

UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

UNIJUI

MESTRADO EM EDUCAÇÃO NAS CIÊNCIAS

MÁRCIA WERKLEHR PAGANOTTO LOPES

OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DE UMA EQUIPE DO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A DIMENSÃO EDUCATIVA DE SUA
CAPACITAÇÃO

Dissertação apresentada à banca final do Curso de
Mestrado em Educação nas Ciências da Universidade
Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul –
UNIJUI, como requisito à obtenção do título de mestre.

Ijuí
2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MÁRCIA WERKLEHR PAGANOTTO LOPES

OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DE UMA EQUIPE DO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A DIMENSÃO EDUCATIVA DE SUA
CAPACITAÇÃO

Dissertação apresentada à banca final do Curso de
Mestrado em Educação nas Ciências da Universidade
Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul –
UNIJUI, como requisito à obtenção do título de mestre.

Orientador: Dr^a. Maria C. P. de Araújo

Ijuí
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

MÁRCIA WERKLEHR PAGANOTTO LOPES

OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DE UMA EQUIPE DO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A DIMENSÃO EDUCATIVA DE SUA
CAPACITAÇÃO

Dissertação apresentada a banca final do Curso de Mestrado em Educação nas Ciências da
Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI, como
requisito a obtenção do título de mestre.

Orientador: Dr^a. Maria C. P. de Araújo

Neusa Maria John Scheid
Membro da Banca

Ana Maria Colling
Membro da Banca

Ijuí, Janeiro de 2007

DEDICATÓRIA

Ao meu querido esposo Ângelo e ao meu filho Mateus dedico este trabalho, fruto de nosso esforço enquanto família.

Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de aperfeiçoamento e por ter me carregado no colo nos vários momentos em que pensei fraquejar.

Expresso também meu respeito e admiração aos professores do Curso de Pós-graduação *stricto sensu* – Mestrado em Educação nas Ciências do Departamento de Pedagogia da Unijuí-RS.

O meu agradecimento especial à professora Dr^a Maria Cristina Pansera de Araújo, pela paciência, tranquilidade, seriedade e dedicação a mim, tanto como aluna e profissional quanto como pessoa.

Gostaria também de prestar especial homenagem aos colegas do Departamento de Enfermagem do URI/Santo Ângelo, pelo apoio.

A todos o meu muito

Obrigada.

“... Feliz o homem que acha sabedoria e o homem que adquire conhecimento; porque melhor é o lucro que ela dá do que o da prata, e melhor a sua renda do que o ouro mais fino”.

Mais preciosa é do que pérolas, e tudo o que podes desejar, não é comparável a ela ...”

At, Provérbios 3, 13-15

RESUMO

Esta dissertação mostra a análise das percepções de seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), acerca da capacitação que lhes é oferecida pelo sistema público de saúde e as práticas efetivadas a partir delas. É uma pesquisa qualitativa, com base nas informações dos sujeitos envolvidos na situação estudada, a partir de entrevistas individuais, com roteiro semi-estruturado, gravadas em fita cassete e, posteriormente, transcritas. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, com agrupamento das falas por categoria temática: 1ª Significado atribuído pelo agente de saúde ao processo de capacitação; 2ª Percepção dos agentes sobre a prática de sua capacitação; 3ª Participação na organização de suas capacitações; 4ª Deficiências identificadas nas capacitações e 5ª Prática sanitária emergida no discurso do agente. Cinco agentes são do gênero feminino e um do gênero masculino. A faixa etária oscila entre 23 a 58 anos, sendo que todos têm, no mínimo, o Ensino Médio completo. Dois integrantes da equipe são agentes comunitários de saúde há mais de sete anos, os demais há um ano, sendo que a atuação de todos na equipe é de um ano. Percebi que os agentes de saúde acreditam na proposta do programa de saúde da família, enquanto estratégia para a promoção e proteção da mesma, mas, ainda têm dificuldades em articular os aspectos biológicos com os sócio-culturais, para alcançar as metas propostas. As capacitações vivenciadas pelos agentes foram consideradas problemáticas pelos mesmos, já que os profissionais da saúde responsáveis pelo processo, muitas vezes, desconsideraram a realidade vivida, em que deverão atuar futuramente, ou seja, deixaram de compatibilizar as condições das famílias visitadas e das comunidades assistidas com as informações teórico-práticas apresentadas. Houve discordância dos agentes quanto aos métodos utilizados pelos profissionais de saúde nas capacitações, classificados como muito teóricos e difíceis de apreender. Os agentes avaliaram, ainda, que não participaram da elaboração das capacitações, nem têm autonomia para solucionar problemas corriqueiros, sem ouvir a equipe de saúde. As questões colocadas abrem novas perspectivas para o trabalho a ser realizado com os agentes comunitários e as equipes de PSF.

Palavras-chave: Educação permanente; Capacitação; PSF.

ABSTRACT

This essay analyzed the perceptions on the development offered by the Public Health Care of six Health Communitarian Agents (HCA), who belong to a team of the Family Health Programme (FHP), and the effective practices originated from them. It is a qualitative research based on information from the subjects concerned in the studied situation, originated from individual interviews with semi-structured itinerary, recorded in tapes and transcribed afterwards. The data was analyzed by using the content analysis technique and grouping the speeches by theme categories: 1st Significance given by the Health Agent to the development process; 2nd Health Agent's perception on their practice of development process; 3rd Participation of the Health Agent in the organization of their development process; 4th Identified deficiency in the development process; and 5th Sanitary practice emerged in the Health Agent's speech. The agents are between 23 and 58 years old, being five of them female and one male and having all of them completed their high school. Two of them have been communitarian health agents for over seven years and the other four for one year, but all of them have acted in the team for just a year. We notice that the health agents believe in the purpose of the Family Health Programme as a strategy for the promotion and protection of it. However, they still show difficulties in articulating the biological aspects with the socio-cultural ones in order to reach the proposed goals. They themselves considered their development processes as problematic, since the professionals of health who were responsible for these processes did not take into consideration the reality in which they would do their work in the future. That is, they stopped relating the visited families' condition and the assisted communities with the theoretical-practical information presented. There was disagreement among the agents when they mention the methods used by the professionals of health in the development process, classified as too theoretical and difficult to learn. The agents even mentioned that they did not participate in the elaboration of the development and did not have the autonomy to solving everyday problems without listening the health team. All the concerning matters cited by them open new perspectives for the work to be done with the communitarian agents and the FHP teams.

Key-words: Permanent education; Development process; FHP.

LISTAS

Quadro 1: Síntese da trajetória histórica da saúde no Brasil e o tipo de modelo assistencial hegemônico em cada período.	17
Tabela 1. Caracterização dos agentes comunitários de saúde de uma equipe do programa de saúde da família entrevistados em um município da área de abrangência da 12ª CRS, segundo sexo, idade, escolaridade, tempo de atuação como agente de saúde e tempo de atuação no PSF, 2005.....	46
Figura 1 Desenho de Boitatá.....	47
Figura 2 Desenho de Caipora.....	48
Figura 3 Desenho de Curupira.....	49
Figura 4 Desenho de Cuca.....	50
Figura 5 Desenho de Saci-pererê.....	51
Figura 6 Desenho de Iara.....	52
Quadro 2: Temáticas emergidas da análise das falas dos agentes comunitários de saúde entrevistados, pertencentes a um município da área de abrangência da 12ª CRS, 2005.....	57

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPITULO I HISTÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	17
I.I Da instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) ao Sanitarismo Campanhista (1923 a meados de 1960).....	18
I.II Da consolidação do Modelo Médico Assistencial Privatista ao projeto neoliberal (meados de 1960 – 1986)	22
I.III A Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde –SUS (1986 aos dias atuais)	27
I.IV O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF) enquanto estratégias do SUS: situando o sujeito agente comunitário de saúde	31
CAPITULO II A CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONSTRUINDO SABERES	36
CAPÍTULO III ENFIM, O OLHAR DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A DIMENSÃO EDUCATIVA DE SUA CAPACITAÇÃO	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
OBRAS CONSULTADAS	79
APÊNDICES	81

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, vem sendo foco de interesse e pesquisa no cenário das políticas públicas. Vários indicadores de saúde foram construídos, implantados e são monitorados com o objetivo de avaliar ações e serviços desenvolvidos junto à população em todo o país. Nesse sentido, destaca-se o monitoramento dos indicadores de mortalidade, morbidade, bem como os de cobertura vacinal. Porém, por trás desses números existem processos que também merecem ser estudados e analisados. Dentre eles, a implantação de equipes do programa de saúde da família (PSF) e o processo de capacitação do agente comunitário de saúde (ACS), elo entre a equipe e a comunidade.

O Programa de Saúde da Família é considerado uma importante estratégia para reordenação do modelo assistencial. Foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde, em 1994 e, atualmente, já se encontra implantado, praticamente em todo o país.

Conforme o Ministério da Saúde (2006), as equipes multiprofissionais do PSF são compostas de: médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ficando a cargo destes a responsabilidade pelo acompanhamento das famílias de uma determinada área do seu município.

As atividades exercidas por essas equipes vão desde a territorialização, o atendimento ambulatorial com a realização de consultas, as visitas domiciliares, a educação em saúde, a vigilância epidemiológica e a participação nos eventos das comunidades, entre outros. Prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua.

