemas encontrados.

Percebemos que o desconhecimento que os Agentes Comunitários de Saúde possuem sobre a Fonoaudiologia os deixam inseguros quanto a detectar as alterações e fazer o encaminhamento quando necessário. Este desconhecimento pode ser sanado se o Fonoaudiólogo passar a fazer parte da equipe do PSF, realizando o diagnóstico situacional com os Agentes Comunitários de Saúde e realizando capacitações, treinamentos aos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados revelam que a lógica de criação dos agentes comunitários, encarregados de levar saúde para as famílias, expressa nos documentos oficiais do município de Campo Grande, ficou perdida pelas questões burocráticas.

A necessidade de registro de um grande volume de informações e a fragilidade na formação dos agentes para cumprir os objetivos dos programas certamente são as causas desse desvio.

A responsabilidade depositada nos agentes comunitários parece maior do que eles possam oferecer. O Agente Comunitário de Saúde desenvolve um trabalho muito próximo à comunidade e é visto como uma “peça chave” entre o sistema de saúde e a comunidade, uma vez que é ele quem leva informações, conhecimentos para a comunidade local, bem como trás as informações da comunidade para os demais profissionais do Programa.

Estes profissionais foram incluídos nas equipes do PSF com uma proposta de trabalho que incorpora as dimensões técnica, política e de assistência social (CHIESA E FRACOLLI, 2004) e são fundamentais para a realização do programa. Suas atribuições projetam um “super” profissional. Contudo, nota-se que para se tornar um agente comunitário é necessário apenas possuir o ensino médio além das habilidades básicas determinadas nos concursos, tais como: habilidade no trato com as pessoas, boa resistência física para realizar caminhadas, ter facilidade na comunicação escrita e falada, ser capaz de coletar, sintetizar e organizar informações, possuir boa acuidade visual e auditiva e ser capaz de manusear objetos com os membros superiores.

Visando conhecer melhor o trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde, investigamos o conhecimento da equipe de agentes comunitários sobre linguagem, voz, audição e motricidade oral e possíveis alterações relacionadas e identificamos muitas falhas no conhecimento.

Salientamos que uma das atribuições específicas básicas do Agente Comunitário de Saúde, segundo a Portaria N°648/GM de março de 2006 do

Ministério da Saúde é 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 situações de risco.

Para cumprir esta tarefa os agentes precisariam ter noções mínimas da importância da linguagem no desenvolvimento e integração social. Precisariam conhecer os principais cuidados que se deve ter com a saúde auditiva e vocal nas diferentes faixas etárias e precisariam identificar os principais sintomas que indicam riscos e/ou alterações já instaladas. Só assim, estes profissionais poderão prevenir agravos de problemas fonoaudiológicos e garantir uma boa qualidade de vida para a população. O papel dos Agentes Comunitários deveria ser o de ajudar a população a construir conhecimento e não simplesmente de remeter o cidadão às cartilhas.

Pudemos verificar que a formação que os Agentes Comunitários de Saúde recebem está mais centrada no contexto das políticas públicas de saúde, estratégias de implementação, organização dos sistemas locais de saúde, mapeamento, cadastramento, visitas domiciliares, acolhimento, humanização, coleta e análise de dados, deixando a desejar no que se refere à promoção da saúde, atenção básica e vigilância em saúde, sendo que são poucos os conteúdos abordados nesta área. As informações que os mesmos recebem acontecem através de palestras esporádicas ou quando os próprios agentes solicitam esclarecimentos de dúvidas ao seu supervisor ou médico da equipe. Sabemos que o trabalho em educação e saúde deve acontecer de maneira efetiva, constante, e poderia ser durante o horário de trabalho destes ACS, e não como eles relatam, ou seja, ocasionalmente.

Em relação ao conhecimento que os Agentes Comunitários de Saúde possuem sobre as questões relacionadas à Fonoaudiologia verificamos neste estudo que se limita a fala, (segundo os agentes, trocas de letras) e a audição, o que nos remete a pensar que temos muito a fazer pela a Fonoaudiologia no que diz respeito à inserção deste profissional nos serviços públicos de saúde, visando um trabalho de promoção e educação

em saúde, mostrando que a saúde da comunicação humana preconiza o bem estar, qualidade de vida do sujeito no meio em que está inserido.