A equipe de saúde da família, com base nos fundamentos do saber de cada profissional, busca o que entende ser bom para o usuário, promovendo seu bem estar e protegendo seus interesses. Para isto, é preciso que ela tenha um vínculo com cada usuário membro das famílias, sendo a visita domiciliar uma das melhores maneiras de estar próximo à realidade de cada indivíduo.

A formação do sujeito participante do Programa de Saúde da Família e o processo de aprendizagem, implícito em sua capacitação para realizar a tarefa de educação em saúde, é a problematização que procuro conhecer, a partir do olhar do próprio sujeito.

Esta pesquisa teve como premissa a tese de que a capacitação oferecida ao agente comunitário de saúde necessita ir além do fornecimento de informações técnicas ao desenvolvimento de seu trabalho, pois implica também na existência de processos pedagógicos propostos pelo Ministério da Saúde e que, no município estudado, não têm sido viabilizados pelos profissionais responsáveis pelas equipes.

O ponto de partida para o trabalho foi a necessidade de ouvir os profissionais, agentes comunitários de saúde, acerca da visão dos mesmos da dimensão educativa da capacitação que lhes é oferecida.

Para tanto, busquei referenciais teóricos que possibilitassem compreender a inserção do agente de saúde no contexto da política de saúde atual e das transformações sofridas e esperadas. Isso ocorreu a partir da recuperação dos momentos históricos, que marcam a saúde, no Brasil, descritas no primeiro capítulo desta dissertação.

No capítulo dois, busquei recuperar referenciais para compreensão de como os agentes de saúde constroem seus saberes para o desenvolvimento de suas atribuições. Já no capítulo três, apresento, analiso e discuto os resultados obtidos junto à população estudada.

Na escolha da temática, considerei a experiência acumulada, enquanto enfermeira, o que me permitiu a participação em diferentes momentos do trabalho dos agentes. A oportunidade

de coordenar equipes de saúde em municípios da região, bem como estar envolvida em seus encontros de capacitação, além da experiência docente, me possibilita a aproximação de debate acerca da formação dos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro. Além disso, os referenciais pedagógicos implicados em seu trabalho de educação em saúde e a capacitação de equipes, dentre elas, os agentes comunitários, sensibilizou-me para esta discussão. O momento profissional atual, como enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde do RS, permitiu-me um distanciamento das questões locais que envolvem o trabalho do agente de saúde, levando, por outro lado, à aproximação da política de Estado, ora pretendida e formatada para a área.

A reflexão sobre o como se “instrui/capacita/treina” o agente comunitário de saúde, e ‘como’ este instrui a população, remete à pedagogia defendida por Paulo Freire (1981), que visa uma educação para atender às necessidades de uma determinada comunidade. Portanto, questiono: até que ponto o ‘agente comunitário de saúde’ está sendo preparado para a tarefa de promoção da educação em saúde, junto à comunidade, que favoreça a autonomia das pessoas? Sua prática é viabilizadora das mudanças pretendidas para o sistema de saúde? Como os envolvidos no processo percebem sua capacitação?

Essas e outras indagações justificam e me motivam a problematizar a questão do olhar do agente comunitário de uma equipe do programa de saúde da família sobre a dimensão educativa de sua capacitação, buscando compreender a metodologia utilizada para integrar ensino – serviço, com base nos princípios da pedagogia problematizadora, e como esta é incorporada à capacitação dos sujeitos, com vistas a contribuir na formulação de processos educativos relevantes para a transformação de sua prática e, especialmente, para a construção da cidadania.

Por isso, tracei os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL:

Analisar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde de uma equipe do Programa de Saúde da Família acerca da capacitação que lhe é oferecida, pelo sistema, e as práticas efetivadas a partir delas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Descrever as percepções dos agentes de saúde do PSF sobre sua capacitação;

Verificar se existem divergências entre a proposta de capacitação para a atuação do agente de saúde pretendida pelo Ministério da Saúde e a efetivada na prática, sob o olhar dos agentes de saúde.

Na pesquisa, utilizei a abordagem metodológica qualitativa, do tipo exploratório e descritivo que, para Oliveira (2002, p. 114), “permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno”. Já a pesquisa exploratória, para o mesmo autor (p. 121), enfatiza “a descoberta de práticas ou diretrizes que precisam modificar-se na elaboração de alternativas que possam ser substituídas”.

Para Minayo (2004), a pesquisa qualitativa é utilizada quando se deseja obter dados subjetivos que não podem ser quantificados. Nesse tipo de pesquisa, a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial, pois se caracteriza pela valorização da subjetividade, sempre buscando compreender o fenômeno do ponto de vista do outro.

Realizei a pesquisa de campo em uma unidade básica de saúde da família (UBSF) de um município da área de abrangência da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (12ªCRS), implantada e em atuação, há pelo menos doze meses.

A 12ª CRS está localizada na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e integra a Macrorregião Missioneira¹, composta por quatro CRS: 9ª, 12ª, 14ª e 17ª (apêndice A). Faz fronteira com a Argentina e é formada, em sua maioria, por minifúndios, destacando-se a agricultura familiar e de médio porte. Tem uma população de aproximadamente 230.000 habitantes distribuídos em 24 municípios de abrangência.

Foram entrevistados seis agentes comunitários de saúde, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Estar ocupando o cargo de agente comunitário de saúde no período da coleta de dados;
- ✓ Pertencer à equipe de saúde da família, implantada há pelo menos doze meses no município;
- ✓ Estar atuando como agente comunitário de saúde há ,pelo menos, doze meses (período em que teve oportunidade de acompanhar várias capacitações);
- ✓ Aceitar participar da pesquisa.

Para a coleta dos dados, utilizei como técnica a entrevista com uso de roteiro (apêndice B) que para Minayo (2004, p. 107) “é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes (objetivos e subjetivos) contidos na fala dos atores sociais”.

As entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora, para garantir a reprodução fiel e integral das falas, mantendo a guarda do sigilo da identidade dos sujeitos.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram agrupados para o processo de análise de conteúdo. Segundo Minayo (2004), a análise de conteúdo é considerada um conjunto de técnicas, que tem como função a verificação de hipóteses e/ou questões, a partir das respostas

¹ Macrorregiões de saúde: o Estado do RS foi dividido em sete macrorregiões de saúde em projeto aprovado pelas instancias colegiadas do SUS. Tem o objetivo de organizar a atenção a saúde. (Plano Diretor de Regionalização da Saúde, SES/RS, 2002)

encontradas para as perguntas formuladas. E, também, através das falas dos entrevistados, podem ser feitas descobertas sobre o que está implícito nos conteúdos manifestos.

Análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN apud MINAYO, 2004, p. 199) .

Para a mesma autora, tal análise pode abranger as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação dos dados, que foram agrupados por semelhança temática.

Visando atender os aspectos éticos da pesquisa e tendo como base a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, solicitei o termo de consentimento livre e esclarecido e institucional (apêndice C e D), sendo uma via destinada ao autor e outra ao entrevistado, preservando o seu anonimato e respeitando a liberdade do sujeito em não participar da pesquisa. Foi Garantida a confiabilidade das informações obtidas, que foram utilizadas unicamente nessa pesquisa e na produção textual que a acompanhará (dissertação de mestrado, publicações em eventos e artigos científicos). Foram usados nomes de personagens do folclore brasileiro para identificar as falas dos sujeitos entrevistados. Também foram utilizadas ilustrações dos personagens do folclore brasileiro de autoria de Mateus W. Paganotto Lopes (meu filho, de 9 anos) após minha autorização. A participação não teve qualquer influência com o vínculo empregatício nem promoveu ações coercitivas sobre os sujeitos envolvidos na pesquisa.

CAPITULO I HISTÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo, pretendo contextualizar a inserção do PSF e do trabalho do agente de saúde a partir da compreensão da trajetória histórica da Saúde Pública Brasileira, tentando resgatar a responsabilidade que agora se impõe, também, a este profissional. A classificação dos períodos dos sub-capítulos é uma adaptação da obra de Eugenio Vilaça Mendes² (1993) em seu livro Distrito Sanitário. O quadro 1 sintetiza a discussão.

Quadro 1: Síntese da trajetória histórica da saúde no Brasil e o tipo de modelo assistencial hegemônico em cada período.

ANO	MODELO ASSISTENCIAL	REPERCUSSÃO
1923	Modelo Sanitarista Campanhista	Lei Eloi Chaves: criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS)
1930		Criação do Ministério do trabalho e Ministério da Educação e Saúde: Contribuintes X não contribuintes
1933		Criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS) com a fusão das CAPS
1949		Regulação do Serviço de Atenção Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU)
1953		Criação do Ministério da Saúde Saúde pública X Assistência médica
1960		Promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)
1964	Modelo Médico	Crescimento de compra de serviços Seguridade social X seguro social
1966		Fusão dos IAPS originando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
1974		Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)

² MENDES, Eugenio V. é cirurgião dentista, professor e consultor da OPAS em Saúde Pública. Atuou significativamente no processo de Reforma Sanitária Brasileira. Tem diversas obras e artigos publicados. Dentre eles os livros: Distrito Sanitário; Uma agenda para a saúde e Sistemas Locais de Saúde. Atualmente também é consultor do projeto Qualisus do Ministério da Saúde.