O Agente Comunitário de Saúde possui grande conhecimento da área que atende; população, costumes, hábitos, cultura, necessidades da comunidade, dentre outras coisas, isto deve ser valorizado e aproveitado para o desenvolvimento do trabalho em benefício da comunidade.

Assim, para finalizarmos este estudo julgamos pertinente a sugestão de algumas ações que poderiam favorecer um maior conhecimento do Agente Comunitário de Saúde, no que diz respeito a sua formação e as questões relacionadas à Fonoaudiologia, visando um melhor atendimento a comunidade.

- ❖ Junto à equipe profissional qualificada para o PSF, a Fonoaudiologia pode contribuir como ciência do conhecimento e de atividades que têm por objetivo os cuidados com a saúde da comunicação da população em geral.
- ❖ O fonoaudiólogo, neste contexto, é especializado para avaliar a comunicação, realizando diagnósticos; orientações preventivas em grupos educativos para gestantes, sobre aleitamento materno e saúde bucal, por exemplo; trabalho em creches; atendimentos para a reabilitação das alterações da comunicação, sugerindo medidas de alcance coletivo para otimizar a saúde global da comunidade assistida.
- ❖ Ficou evidente a necessidade de reformulação do atual processo de formação dos agentes comunitários de saúde, na perspectiva da crescente qualificação do Sistema Único de Saúde. Essa formação deve ser planejada e executada fora da lógica formal dos treinamentos realizados, abrindo possibilidades para a metodologia da problematização, inserindo o agente comunitário de saúde como protagonista/sujeito das ações em saúde em seu território. Através de uma atuação solidária, crítica e interventiva poder-se-á alcançar a efetiva transformação societária.
- ❖ O Município em parceria com o Estado e Universidades locais deveria implantar o Curso Técnico de Agentes Comunitários de

Saúde com carga horária de 1.200 horas que o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação possui, como pré-requisito para o desempenho da profissão visando uma maior qualificação dos mesmos.

- ❖ Acreditamos que para a formação do agente comunitário sobre aspectos fonoaudiológicos é necessário se perguntar:
 1. O que tem sido feito nos programas voltados para a formação destes profissionais?
 2. Será que a criação de cursos técnicos é suficiente para resolver os problemas?
 3. Como o profissional da Fonoaudiologia pode entrar na equipe de especialistas e na formação dos agentes?
 4. O que de fato o agente comunitário precisa conhecer?

“Muito do que é pretendido, quando se propõe Saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, só pode realmente acontecer se o homem estiver, ao mesmo tempo, preparado para entender o seu significado como um ser existente num mundo e num tempo, dos quais ele é o agente transformador, e conscientizado em ser, ele próprio, o realizador da sua identidade que, ajustada às limitações de sua constitucionalidade biológica e circunstancialidade de vida e ambiente, lhe garantirá um bem-estar abrangente que é a Saúde” (Secretaria da Saúde, São Paulo, 1992).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D.G. de. Apontamentos pessoais. Curso de Enfermagem, 1995.
- ANDRADE, C.R.F. A Saúde e a doença em fonoaudiologia In: Fonoaudiologia e Saúde Pública – VIEIRA, R. M. (org.) 2ª ed. Carapicuíba/SP: Pró-Fono, 2000.
- _____. Fases e Níveis de Prevenção em Fonoaudiologia - Ações Coletivas e Individuais. In: VIEIRA, R. M.; VIEIRA, M. M.; AVILA, C. R. B.; PEREIRA, L. D. (orgs.) Fonoaudiologia e Saúde Pública. 2ª. ed. São Paulo: Pró Fono; 2000.
- _____. Fonoaudiologia Preventiva – Teoria e Vocabulário Técnico Científico. São Paulo: Lovise; 1996.
- ANDRADE, V.; COELHO, M.A.S.M. O Processo Educacional na Promoção de ações Comunitárias em Saúde. Revista Brasileira de Cancerologia, v.43, n.1, p.57-63, 1997.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA – O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo – Atheneu, 2004.
- BANDEIRA, M.L.; DE-LAMONICA-FREIRE, E.M. Saúde, Educação e Diversidade. Cadernos de Saúde UNIC, Cuiabá, v.0, p.19-31, 1997.
- BARCHIFONTAINE C. P. de. Viver com dignidade: O problema de saúde no Brasil. 10ª ed. Aparecida / SP, 1996.
- BEFI, D. A Inserção da Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde. In BEFI, D. (org.) Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde – série Atualidades em Fonoaudiologia, vol. III. São Paulo: Lovise; 1997.
- BELTRAME, I.L. Fonoaudiologia e saúde pública. In: Fonoaudiologia hospitalar. OLIVEIRA, S. T. de (org.) São Paulo: Lovise, 2003.
- _____. Fonoaudiologia e Saúde Pública. In: OLIVEIRA, S. T. (org.) Fonoaudiologia Hospitalar. São Paulo: Lovise; 2003.
- BIOLCHI, A.D.V. e CHEADE M.F.M. Análise Crítica das Ações executadas no PSF do Município de Antônio João, MS. Monografia apresentada ao curso de pós-graduação em Equipes Gestoras de Sistema e Serviços de Saúde – Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” e UFMS/Centro de Ciências Biológicas, 2004.
- BIZZO, M.L.G. Difusão Científica, Comunicação e Saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan./fev. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. Brasília, DF, 1996.