1975-76	Assistencial Privatista	Criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS); início do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)
1977		Assembléia Mundial de Saúde Meta Saúde para todos no ano 2000
1978		Conferencia de Alma Ata: Atenção Primária em Saúde (APS)
1982		Implantação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) Implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS)
1986	Projeto Neoliberal	8ª Conferencia Nacional de Saúde
1987		Assembléia Nacional Constituinte Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)
1988	Sistema Único de Saúde	Promulgação da Nova Constituição Criação do Sistema Único de Saúde (SUS)
1990		Edição das Leis Orgânicas da Saúde 8080 e 8142
1991		Implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
1994		Criação do Programa de Saúde da Família (PSF)
2002		Criação da profissão de agente comunitário de saúde – Lei 10507
2006		Portaria 399 do Ministério da Saúde, tornando obrigatório o processo de Educação permanente para profissionais da saúde

Fonte: LOPES, Márcia W. P.; Orientadora: PANSERA-de-ARAÚJO, M. C – Olhar do agente comunitário de saúde de uma equipe do programa de saúde da família sobre a dimensão educativa de sua capacitação. Mestrado de Educação nas Ciências – UNIJUÍ- Ijuí/RS 2005.

LI DA INSTITUIÇÃO DAS CAIXAS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES (CAPS) AO SANITARISMO CAMPANHISTA (1923 A MEADOS DE 1960).

As Políticas Públicas de Saúde no Brasil caracterizam-se pelo estreito vínculo existente entre as políticas e a Previdência Social, incluindo sua forma de financiamento. Este tipo de articulação gera uma relação de dependência ,na qual se torna impossível restringir apenas as definições das instâncias responsáveis: Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Em consequência dos vínculos com a Previdência Social, os serviços de saúde apresentam um processo de privatização com a assistência, modelo assistido na década de 1920.

A história escrita por Cohn e Elias (1999) relata que em 1923 foi criada a primeira modalidade de seguro para os trabalhadores do setor privado, as chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS). Instituídas com o decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, as CAPs beneficiaram, inicialmente, os trabalhadores das empresas das estradas de ferro, tendo sido posteriormente estendida aos demais. Eram organizadas por empresas, através de um contrato compulsório e tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes.

Desde a década de 1920, houve a definição dos grandes traços que marcam até os dias de hoje o sistema previdenciário brasileiro:

- * Iniciativa do estado à implementação de um seguro social altamente controlador, tanto no sentido de disciplinar a força de trabalho como assegurar forças mínimas de sobrevivência diante dos acidentes e as consequências do esgotamento da sua capacidade para o trabalho;
- * Acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica na condição de filiado ao seguro social. A CAPs conta com um volume de recursos insuficientes para a construção de uma infra-estrutura de serviços médicos;
- * Caráter assistencialista e não universalizante do seguro social elege como população-alvo os grupos de assalariados dos setores de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados. (COHN, ELIAS, 1999)

O sistema previdenciário, então instituído, vem responder a um longo processo de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho. As testemunhas dessa luta são

os movimentos grevistas do início do século e a Lei Elói Chaves³. Apesar da resistência de alguns setores e a falta de fiscalização, os CAPS multiplicaram-se rapidamente.

De acordo com Oliveira e Teixeira (1989), a partir de 1930 o sistema previdenciário passa por reformulações, causadas por uma grave crise econômica mundial, criando várias tensões políticas e sociais internas. Getúlio Vargas assume o poder e, durante seu governo, as CAPs são unificadas e absorvidas, dando origem ao Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Modelos de pensões, vinculados a gênero ou categoria profissional, foram organizados a partir de 1933, de forma a abranger as mesmas categorias em todo o território nacional. Muitas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foram transformadas em IAPs, como foi o caso dos trabalhadores de trapiches e armazéns, que passaram a constituir o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados de Transportes e Cargas (IAPETC).

Registra-se também, em 1930, a criação do Ministério da Educação e Saúde, que passa a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo. A assistência à população não vinculada ao mercado formal de trabalho continuava sendo prestada pelo poder público ou pelas entidades de caridade. (Andrade, Soares e Junior, 2001, p.55)

Ainda, de acordo com Cohn e Elias (1999), entre 1933 e 1945, foram criados sete IAPs (Marítimos, Industriários, Transportadores de Carga, Bancários, Comerciais, Estivadores e Servidores do Estado). Esta nova organização manteve o modelo de financiamento tripartite, mas a mudança não foi apenas de sigla; os Institutos passaram a ter caráter nacional, segmentando os trabalhadores por inserção nos diferentes setores de atividade e a presença direta do Estado na sua administração.

³ Lei de criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), de 1923. É considerada a primeira lei de previdência social. Também conhecida como Lei Elói Chaves, nome do autor do projeto, ela concedia aos trabalhadores associados às Caixas ajuda médica, aposentadoria, pensões para dependentes e auxílio funerário. A Lei Elói Chaves beneficiou de início apenas os trabalhadores ferroviários. Só três anos mais tarde seus benefícios foram estendidos aos trabalhadores das empresas portuárias e marítimas. (ANDRADE; SOARES; JUNIOR, Londrina: Uel, 2001)

Essa nova estrutura previdenciária, implementada juntamente com a legislação trabalhista e sindical, formando o que alguns denominam “tripé”, institui um padrão verticalizado de relação do Estado com a sociedade civil e sacramenta o universo do trabalho como atinente á esfera de responsabilidade do Ministério do Trabalho. (Cohn, Elias, 1999, p.17).

Em relação ao seu funcionamento, constata-se um retrocesso dos IAPs e CAPs: a contribuição dos empregadores, que antes era um percentual sobre o faturamento da empresa, passa a ser um percentual sobre a folha de salários, ditando assim um regime da capitalização.

Para Hartz (2002), isso significa que essa política de Previdência Social converteu-se em um mecanismo de captação dos recursos dos trabalhadores, sob a forma de poupança forçada. Os bancários contavam com os benefícios que outros institutos não contemplavam (estabilidade com dois anos de serviço e aposentadoria com 25 anos de trabalho) e uma prestação de assistência médica bastante superior aos demais IAPs, enquanto que os industriários, apesar de vinculados ao instituto, viam os recursos serem drenados, em volume muito maior, para o investimento em setores básicos da economia.

Desenha-se, assim, um perfil de política previdenciária centralizada, burocrática e ineficiente que, a partir de 1946, se transformou num poderoso instrumento das classes assalariadas, com o processo de intensa mobilização e luta dos trabalhadores na busca de formas de organização não verticalizadas. Houve, assim, uma disputa entre o estado e os trabalhadores; enquanto um defendia a permanência das características clientelísticas, o outro lado reivindicava o controle da mesma, por financiarem-na quase na totalidade.

Com base em Andrade, Soares e Junior (2001), no pós-guerra as condições sociais no Brasil se agravavam cada vez mais com o aumento do desemprego. A assistência médica previdenciária, que até o fim dos anos 50⁴ não era tão importante, passa a assumir recursos mais significativos. Essas modificações foram causadas pela industrialização, que provocou

⁴ No ano de 1953 é criado o Ministério da Saúde, que na prática, apenas incorporou a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde, mantido com orçamento bastante escasso. (Andrade, Soares e Junior, 2001)

uma acelerada urbanização e assalariamento de parcelas crescentes da população, que passam a pressionar por assistência médica.

Porém, o aumento de benefícios não foi acompanhado pelo aumento das receitas, levando essa situação a uma crise no sistema previdenciário, passando o mesmo a ser deficitário.

Neste cenário, em 1960, é criada a lei orgânica da Previdência Social (LOPS), que propõe a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos (aposentadorias e pensões), quando também passa a ser assumida, como parte inerente da Previdência, a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários. Essa lei é promulgada sob forte pressão dos trabalhadores, que exigiam eficiência do sistema previdenciário.

A assistência preventiva à saúde mantém-se com a prática de campanhas, sendo criados vários serviços de combate a endemias. Reforça-se a dicotomia: Saúde Pública X Atenção médica individual, dentro do modelo Sanitarista Campanhista.

O sanitarismo campanhista significa uma visão de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, com criação de estruturas com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social. (Mendes, 1993, p.37)

I.II DA CONSOLIDAÇÃO DO MODELO MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA AO PROJETO NEOLIBERAL (MEADOS DE 1960 – 1986)

O golpe militar de 1964 implanta um projeto datado do ano de 1945, que tinha como objetivo a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Isso se concretizou no ano de 1967, com a criação do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social). A partir de então, aprofunda-se o perfil assistencialista da Previdência Social, agora imune a qualquer forma de controle por parte das classes assalariadas, assumindo uma maior presença pública, mas, uma

postura voltada à assistência médica. Os serviços médicos passam a ganhar importância e não mais as aposentadorias e pensões antes visadas. (Andrade, Soares e Junior, 2001).

Conforme Baptista (2005), no início da década de 70, os gastos com saúde dobraram de valor e o atendimento à população era centrado no ambiente hospitalar, garantido, porém, somente aos segurados do INPS, que deveriam comprovar o vínculo mediante a apresentação de suas carteiras de trabalho ou carnê de contribuição previdenciário. Ampliou-se a cobertura de assistência médica e contratação de serviços sem controle da previdência. A mesma autora ressalta que neste período os índices de saúde mostravam a situação alarmante em que vivia o país. A esperança de vida ao nascer era de 52,7 anos, enquanto as taxas de mortalidade infantil giravam em torno de 87,9 bebês por 1000 nascidos vivos. As doenças infecciosas e parasitárias constituíam uma das principais causas de óbito.

Cohn e Elias (1999) destacam que com o objetivo de contornar esses e outros problemas, em 1974, a Previdência Social assumiu, no interior do regime militar, espaço privilegiado com relação direta entre as massas trabalhadoras e o Estado. Pelo volume de recursos arrecadados e por ser um dos primeiros orçamentos da União, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com o intuito de contornar a crise política e econômica da previdência. Conforme Mendes (1993), integram este Ministério: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) além da Central de Medicamentos (CEME), como órgão autônomo ao MPAS.

Como consequência desse modelo de assistência, é viabilizado o crescimento de um complexo médico-industrial e hospitalar, bem como a proliferação de contratos de serviço com empresas privadas. Como afirma MENDES apud ANDRADE (2001 p. 33):

O sanitarismo campanhista, por não responder às necessidades de uma economia industrializada, deveria ser substituído por um outro modelo [...], construído concomitantemente ao crescimento e a mudança qualitativa da Previdência Social Brasileira.

Esse modelo, denominado por vários autores como modelo médico-assistencial e privatista, vigorou, hegemônico, dos anos 1960 até os meados de 1980 e caracterizou-se, segundo MENDES apud ANDRADE (2001), por:

- Privilegiar a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- Criar um complexo médico-industrial privado, orientado para geração de lucro,
- Ter como base um tripé, no qual o estado é o grande financiador do sistema e prestador de serviços à população não integrada economicamente.
- Ter o setor privado nacional como prestador de serviços da assistência médica e o setor privado internacional como produtor de insumos (equipamentos biomédicos e medicamentos).

Ainda na década de 70, Andrade, Soares e Junior (2001) destacam a crescente discussão pela busca de reformas das políticas de saúde, surgindo a partir daí a Reforma Sanitária⁵, que integra o movimento de oposição ao golpe militar de 1964. Nessa década, também, surge o conceito de Atenção Primária a Saúde (APS), sistematizado pelo congresso de Alma Ata,

⁵ A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos políticos-jurídicos, político-institucional e político-operativo para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. (Mendes, 1993, p.43).

promovido pela Organização Mundial da Saúde, e por ela difundido para os países em desenvolvimento. Congresso no qual os países participantes reconhecem a atenção primária e a participação comunitária como estratégias para a conquista da meta (saúde para todos no ano de 2000).

A Atenção Primária a Saúde foi definida como atenção essencial a saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integrante do sistema de saúde de um país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE apud STARFIELD, 2002).

Esse projeto incorpora os pressupostos de hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão de coberturas dos planos de saúde.

A conferência trouxe um enfoque para o campo da saúde, colocando a meta Saúde para Todos no Ano 2000 e recomendando a adoção de um conjunto de oito elementos essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (Czeresnia e Freitas, 2003, p.24).

No início dos anos 80, com o regime militar ainda firme, é apresentado o chamado “Pacote da Previdência” que, dentre outras medidas, institui o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e lança o plano CONASP, tendo como principal estratégia as Ações Integradas de Saúde (AIS) e a criação das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH). De acordo com Cohn e Elias:

As AIHs permitem maior controle sobre o setor privado que não deixa de resistir aos limites impostos à sua lucratividade, e que até então era impune, apontando que isso representará uma diminuição na qualidade de atendimento, elevará a altas precoces dos pacientes. (1999, p. 46)

Ainda ,conforme Cohn e Elias, as AIS constituíram-se em um projeto formalizado entre os Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação, no qual buscavam reorganização institucional da assistência à saúde, objetivando evitar ações paralelas e simultâneas entre as instituições sanitárias. Os princípios da AIS eram:

- Universalidade do atendimento,
- Integralidade e equidade da atenção,
- Regionalização e hierarquização dos serviços,
- Descentralização das ações e do poder decisório,
- Democratização através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários,
- Planejamento e controle efetivo pelo setor público sobre o conjunto do sistema, incluindo os setores filantrópicos e privados.

Isso significava que as Prefeituras iriam receber recursos federais, mediante pagamento por serviços prestados realizados pelos municípios.

Apesar de todos os problemas em sua implantação, as AIS significaram avanços consistentes no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais. (Lima; Gerschman et al, 2005, p.76)

Com a evolução da estratégia de mudanças na política de saúde do país através do Decreto nº. 94657, de 20 de Julho de 1987, é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Este tinha o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS.

As principais conseqüências do SUDS foram a concentração de poder nas Secretarias Estaduais de Saúde e início do desmonte do INAMPS.

I.III A REFORMA SANITÁRIA E A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE –SUS (1986 AOS DIAS ATUAIS)

É, na década de 1980, que o país vive seu período de transição democrática. Com o fim da ditadura, inicia-se a Nova República e, com ela, a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo objetivo era discutir os rumos da política de saúde no Brasil. Realizada, em 1986, em Brasília, tinha o intuito de discutir uma nova proposta de estrutura e de política de saúde nacional. Cerca de 5000 pessoas, entre dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais, populares e trabalhadores, se fizeram presentes. Foi discutida, durante a Conferência a situação da saúde, no país, e aprovado um relatório, que constituiu o projeto de Reforma Sanitária de Saúde Brasileira. (Andrade, Soares e Junior, 2001).

Nesse evento, ficou estabelecido que “a saúde é direito de todos e dever do estado”, passando pela definição de que “as ações e serviços de saúde são de relevância pública”. Assim, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme Conh e Elias:

Constituir, portanto, a saúde “um direito de todos e dever do Estado” implica enfrentar questões tais como a de a população buscar a utilização dos serviços públicos de saúde tendo por preferência a sua proximidade, enquanto para os serviços privados a referência principal consiste em “ter direito”. (1999, p 55).

A partir da nova Carta Constitucional de 1988 é selado não mais um sistema de seguro social e sim um sistema de seguridade social, que contempla a saúde como um direito social e dever do estado, prevendo a estruturação do SUS, universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos. Com base nessa Lei, e também nas Leis 8080/90 e 8142/90, o SUS passa a ser organizado, considerando as seguintes diretrizes:

- Descentralização com a fixação das direções pelas esferas de governo (Federal Estadual e Municipal);
- Atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e as assistenciais;
- Participação da comunidade, através de conselhos e conferências (no sentido daquele controle exercido pela sociedade);

Além destas, ficaram também definidos seus princípios:

- Equidade;
- Participação de população e trabalhadores de saúde no processo decisório e no controle dos serviços;
- Descentralização com a idéia de multiplicar os centros de poder, principalmente a municipalização;
- Universalização no sentido de igualdade no acesso aos serviços;
- Integralidade com a intenção de superar a dicotomia entre serviços preventivos X curativos, visando à prevenção e promoção de saúde.

O detalhamento dessas diretrizes e princípios, bem como as modalidades operacionais previstas para este sistema, foram regulamentados pelas leis ordinárias 8080 de 1990 e 8142 de 1990 e por Normas Operacionais Básicas (NOBS). A legislação trata a responsabilidade das três esferas, sendo de competência da esfera federal a formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normalização, a avaliação e o controle de abrangência nacional. Cabe a esfera Estadual a formulação da política, a coordenação e o planejamento do sistema de saúde na esfera Estadual. A esfera municipal compete à formulação da política municipal de saúde, a provisão das ações e serviços de saúde. Como cita Schwartz:

Em uma abordagem clássica, os direitos sociais inscrevem-se entre os direitos a ações positivas do estado, em contraposição aos direitos fundamentais do homem, entendidos como liberdades públicas, direitos a ações negativas do Estado, fazendo com que carta corrente doutrinária desqualifique-os como verdadeiros direitos, entendendo-os como simples garantias institucionais. (2001, p. 58).

Os problemas relativos à estruturação e funcionamento do SUS são muitos e variados:

- A descentralização ocorre de modo limitado e limitante.
- O financiamento continua pendente em termos quantitativos e qualitativos.
- O controle social busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para ações de cidadania.
- Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade.

O desafio está em como compatibilizar as lógicas do direito individual e coletivo, presentes no sistema de proteção social brasileiro, numa sociedade marcada por profundas desigualdades e que demanda, com urgência, a construção de novos padrões de solidariedade, para que, de fato, o sistema de proteção social no Brasil ganhe uma lógica redistributiva e garanta a saúde, como direito de todos os cidadãos.

Toda essa mudança implica na necessidade de o Ministério da Saúde, como o coordenador do processo de descentralização, sofrer uma reformulação, no sentido de capacitar-se, para estabelecer um núcleo mínimo de procedimentos que os Estados devem obedecer e, assim, garantir que os repasses do recurso de nível federal para o estadual, e deste para o municipal, não sejam regidos por interesses políticos. Isso acarretaria a implementação de uma nova ordem no setor da saúde, que fosse ao encontro dos interesses e necessidades da população.

Nesse sentido, o SUS assegura também a participação popular através da criação e estruturação dos Conselhos de Saúde⁶ nas esferas Nacional, Estadual e Municipal, composto

⁶Órgão colegiado composto por representante do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente. (Lei 8142/90, Art.1º, § 1º e 2º).

por representantes do governo e da sociedade (usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços), e também das Conferências de Saúde⁷.

Conforme Cohn e Elias: "Assim ao referir-se de forma mais ampla ao Sistema de Saúde, imagina-se uma gama imensa de instituições sociais voltadas para o benefício da saúde" (1999, p.65).

Com a criação dos Conselhos de Saúde, a população passou a ter direito de fiscalizar as ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde. Porém, os conselhos ainda não estão implantados em todo país e a dificuldade encontrada está em aprender a usar a democracia, a participação da sociedade e do controle social.