_____. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Municipalização com qualidade. Projeto mais Saúde. Saúde mais perto: Os programas e as formas de financiamento para os municípios. Brasília, DF, 2001.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. Publicada no Diário Oficial da União de 06/11/1996. Brasília, DF, 1997.

_____. Portaria GM n. 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 28 de julho de 1997. Disponível em <<http://sua.saúde.gov.br>> Acesso em 22/09/2003.

_____. Portaria GM n. 2.048 de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 06 de novembro de 2002. Disponível em <<http://sua.saúde.gov.br>> Acesso em 20/02/2004.

_____. Portaria GM n. 267, de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 07 de março de 2001. Disponível em <http://sua.saúde.gov.br>. Acesso em 22/09/2003.

_____. Portaria GM n. 673, de 03 de junho de 2003. Estabelece reajuste nos valores do incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e revisa as normas estabelecidas pela portaria GM/MS n. 1444 de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 04 de junho de 2003. Disponível em <<http://sua.saúde.gov.br>> Acesso em 22/09/2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.527 de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família.

_____. Portaria n. 648/GM 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).

_____. Portaria n. 44/GM de 03 de janeiro de 2002. Define as atribuições do Agente Comunitário de Saúde na prevenção e controle da malária e dengue e das outras providências. Disponível em: <<http://sua.saude.gov.br>>. Acesso em 25/09/2004.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da família. A implantação da unidade de saúde da família. Caderno1. Brasília, DF, 2000.

_____. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1999.

BRASIL. Portaria GM n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, cria incentivo de saúde bucal para financiamento das ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 29 de dezembro de 2000. Disponível em: <<http://sua.saude.gov.br>>. Acesso em 22/09/2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Educação Profissional – Referências Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, 2001, cria Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde de acordo com CNE/CEB nº 04/99.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90. Brasília 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BUSS, P.M. Promoção e Educação em Saúde no Âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, 1999.

CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE. Câmara Municipal de Campo Grande: Mato Grosso do Sul, 1903 – 1993. Campo Grande, 1993.

CANDEIAS, N.M.F. et all. Delineamento do papel profissional dos especialistas em educação em saúde – uma proposta técnica. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.25, n.4, p. 289-298, 1991.

_____. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.31, nº2, p.209-213, abril 1997.

CARVALHO, G. et all. Avaliação de ações e serviços de saúde. In: O mundo da saúde, São Paulo, ano 24, v.24, n.1, p. 72-85, jan./fev. 2000.

CARVALHO, D.M. e WERNECK, G.L. Vigilância Epidemiológica – História, conceitos básicos e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CHAMMÉ, S.J. Saúde: Um Processo em Constante Construção. Marília, UNESP, Tese de Livre-Docência, 1997.

CHIESA, A.M. e FRACOLLI, L.A. O trabalho dos Agentes Comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ministério da Saúde, ano V, n. 7 – edição especial, janeiro 2003 a abril 2004.

CLEARY, H.P. Health education: the role and functions of the specialist and the generalist. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.22, n.1, p. 64-72, 1988.

COSTA, E. M. A. e CARBONE, M. H. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

DIÁRIO OFICIAL DE CAMPO GRANDE – MS. Edital n. 1/2005 – Concurso Público de Provas/Agência de Saúde – PMCG. Ano VIII – n. 1.778 – segunda-feira, 28 de março de 2005.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO – BRASÍLIA – DF – Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde.