De acordo com a Resolução 333 de 2003, os Conselhos de Saúde deverão ser formados por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% prestadores de serviços e Governo. Dentre suas atribuições, destacam-se:

- Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, vinculando-se com as três esferas de governo;
- Traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde;
- Propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolução do sistema de saúde;
- Examinar propostas e denúncias, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do colegiado;
- Fiscalizar a movimentação de recursos repassados ao Fundo de Saúde;
- Estimular a participação social no controle da administração do SUS;
- Propor critérios para a execução orçamentária do fundo de saúde, acompanhando a movimentação dos recursos;

⁷ São Foros com representação dos vários segmentos sociais que se reúnem a cada dois ou quatro anos, "para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde". Devem ser realizadas em todas as esferas de governo. (Lei 8142/90, Art.1º, § 1º e 2º).

- Opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde.

Sendo assim, o controle social consiste em um importante canal institucional de participação da gestão governamental, com a presença de novos sujeitos coletivos nos processos decisórios, não se confundindo com os movimentos sociais que permanecem autônomos em relação ao Estado. É um campo em construção com múltiplas possibilidades de organização autônoma da sociedade civil, por meio das organizações independentes do Estado, com associações de moradores, conselhos de saúde, associação de docentes e grupos de mulheres, as quais poderão confluir ou não suas intervenções para uma atuação direta, junto aos órgãos de controle previstos em leis.

O desafio de fazer o SUS está posto e exige que as políticas macroeconômicas se articulem com as políticas sociais, com a saúde e a educação. Conforme Benevides e Passos:

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para qualificação nas práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime, com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com o avanço na democratização da gestão e no controle social participativo. (2005, p.553)

Sem tratar com prioridade o combate à pobreza e à exclusão social, nenhuma política de saúde, isolada, será capaz de enfrentar o conjunto de necessidades sociais básicas atuais. É preciso compreender que a noção de sistema pressupõe a existência de partes, não só articuladas entre si, mas, principalmente, que funcionem como estruturas organizadas. Assim, pode-se imaginar uma gama imensa de instituições sociais voltadas para o benefício da saúde.

I.IV O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PACS/PSF) ENQUANTO ESTRATÉGIAS DO SUS: SITUANDO O SUJEITO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O primeiro embrião da nova modalidade de prestação de assistência à saúde, voltado para os desafios impostos pelo SUS e pela necessidade de mudança no modelo de atenção foi

lançado em 1991, com a implantação do PACS, em que a necessidade de ampliação de competências resultou na criação do PSF em 1994, Portaria MS 1886 de 18 / 12 / 1997.

O Programa de Saúde da Família foi idealizado em 1993 e oficializado em 1994, mas sua expansão nacional efetiva ocorreu a partir de 1995. Sua equipe é composta minimamente por médico, enfermeira, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS responsáveis pelo acompanhamento de uma população adstrita de até no máximo 4500 pessoas. (Silva, Joana A; Dalmaso, Ana S. W., 2002).

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (Brasil, Ministério da Saúde, 2000).

MARQUES elucida que:

(...) invertem-se as relações entre sujeito e objeto, com o domínio do sujeito sobre os objetos que ele representa e configura... O homem conhece o mundo ao transformá-lo. (...) Na configuração da sociedade moderna, os interesses particulares assumem caráter e importância pública. (pág.11, 1993).

O PSF incorpora e reafirma os princípios e diretrizes básicas do SUS ao substituir o modelo tradicional, ou seja, levar a saúde para mais perto da família, visando melhorar a qualidade de vida da comunidade. Além disso, procura deslocar o centro do cuidado na doença e privilegiar a saúde enquanto qualidade de vida. Tem se expandido, sobretudo, em áreas onde ainda não existem centros de saúde bem estruturados, proporcionando acesso a todos. Um desafio central do programa é mostrar sua capacidade de integração, com serviços locais de saúde bem estruturados e que não é apenas uma proposta de atuação simplificada e barata para áreas rurais e pobres do país. (VASCONCELLOS 2001, p.174).

É uma estratégia inovadora que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e famílias de forma integral, contínua e pró-ativa. Um dos aspectos que contribuíram para a implantação do PSF foi a falta de iniciativas bem organizadas, estruturadas e fundamentadas nas crenças e valores das comunidades atendidas pelos serviços

de saúde, o que resultou em um distanciamento entre o desejado pela comunidade e o obtido pelo serviço de saúde.

O atendimento das reais necessidades da população exigiu que fosse desvinculado o procedimento tradicional cristalizador, adotando-se uma interação inovadora, contextualizada com as crenças e valores das famílias deste cenário social e político. A atenção centra-se na família atendida e situada a partir do seu ambiente físico e social, com suas crenças e valores, estabelecendo a compreensão do processo saúde-doença, em um território definido geográfica e administrativamente.

Assim, a assistência à família, como a unidade de cuidado à saúde, implica em conhecer como a mesma cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços em partilhar responsabilidades. Como os membros da família são interconectados e dependentes uns dos outros, no momento em que ocorre qualquer alteração na saúde de um deles, todos os demais são afetados e a unidade familiar, como um todo, é alterada. Certamente, o funcionamento da família influencia na saúde e no bem estar de seus membros; assim, ela afeta a saúde do indivíduo, que se reflete na da família.

O cuidado da saúde da família tem como proposta ajudá-la a criar novas formas de interação para lidar com a doença, dando novos significados para a experiência nesse sentido, conhecer o que a família pensa sobre as causas do problema e as possibilidades de cura; enfim, ajudá-la a modificar crenças que dificultam a implantação de estratégias para lidar com os cuidados solicitados pela pessoa enferma.

Um dos requisitos para a mudança é abordar as famílias através do acolhimento, um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. Dessa forma, não se limita ao ato de receber, mas a uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Acolher não significa a solução completa dos problemas, mas envolve a escuta, a

valorização das queixas, a identificação das necessidades, independentemente de ser em âmbito individual ou coletivo.

Para alcançar os objetivos e finalidades propostas, é preciso uma equipe formada, no mínimo, por um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um médico generalista e agentes comunitários de saúde⁸ (Portaria n° 1.886, de 22 de Dezembro de 1997).

O trabalho em equipe multiprofissional é necessário, já que o atendimento proposto é integral, com a garantia da troca de informações para o desenvolvimento de uma ação de qualidade, na atenção à saúde das famílias. A prática de registrar informações em prontuários de famílias é um método que proporciona o conhecimento mais efetivo e organizado das demandas e soluções executadas pelos diferentes componentes da equipe envolvida, mas é preciso ,também, estar atento e garantir a confidencialidade dos registros, a fim de evitar riscos adicionais.

A equipe de saúde deve conhecer a realidade das famílias, identificar seus problemas e riscos bem como elaborar, junto à comunidade, planos para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença. Segundo Sabóia:

Todos os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, dentista, educador, visitador, auxiliar de enfermagem e agente de saúde) podem e devem desenvolver ações educativas em saúde em todo e qualquer contato com a população, dentro e fora da unidade de saúde. A educação em saúde, por ser um dos componentes das ações básicas de saúde, deve ser entendida como uma postura, um dos compromissos com a realidade de saúde da população da área de abrangência do profissional e como compromisso de qualidade no atendimento. (2003, p.32).

A equipe do PSF direciona suas ações a partir das informações geradas pelos agentes de saúde, que devem pertencer a própria comunidade, e estarem preparados para orientar as

⁸ A profissão de agente comunitário de saúde caracteriza-se pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste. (Lei n° 10507 de 10/07/2002).

O agente de saúde funciona como elo de ligação entre a equipe e a comunidade. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos distintos: o saber científico e o do saber popular. (Brasil, Ministério da Saúde, Caderno de atenção básica 1, 2000).

famílias a cuidarem de sua própria saúde e da saúde da comunidade. A Portaria nº 1.886, de 22 de Dezembro de 1997, determina que o agente de saúde deve apresentar certas características como: conhecer bem a comunidade onde vive; ter espírito de liderança e solidariedade; idade mínima de 18 anos; saber ler escrever; residir na comunidade há pelo menos dois anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades e deve receber, pelo menos, um salário mínimo.

O agente comunitário de saúde atende uma população previamente definida (território) constituída de, no máximo, 750 pessoas, devendo ter conhecimento do mapeamento do território com identificação das áreas de risco e localização das famílias. São realizadas visitas domiciliares , no mínimo, uma vez por mês e execução de ações coletivas com grupos, visando à participação de todos na resolução de seus problemas e no alcance dos objetivos. Além disso, há atividades intersetoriais, vinculadas a processos de sensibilização das famílias, para os aspectos educativos de seus filhos e para a cidadania e direitos humanos, sempre supervisionados por uma enfermeira.

O papel do agente é de suma importância no serviço de saúde, pois este é responsável pela aproximação da comunidade ao atendimento, além de proporcionar conhecimentos da realidade local. O agente tornou-se um ator político no cenário da assistência à saúde, também pelo fato de levar a equipe multiprofissional a executar ações diretas na comunidade, envolvendo-a em uma atenção de qualidade aos usuários.

CAPITULO II A CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONSTRUINDO SABERES

“A construção do saber se dá em estreita vinculação com as práticas sociais”.
Therrien, 1997

A profissão de agente comunitário de saúde foi criada pela Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002, com exercício exclusivo ao SUS e supervisionado pelo gestor local de saúde. O desafio está em preparar estes profissionais para enfrentarem situações eficazmente apoiadas em conhecimentos, mobilizando um conjunto de recursos como saberes, habilidades e informações oferecidas e compartilhadas por toda a equipe de maneira responsável. Como destaca Paulo Freire:

A liderança de um grupo não está obrigatoriamente nas mãos de um chefe. Se cada um espera que o outro faça as tarefas por ele, isso se transforma em acomodação, e a liderança se constitui em dominação. Todos os participantes do grupo, cada um com suas limitações, devem participar da liderança (1987, p.69).