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação Superior. RESOLUÇÃO CNE/CES 5, DE 19 de fevereiro de 2002.

FORATTINI, O.P. A saúde Pública no século XX. Rev. Saúde Pública, v.34, n.3, p. 211- 3, 2000.

FREITAS, C.M. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. Revista ciências e saúde coletiva, v.8, nº1, p.137-150, 2003.

FREITAS, L.S.S. e PEREIRA, I.C. Quem são, o que pensam e o que querem os Agentes Comunitários de Saúde de Campo Grande/MS. III Mostra de Trabalhos em Saúde da Família e I Mostra de Trabalhos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Campo Grande-MS. Prefeitura Municipal de Campo Grande – Secretaria Municipal de Saúde Pública, 2004.

FURTADO, A.L.D. Relatório Anual da Coordenação Geral dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família em Campo Grande-MS. (SESAU), Campo Grande, 2004.

GARBIN, W. O Sistema de Saúde no Brasil. In: VIEIRA, R.M.; VIEIRA, M. M.; AVILA, C.R.B.; PEREIRA, L.D. (orgs.) Fonoaudiologia e Saúde Pública. 2ª ed. São Paulo: Pró Fono; 2000.

GERALDES, P.C. A saúde coletiva de todos nós. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.

GREEN, L.W. Política de descentralização e desenvolvimento de educação e saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.22, n.3, p. 217-220, 1988.

GIUSTI, N. Histórico da Saúde no Brasil. Viva Tranquilo, 2004. Disponível em http://www.vivatranquilo.com.br/seguro/seguro_saude/mat1.htm. Acesso em 04/05/04 às 20:42h.

IVO, M.L. et all (org.). Dimensões do Processo de Cuidar em Enfermagem. Campo Grande: UFMS, 2004.

JORNAL DO FONOAUDIÓLOGO – edição 47, setembro – outubro 2002. Disponível em <http://www.fonosp.org/publicacoes/saudepublica.htm>. Acesso em 29 de julho de 2007 às 15:30h.

KROEGER, A. e LUNA, R. Atención primaria de salud: principios y métodos. México. Paltex, 1992.

LESER, W. BARBOSA, V. BARUZZI, R.C.R. FRANCO, M.B.D. e JÚNIOR, L. Elementos de Epidemiologia Geral. São Paulo – Atheneu, 2000.

LUDKE, M.; ANDRÉ. M.E.D.A. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.

MACHADO, K. Saúde da família se firma como estratégia permanente do SUS. Revista – RADIS – Comunicação em saúde n. 23 – julho de 2004.

MARIN, C. R., CHUN, R. Y. S., SILVA, R. C., FEDOSSE, E., LEONELLI, B. S. Promoção da saúde em fonoaudiologia: implantação de ações coletivas em equipamentos de saúde e educação. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, V.1, p.35-41, 2003.

MARQUES, A. O que é, quando surgiu, onde existe, quem compõe as equipes, cursos na área. 02/12/2003. Disponível em <http://www.psfbrasil.hpg.ig.com.br/psf.htm>. Acesso em 25/07/2004 às 21:03h.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Coordenadoria de Saúde da Família. Campo Grande, 2004.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Campo Grande, 1999.

_____. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Manual Técnico. Saúde Lar: Programa Saúde da Família. Campo Grande, 2001.

MEIRA, A.R. Sociedade e Saúde: Uma introdução às noções de ciências sociais aplicadas à saúde. Campo Grande: UFMS, 1997.

MELAMEDI, C. Programa de Agentes Comunitários de Saúde In 20 experiências de Gestão Pública e Cidadania, FUJIWARA, L.M.; ALESSIO, N. L. N. e FARAH, M.F.S. 1ª ed. São Paulo: São Paulo: Brasil, 1998.

MELO, E.C.P.; e Cunha, F.T.S.C. Fundamentos da saúde. Rio de Janeiro: SENAC, 1998.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2001.

_____. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS, 1987.

_____. – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. ABC DO SUS – Doutrinas e Princípios, 1990.

_____. - Secretaria de Políticas de Saúde, Programa Educação em Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/pes/pes/apresentacao.htm>. Acesso em: 25/07/2004 às 20:35h.

_____. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2001.

OLIVEIRA, S.T. de. Ética e bioética na atuação fonoaudiológica em hospitais. In: Fonoaudiologia Hospitalar. São Paulo: Lovise, 2003.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia. Teoria e prática, 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara – Koogan, 1999.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, Mato Grosso do Sul – Agência de Saúde. Apostila dirigida ao agente comunitário de saúde. Campo Grande/MS: Oikos, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, Mato Grosso do Sul – Secretaria Municipal de Saúde Pública. Protocolo para o desenvolvimento do

trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), Programa De Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), em campo Grande – MS. Outubro de 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE. Campo Grande a cidade onde moro. INSTITUTO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO URBANO E DE MEIO AMBIENTE – SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO. UFMS, 1998.

_____. Reforma Administrativa. Jornal Correio do Estado. Campo Grande, 04 de junho de 1979.

_____. Relatório Anual da Coordenação Geral dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família em Campo Grande. Campo Grande: FUNASA, 1994.

PUCINI, R.F. Histórico da Saúde Pública no Brasil. In: VIEIRA, R.M.; VIEIRA, M.M.; AVILA, C.R.B.; PEREIRA, L.D. (orgs.) Fonoaudiologia e Saúde Pública. 2ª. ed. São Paulo: Pró Fono; 2000.

RICE, M.; CANDEIAS, N.M.F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde – um projeto pioneiro. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.23, n.4, p. 347-353, 1989.

RODRIGUES, B.A. e ALVES, A.L. Evolução institucional da Saúde Pública. Ministério da Saúde, Brasília, 1977.

ROMANO, R. Depois do pacote e dos cortes de bolsas. Educação Social, Campinas, v.19, n.63, ago. 1998.

ROSEN, G. Uma história da Saúde Pública – São Paulo, UNESP, 1994.

SAMPAIO, F.T. Passado terminal: cinco séculos de tentativas não foram suficientes para aproximar a saúde pública brasileira das salas de aula. Educação, São Paulo, ano27, n.229, p. 62-63, maio, 2000.

SECRETARIA DA SAÚDE. Plano de Saúde para o Estado de São Paulo. São Paulo, 1992.

SILVA, C. M. Guia curricular para formação de técnicos em higiene dental para atuar na rede básica do SUS. In: Prevenindo e controlando o processo saúde-doença. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2002.

SOUZA, H.M. Programa Saúde da Família: entrevista. Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.53, n. especial, dez. 2000.

SOUZA, M.F. Gestão da Atenção Básica; redefinindo contexto e possibilidades. Divulgado em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n.21, dez, 2000.

STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15 supl.2, 1999.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ministério da Saúde, ano V, n. 7 – edição especial, janeiro 2003 a abril 2004.

ANEXO 1 – MAPA REDE FÍSICA – REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

**ANEXO 2 – ORGANOGRAMA SESAU – SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE/MS**

ANEXO 3 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA**

Ofício nº 4632/CGVS/SESAU Campo Grande, 08 de dezembro de 2003.

Senhor Coordenador:

Informo-lhe que esta Secretaria tem apoiado pós-graduandos e pesquisadores em geral, mediante apresentação de projeto aprovado por instituições de ensino/pesquisa e que atenda os preceitos éticos vigentes, com tema relacionado ao nosso campo de atuação.

A mestranda dessa instituição, Sra. Marta Oliveira e Silva de Miranda Sá, sob orientação da Prof^a Dra. Maria Inês Bacellar Monteiro, solicitou-nos autorização para realizar parte de sua dissertação no nosso Serviço de Saúde da Família.

Acorde com a política exposta acima a mestranda está autorizada para desenvolver seu projeto, mediante solicitação dessa Coordenadoria, com projeto anexo.

Fica explícito que o apoio desta instituição exclui o fornecimento de recursos adicionais para pesquisas, além dos já programados para nossas atividades precípuas.