As ações de saúde não implicam somente em prescrições e avaliação terapêutica. O trabalho de seus agentes repercute no sentido de disponibilizar ao indivíduo meios para manter ou recuperar seu estado de saúde. Sua atuação está relacionada à compreensão dos fatores orgânicos, psicológicos, sócio-econômicos e espirituais da comunidade em questão, que asseguram o seu bem viver e são mais amplos que a doença em si; partem da concepção positiva do processo saúde-doença e de uma visão ampliada da clínica, considerando os indivíduos como implicados numa rede de relações e de responsabilidades.

O compromisso dos agentes está em manter sua comunidade atenta a possíveis desencadeantes das doenças, em estimular as pessoas a manterem uma qualidade de vida

melhor, a partir do processo de educação em saúde. E, nos casos em que se precisa da intervenção de um dos profissionais da equipe multidisciplinar, deve realizar a ponte entre comunidade e serviços de saúde.

Mesmo considerando esse fato como positivo, questiono, diante das propostas defendidas pelo PSF, se os agentes comunitários de saúde estariam sendo capacitados para atuar em sua realidade, considerando os clientes como sujeitos, incentivando-os a exercerem sua cidadania plena. Ou estariam apenas reproduzindo um mesmo modelo com nova roupagem, em que estes mesmos sujeitos continuariam tutelados pelo Estado, incapazes de mobilizar estratégias para a resolução de suas necessidades e transformação de sua realidade de saúde a partir do processo educativo.

A educação em saúde, método utilizado pelos agentes, é descrita por Campos:

A educação em saúde também é um meio de trabalho, mais útil quando se trata de fazer circular a informação e de modificar hábitos, valores ou a subjetividade de agrupamentos... A educação em saúde mais do que difundir informações, busca ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre a sua subjetividade. (2003, p.35).

Já Sabóia refere que:

(...) a racionalidade moderna, aplicada às práticas de saúde, favorece a sujeição do cliente, na medida em que adota atitudes autoritárias, controladoras, com tendência a deter o saber, a não democratizar o conhecimento, culpabilizando-o por sua ignorância. Assim, as práticas educativas estariam subjetivando o indivíduo. (pág.13, 2003)

Para Therrien (1997), a educação é uma prática ligada aos fenômenos básicos da sociedade, tais como a produção, a reprodução e a transformação social. As práticas educativas revelam as contradições do ato pedagógico que, ora servem como ação libertadora, ora como ação mitigadora de controle e dominação.

O sucesso da educação em saúde depende muito do vínculo entre as equipes de saúde e as famílias; quanto mais impessoal e burocrático o sistema, mais aumenta a dependência das

peessoas, e essa não é a intenção do serviço dos agentes. O objetivo é libertar as pessoas e fazer com que elas se sintam seguras, frente aos possíveis problemas relacionados ao seu bem-estar. A educação em saúde estimula o auto-cuidado e aumenta a capacidade das pessoas serem terapeutas de si mesmas, sem ,com isso ,excluir a responsabilidade do Estado.

Campos ressalta:

Estimular o auto-cuidado... Considerar cada grupo como agente de saúde da sua família e de sua comunidade. Partilhar conhecimentos de saúde com os pacientes e grupos, estimulando posturas saudáveis. Descobrir dentro da própria comunidade pessoas ou grupos de cuidadores que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos: voluntários que apoiem os idosos, vizinhas que ajudem mães sobrecarregadas, etc..." (2003 p.72).

A formação e o desenvolvimento destes profissionais devem proporcionar a capacidade de realizar atividades de prevenção de doenças e a promoção da saúde, por meio de ações educativas, tanto em domicílios quanto em coletividade, conforme as diretrizes do SUS. "Os agentes de saúde serão preparados e contratados como profissionais técnicos em Saúde Pública (não como auxiliares de enfermagem), ampliando a capacidade das unidades básicas de saúde agirem na comunidade e nos domicílios" (CAMPOS, 2003, p.161).

Compete ao agente de saúde mobilizar e articular atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação em saúde à população. Torna-se imprescindível,então, uma prática educativa que se oriente numa perspectiva de intercâmbio de saberes, com vistas à socialização do conhecimento sobre a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde.

Um dos principais referenciais utilizados pelo Ministério da Saúde para a capacitação dos agentes comunitários é Paulo Freire (1987), que afirma ser impossível ensinar sem conhecer a realidade vivida pelo grupo com o qual o educador vai trabalhar. É preciso obter os elementos básicos do processo de educação, dispor de determinados instrumentos e experiências.

O diálogo, para Paulo Freire, é uma relação de comunicação e de intercomunicação, que gera a crítica e a problematização (muito preconizada para as capacitações dos agentes de saúde) já que ambos os parceiros podem perguntar. Quem dialoga, dialoga com alguém e sobre algo. O conteúdo dialógico é justamente o conteúdo programático da educação. Na busca deste conteúdo, o diálogo deve estar presente e, para Paulo Freire, a palavra constitui-se como mais do que um meio para que o diálogo se efetue.

De maneira esquemática, pode-se dizer que o "Método Paulo Freire" consiste de três momentos dialética e interdisciplinarmente entrelaçados:

a) a *investigação temática* pela qual aluno e professor buscam, no universo vocabular do aluno e da sociedade, onde ele vive as palavras e temas centrais de sua biografia;

b) a *tematização* pela qual eles codificam e decodificam esses temas; ambos buscam o seu significado social, tomando assim consciência do mundo vivido; e

c) a *problematização* na qual eles procuram superar uma primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido.

Em sua obra *Pedagogia da Autonomia*, Paulo Freire (1996) refere que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção”. Nesse sentido, Franco destaca que “[...] a educação dar-se-á de forma permanente onde sujeitos estão em contínua e dialética formação, evoluem por contradição interna, não de modo determinista, mas pela intervenção dos homens mediados pela prática” (2003 p.15).

Corroboram com Franco, autores como Tardiff e Therrien, que identificam em suas pesquisas com professores, a existência de um saber social⁹, gerado nos processos de trabalho e nas relações de produção; um saber produzido na prática política; saber apropriado através da mediação dos agentes e dos processos educacionais.

⁹ Saber social definido como um conjunto de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes produzidos pelas classes, para dar conta de seus interesses (GRZYBOWSKI apud THERRIEN, 1997, p.24).

Porém, Wright (1987) considera que há um distanciamento entre a concepção teórica da atividade do agente, com base na problematização e sua prática na comunidade, deixando claro que há distorções entre a teoria e a prática do trabalho analisado, do ponto de vista das comunidades assistidas.

A concepção de saúde concebida como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, sempre interagindo com a equipe de saúde e outros indivíduos, grupos e coletividade, ainda precisa ser efetivada.

Pensando na singularidade e especificidade do trabalho do agente, foram construídas competências específicas, que fazem parte do perfil profissional desse trabalhador. O enunciado das competências evidencia quais são as capacidades básicas necessárias para a realização de certas atividades, num determinado contexto técnico-profissional e sócio-cultural.

É indispensável uma reflexão acerca do processo de capacitação, questionando-o quanto ao sistema pedagógico utilizado e a aprendizagem propiciada. É preciso gerar, no agente, mudanças no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformando sua prática, a partir da geração de problematizações. Estas, não de forma isolada e abstrata, mas no concreto do trabalho da equipe, constroem novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde.

Nesse sentido, entende-se que a prática pedagógica¹⁰ presente na capacitação dos agentes de saúde pode estar refletindo a própria formação do enfermeiro, que supervisiona o programa, sendo reproduzida na comunidade em que o agente atua, pois estes são os

¹⁰ A pedagogia se ocupa do estudo sistemático da educação, da prática educativa que se realiza na sociedade. É uma reflexão teórica a partir e sobre as práticas educativas (LIBANEO, 2002, pág.34). Por fundamentos da pedagogia entendemos as atividades pelas quais os agentes educativos esforçam-se em justificar e em legitimar seus discursos e suas práticas (TARDIF, 1997, p.35).

responsáveis pela formação desses sujeitos e carregam seu discurso de um significado pedagógico que precisa ser considerado. Este significado pedagógico, muitas vezes, está impregnado da racionalidade técnica do modelo biomédico.

Carvalho descreve a capacitação, dizendo: “a nova promoção de saúde pretende capacitar e (ou) possibilitar (“enable”) que indivíduos e coletivos se preparem para responder, de forma criativa, aos desafios biopsicológicos e sociais da vida social” (2005, p.62).

Estar-se-ia, então, modelando o comportamento humano, a partir da utilização de determinadas técnicas, que desconsideram a interação entre o meio (cultural, social e natural) das comunidades atendidas e o dos agentes comunitários de saúde?

Esse é um grande desafio da equipe de saúde, a produção de auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado, colocando-se eticamente em discussão, responsabilizando-se a partir da Educação Permanente, pelas ações, respeitando a organização familiar e seu entorno, procurando questionar e mostrar alternativas pra melhorar a qualidade de vida e de saúde da comunidade.