Atenciosamente,

Diretor executivo

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICAGA
MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados de identificação

Nome: _____
Sexo: _____ D.N. ____ / ____ / ____ Data: ____ / ____ / ____
Endereço Completo: _____

Telefone: _____

II- Dados sobre a pesquisa científica

Título: *Programa Saúde da Família: investigando o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Fonoaudiologia.*

Pesquisadora: *Mestranda Marta Oliveira e Silva de Miranda Sá sob orientação da Profa. Dra. Maria Inês Bacellar Monteiro*

Inscrição CRFa.: 3177

Natureza da Pesquisa: *Avaliar o conhecimento que os agentes comunitários possuem sobre linguagem, voz, audição e motricidade oral e possíveis alterações relacionadas e discutir aspectos da formação destes profissionais.*

Justificativa: *Para a Fonoaudiologia a prevenção primária visa a eliminação dos fatores que são responsáveis pela ocorrência e desenvolvimento das patologias da comunicação. Portanto os aspectos da fala, linguagem e audição são considerados atributos da saúde e alterações nessas áreas levam o sujeito a prejuízos sociais, sofrimento e limitam a capacidade de criar e transformar o mundo através da palavra, o que gera um grande impacto na experiência pessoal e na qualidade de vida. Como os agentes de família são aqueles que mantêm contato com a população e podem ter um papel importante na prevenção e/ou encaminhamento para tratamento quando necessário, é importante que se conheça o que eles sabem para poder fornecer subsídios para a sua formação.*

Avaliação de risco: *Os trabalhos serão supervisionados pela Profa. Dra. Maria Inês Bacellar Monteiro, co-responsável pela pesquisa, do curso de Pós-Graduação em Fonoaudiologia, UNIMEP, e será dada plena liberdade para o participante se recusar a continuar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. A qualquer momento poderá buscar, junto à coordenadora do projeto, esclarecimentos de qualquer natureza, inclusive os relativos à metodologia de trabalho. As pesquisadoras responsáveis garantem o sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.*

*As entrevistas realizadas poderão vir a ser usadas para fins científicos, aqui incluídas publicações e participações em congressos, nos limites da ética e do proceder científico íntegro e idôneo – e a participação nesse projeto **não oferece riscos nem desconfortos**, sendo que a participação nesta pesquisa é total e completamente isenta de qualquer ônus financeiro.*

A pesquisadora se responsabiliza por reparar danos eventuais associados e/ou decorrentes da pesquisa, sejam eles imediatos ou tardios, inclusive no que diz respeito às indenizações.

Procedimentos da pesquisa: *Realização de entrevista aos profissionais e agentes comunitários de Saúde, que fazem parte do Programa Saúde da Família.*

Benefícios que poderão ser obtidos: *esclarecimentos sobre as áreas de atuação do Fonoaudiólogo.*

Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos: *Envolvimento dos profissionais do PSF com os problemas fonoaudiológicos e desenvolvimento de ações de saúde à população de maior risco.*

A pesquisadora compromete-se a fornecer qualquer esclarecimento sempre que solicitado.

A pesquisadora afirma que a qualquer momento possa ser retirado o consentimento e sair da pesquisa.

A pesquisadora afirma o compromisso e a segurança de não identificação e sigilo sobre as informações obtidas.

A pesquisadora compromete-se a atualizar quaisquer informações.

A pesquisadora se responsabiliza por quaisquer gastos necessários durante a pesquisa, comprometendo-se a não solicitar ressarcimento dos gastos aos sujeitos participantes.

III- Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador, conforme registro anterior, consinto em participar, na qualidade de sujeito, do referido projeto de pesquisa. Campo Grande, ____ de ____ de 2003.

Assinatura do esclarecido

Marta O. e S. de Miranda Sá
pesquisadora

ANEXO 5 – ENTREVISTA PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

Idade: _____

Nível de escolaridade: () ensino fundamental - 1ª à 8ª () médio () superior

Quanto tempo faz parte do PSF?

Concursado? () sim () não

1ª parte da entrevista

1- Para vocês começarem a atuar, ir a campo qual a formação que vocês recebem?

2- Vocês recebem capacitação?

3- Dentro da rotina do trabalho de vocês nas visitas nos domicílios com crianças é função do agente comunitário de saúde orientar quanto a amamentação, bem como observar e orientar também sobre o desenvolvimento infantil. Quais são as orientações e observações que vocês fazem?

2ª parte da entrevista

4- O que você conhece da Fonoaudiologia?

5- Como você profissional do PSF, vê os problemas fonoaudiológicos no modelo de vigilância da Saúde?

6- Para você o que se enquadraria em problemas fonoaudiológicos?

7- Diante do problema fonoaudiológico qual a conduta utilizada?

ANEXO 6 – CARTÃO DA CRIANÇA/CARTEIRA DE VACINAÇÃO

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)