De acordo com Ceccim:

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia pedagógica para a experiência da problematização e da intervenção de problemas. Para o setor da saúde esta estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas á intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva (2004 p.175).

A Educação Permanente não está intencionada somente para a atualização de práticas, mas também para a construção de relações que vão desde o interior das equipes, passando pela comunidade assistida, até o questionamento acerca das políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. Proporciona mudanças na formação e atuação dos profissionais, fomentando a análise das construções pedagógicas disponibilizadas e aplicadas pelos mesmos.

Esta é uma estratégia do Ministério da Saúde para transformar as práticas de formação, baseando-se na aprendizagem significativa, em que:

A aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente de aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências (Ministério da Saúde, 2005, p.11).

A educação permanente, como o próprio nome já diz, acontece no cotidiano e atua como aprendizagem-trabalho; é feita a partir de problemas detectados, enfrentados na realidade e sempre leva em consideração os conhecimentos e experiências que as pessoas já têm.

O processo de educação aos profissionais deve ser de acordo com as necessidades de saúde da população assistida. A proposta de Educação Permanente é, justamente, capacitar os profissionais de acordo com as observações dos problemas ocorridos no dia-a-dia do trabalho e que precisam ser solucionados, fazendo com que os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

Para o Ministério da Saúde “a proposta de educação permanente parte de um desafio central: a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modos descentralizados, ascendentes e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes” (2005 p.12), o que está em sintonia com as propostas defendidas por Paulo Freire.

É preciso trabalhar com esses profissionais com o intuito de fazer com que as pessoas se sintam autônomas para viver a vida, tenham condições dignas de agir em relação a sua saúde e bem estar e não ser cada vez mais dependentes dos profissionais que as assistem.

Carvalho complementa:

Para que o indivíduo ou um coletivo tenha saúde, a Nova Promoção da Saúde preconiza como necessário que eles sejam capazes de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, transformar e (ou) desenvolver mecanismos de adaptação ao meio ambiente. (2005, p. 58).

Sabóia demonstra o problema da prática educativa neste relato:

O problema torna-se evidente na prática educativa em saúde, quando se percebe que a maioria dos clientes desconhece o próprio corpo, pois eles foram condicionados a pensar que apenas os profissionais de saúde conhecem as causas de seus problemas e que, somente com a intervenção da terapêutica apoiada na ciência e no correspondente aparato tecnológico ficarão bons (2003, p.19).

O Ministério da Saúde (2005) refere, ainda, que a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento de um ciclo permanente de ensinar e aprender, cada um contribuindo com suas experiências e realidades diferentes. O trabalho em equipe é importante, para se discutir os diversos saberes e dar conta das necessidades de saúde de cada pessoa e das suas coletividades. A importância da educação permanente em saúde é tamanha, que foram implantadas novas leis normatizadoras dessas ações nos serviços de saúde.

A portaria nº 399/GM (22 de fevereiro de 2006) procura promover uma nova orientação para a formação dos profissionais da saúde, inclusive os agentes comunitários de saúde. Essa articulação envolve as três esferas de governo e tem como objetivo desenvolver estratégias de educação permanente.

Já, a portaria nº 648/GM (28 de março de 2006) trata da responsabilidade das secretarias municipais e estaduais quanto à educação permanente. O objetivo é disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos, que facilitem o processo de capacitação e educação permanente.

Todas as discussões e mudanças de leis acerca do processo de capacitação e educação permanente visam oportunizar, também aos agentes comunitários, uma libertação no seu cotidiano. São estratégias que procuram tornar esses profissionais independentes e seguros, em seus desafios diários.

CAPÍTULO III ENFIM, O OLHAR DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A DIMENSÃO EDUCATIVA DE SUA CAPACITAÇÃO.

Os dados obtidos com a pesquisa foram colhidos através de entrevista junto aos seis agentes comunitários de saúde (ACS), que compõem a equipe do programa de saúde da família (PSF), implantada e em atuação há pelo menos doze meses, em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, integrante da área de abrangência da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde.

O Município onde atuam os agentes dista 450 km de Porto Alegre, capital do Estado, possuindo uma população de aproximadamente 80.000 habitantes, em 2006 (IBGE/DATASUS-). Sua estrutura organizacional de saúde conta com uma rede de vinte e três Unidades Básicas de Saúde, sendo 11 na zona urbana e 12 na zona rural e uma equipe multiprofissional composta por 208 servidores qualificados (Relatório Municipal de Gestão/2006), alguns com estudos concluídos a nível médio e outros superior. Os funcionários estão lotados na Secretaria Municipal de Saúde, que dispõe também de um serviço de pronto atendimento e de transporte, para pacientes que necessitam ser referenciado a outros municípios.

Para atendimento a nível terciário, conta com três hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS, além de recursos de apoio diagnóstico, como laboratórios, clínicas privadas e de radiologia. Um destes hospitais é considerado pólo regional, sendo referência para os municípios da região da 12ª CRS. Cabe ressaltar, que o modelo de gestão da saúde implantado no município é o de gestão plena de atenção básica (NOAS-SUS /02).

Com a implantação do PACS e mais tarde do PSF, o município, hoje, dispõe de uma radiografia da situação de saúde da população atendida por estas estratégias através do cadastramento das famílias. Com isto, iniciou-se um paulatino processo com foco na prevenção.

Atualmente, existe uma equipe do PACS atuando no município sob supervisão de uma enfermeira e 5 equipes de PSF (cada uma com sua equipe mínima). O número de ACS em atuação no PACS é de 16 e estes acompanham cerca de 7 mil pessoas. Embora se disponha de trinta microáreas, hoje 14 destas estão descobertas, pois demandam de processo seletivo para provimento das vagas. Já o PSF tem um total de 29 ACS em atuação, e estes acompanham cerca de 16 mil pessoas. Estas equipes foram implantadas em diferentes momentos, tendo variação no seu tempo de funcionamento, que vai de dois meses até um ano de atuação. Definiu-se como critério de seleção do campo de estudo, equipes com pelo menos doze meses de atuação (tempo suficiente para terem experienciado várias capacitações).

Antes da realização das entrevistas, junto à equipe que respondia ao critério estabelecido, o roteiro foi submetido ao pré-teste com objetivo de verificar a adequação de suas questões e aprimorá-las. Este teste foi efetuado junto a ACS da equipe do PACS, em hora e local previamente agendados com a enfermeira responsável e de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Foram cumpridos todos os preceitos éticos também com este grupo. Como pesquisadora, fui bem recebida; não houve nenhum tipo de constrangimento ou negativa dos agentes de saúde em responder a qualquer pergunta ou mesmo em participar da entrevista.

Ao término desta etapa, agendei as entrevistas com a equipe definitiva, que foram efetuadas individualmente e reservadamente, em hora e local estabelecido pelo agente de saúde. Cada uma das entrevistas durou em média uma hora e contou com o total

envolvimento dos agentes, que demonstraram receptividade com a pesquisadora e interesse em participar.

Após a realização das entrevistas e transcrição das falas, procedi à análise das mesmas, utilizando a técnica de análise de conteúdo Minayo (2004), em que os dados foram agrupados por semelhança temática. A tabela 1 caracteriza os entrevistados quanto ao sexo, idade, escolaridade e tempo de atuação como agente comunitário de saúde e no programa de saúde da família.

Tabela 1. Caracterização dos agentes comunitários de saúde de uma equipe do programa de saúde da família entrevistados em um município da área de abrangência da 12ª CRS, quanto ao gênero, idade, escolaridade, tempo de atuação como agente e no PSF, 2005.

Característica	Boitató	Caipora	Curupira	Cuca	Saci-perere	Iara
Gênero	F	F	M	F	F	F
Idade	40 anos	21 anos	44 anos	58 anos	23 anos	28 anos
Escolaridade	EM	EM	EM	EM	EM	EM
Atuação - ACS	1 ano	1 ano	7 anos	9 anos	1 ano	1 ano
Atuação PSF	1 ano	1 ano	1 ano	1 ano	1 ano	1 ano

Legenda: F: feminino; M: masculino; EM: Ensino Médio. **Fonte:** LOPES, Márcia W. P.; Orientadora: PANSERA-de-ARAÚJO, M. C – Olhar do agente comunitário de saúde de uma equipe do programa de saúde da família sobre a dimensão educativa de sua capacitação. Mestrado de Educação nas Ciências – UNIJUÍ- Ijuí/RS 2005.

Constatarei, em relação ao gênero, a predominância da atuação de mulheres como agente de saúde. Para Dias (1991), este fato pode estar relacionado com a forte ligação entre mulheres e saúde, visto que estas, muitas vezes, têm como atribuição dentro do lar a execução de tarefas referentes à manutenção e recuperação da saúde dos membros da família. Essa questão é relevante e gera várias repercussões na constituição profissional e na maneira de atuar, podendo ser amplamente discutida. No entanto, não é o objeto de análise desta dissertação; por isso foi apresentada apenas uma das tantas explicações possíveis para o resultado encontrado.

A faixa etária oscila entre 23 a 58 anos, enquanto a escolaridade está acima da exigida para o trabalho (Ensino Fundamental - Lei 10507/02). Evidencia-se também que, a maioria dos integrantes da equipe tem pouco tempo de atuação na função (um ano). Porém, dois deles já acumulam uma experiência de mais de cinco anos de atividade, o que fez com que, constantemente, fossem questionados pelos mais jovens sobre os problemas encontrados. É possível reconhecer que o saber da experiência destes últimos foi freqüentemente mobilizado pelos mais jovens na função.

Os agentes comunitários de saúde apresentaram vários motivos para a escolha da profissão, como podem ser percebidos nas suas falas.

Ah! Porque eu no futuro gostaria de fazer um técnico em enfermagem né! Por que eu gosto de lidar com o povo, de trabalhar sobre saúde, assim! Ai eu fiz para poder entrar na área de enfermagem. (Boitatá,2005)

Fig 1- Figura de Boitatá



Desenho de Mateus W. Paganotto Lopes, 9 anos

Ah! Porque eu acho que a área da saúde é uma área muito interessante, né! Ai "pintô" o concurso, né! Ai eu aproveitei e fiz. E to bem interessada. Eu pretendo fazer uma faculdade na área de enfermagem. (Caipora,2005)

Fig 2 - Figura de Caipora



Desenho de Mateus W. Paganotto Lopes, 9 anos

Porque eu já trabalhava em projetos sociais. Eu já trabalhava com a pastoral da criança, por exemplo, tinha vários trabalhos nessa área social. Eu achava que como ACS eu poderia fazer ainda mais pela comunidade, pelas crianças principalmente. Daí eu decidi assim meio por acaso, e quando saiu as vagas eu fui pedir informação daí eu vi a oportunidade, fiz a inscrição e acabei passando na seleção e foi assim que eu comecei. (Curupira, 2005)

Fig. 3 – Figura de Curupira



Desenho de Mateus W. Paganotto Lopes, 9 anos

Ah! eu já trabalhava com a pastoral da saúde e com as comunidades também dava assistência quando as pessoas precisavam. Daí é uma coisa que eu sempre gostei. Fazia voluntariamente. Quando surgiu a possibilidade de fazer o concurso para ACS eu pensei que poderia ser uma oportunidade de fazer mais pela comunidade. (Cuca,2005)

Fig. 4 – Figura de Cuca



Desenho de Mateus W. Paganotto Lopes, 9 anos

Bom, a principio eu trabalhava na área de educação. Eu tinha um contrato com o município e daí terminou meu contrato e eu fiquei sem emprego. E aí abriu a seleção e eu já tinha experiência em trabalho com a comunidade e consegui. (Saci-pererê,2005)

Fig. 5 – Figura de Saci-perere



Desenho de Mateus W. Paganotto Lopes, 9 anos

Bem! eu resolvi porque a minha mãe já atuava na comunidade e eu acompanhava ela, mas também queria fazer alguma coisa pela comunidade, daí quando surgiu a situação eu me escrevi passei. Mas a minha mãe não trabalha mais. (Iara, 2005)

Fig. 6 – Figura de Iara



Desenho de Mateus W. Paganotto Lopes, 9 anos

Em síntese, é possível dizer que dois dos entrevistados referiram o interesse em atuar na área da saúde, especificamente na enfermagem; outros três sentiam vontade de ajudar a comunidade; pois já possuíam experiência na pastoral da criança, vendo na atuação como agente de saúde a oportunidade de reconhecimento e valorização do trabalho voluntário; apenas um optou pela profissão como oportunidade de emprego. Esses resultados corroboram aqueles expressos por Silva e Dalmaso (2002), que identificaram o mesmo perfil quanto aos motivos para a escolha da profissão de agente comunitário de saúde.

Todos os entrevistados entendem que a principal função do PSF, do qual fazem parte, é cuidar da família, alertando as mesmas sobre as doenças e orientando para que elas tenham uma vida melhor. Um deles enfatizou que o programa objetiva mais a prevenção, saindo do método curativo de atendimento no posto e dialogando com as famílias “in loco”, realizando um trabalho de base. Os depoimentos a seguir retratam a concepção dos agentes de saúde acerca do programa de saúde da família:

É cuidar da família. Da saúde da família. No caso, assim, é alertar, né. Alertar a família, por que tem família que tá doente em casa e não procura o médico. (Boitatá, 2005)

PSF é um programa que acho que veio para ajudar a combater as doenças, né. Ah prevenir. Que é o que a gente tá fazendo. Orientando para a prevenção. Eu acho que é mais para isso! (Caipora, 2005).

Na minha idéia de PSF, eu ainda acho que ele não tá fazendo tudo aquilo que era esperado. Eu particularmente esperava bem mais porque tem muitas limitações. Os profissionais se aproximaram um pouco mais da comunidade, só que é muito básico, é muito superficial o trabalho que se tem aqui. Eu acho que teria de ter um pouco mais. Você tem uma referência, por exemplo, e não tem uma contra-referência. Nesse ponto é muito carente. Aqui nós não temos uma visita efetiva do médico e enfermeira, só nos casos de maior necessidade. O que o PSF quer é sair do curativo, fazer com que a equipe atue mais na comunidade, sair do consultório, fazer o trabalho preventivo na base. (Curupira, 2005)

Eu acho que é uma coisa muito boa, né porque veio para prevenir as doenças. É muito importante elevar o conhecimento das pessoas. Orientar as pessoas para que elas tenham uma vida melhor. (Cuca, 2005)

Pra mim é um programa que beneficia a família. Vai tentar auxiliar levando informação e melhorando a saúde. (Saci-pererê, 2005)

Eu acho que PSF veio para mudar a vida das pessoas. Eu acho um programa maravilhoso. Só que tem bastante dificuldade ainda. Nossa equipe não está totalmente completa. Daí tem algumas coisas que trancam na porta. (Iara, 2005)

Percebo que os agentes de saúde acreditam na proposta pretendida para o programa de saúde da família, enquanto estratégia para a promoção e proteção da saúde, mas, ainda, têm dificuldade de extrapolar os limites do biológico, entendendo saúde como oposição à doença e

como de inteira e exclusiva responsabilidade dos indivíduos, ignorando, desta forma, os componentes sociais, políticos e até econômicos desse processo. Esses elementos precisam ser fortemente considerados, se for desenvolvido um efetivo trabalho de empoderamento das comunidades atendidas pelos agentes. Neste sentido, lembra Sabóia:

“O modelo biomédico vê o homem como portador de um problema ou doença, que deve ser curada. A relação existente entre este problema e os processos sociais nos quais o indivíduo está inserido não é levada em conta. Assim, o discurso é dirigido para a diminuição da doença, trabalhando-se apenas as fragilidades humanas, na sua dimensão físico-fisiológica. A influência que a sociedade exerce sobre o homem está fora deste contexto da medicina cartesiana”.(2003, p.126).

A partir de correntes filosóficas como o neopositivismo¹¹ (ou positivismo moderno), que para Sabóia tem influenciado as concepções no campo da saúde, busquei uma aproximação com as falas dos agentes comunitários de saúde para melhor compreender o seu discurso e identificar uma prática, em que as pessoas são vistas de forma isolada, sem reconhecer a influência do contexto social, econômico, político e cultural. Os profissionais da saúde lançam mão de mecanismos de poder disciplinar, a fim de perpetuar seu controle sobre as pessoas da comunidade.

Este modelo de pensamento não contempla os aspectos subjetivos das pessoas, tais como, os sentimentos, os desejos, as dúvidas, as interações com outros sujeitos permeadas pelo poder, e, com o ambiente. Todas as questões de alguma forma influenciam o estado de saúde dos sujeitos, mesmo que o agente reconheça o conceito de que saúde é o bem estar físico, social, econômico, ambiental e cultural. Há um distanciamento dos profissionais de saúde entre si e destes com a comunidade.

A proposta de trabalho participativa e dialógica pretendida pelo Ministério da Saúde para o PSF parece não se concretizar no discurso dos sujeitos agentes de saúde, pois ainda são

¹¹ Corrente idealista que interpreta os acontecimentos sociais de forma determinada, onde leis gerais regem o desenvolvimento social. Esta corrente valoriza os métodos quantitativos, refuta as questões contextuais, contrapondo-se ao materialismo. (Sabóia, 2005, pág.27)

reforçadas tendências tradicionais do exercício profissional, em que o detentor do saber específico (por exemplo, médico, enfermeiro) domina o diálogo, recusando-se a ouvir as contribuições do cotidiano vivenciadas pelos agentes no seu campo de trabalho. “Os profissionais não estão habituados a trabalhar em grupos, de forma participativa e dialógica. Tal atitude reflete o desejo inconsciente de desenvolver estratégias de relacionamento que preserve o poder” (SABÓIA, 2003, pág.19).

Para Campos (2000), a disciplina e o controle constituem o eixo central da gestão de equipes de saúde e produzem o aprisionamento da vontade e a expropriação das possibilidades de governar da maioria dos sujeitos. Esta é a racionalidade ainda hegemônica na saúde, baseada na Administração Científica do Taylorismo¹².

A base pedagógica desta “escola” é a autoridade, assentada na diferença de poder e de saber entre proprietário e chefes, de um lado, e sujeitos-trabalhadores, na outra. Uma diferença que a hierarquia burocrática aparenta ocultar com a gradação suave de atribuições, mas que não elimina: existem importantes distinções de qualidade entre o poder de cada classe institucional (CAMPOS, 2000, p.31).

No trabalho de educação em saúde, desenvolvido pelos agentes comunitários, a obrigatoriedade de mudar hábitos e estilo de vida bem como a prevenção de doenças/agravos são aspectos que não podem ser descuidados, mas parecem servir de argumento para disciplinarização e dominação das pessoas, mediante exercício de poder e subjetivação, pois pouco se valoriza o potencial e o saber da comunidade diante dos problemas enfrentados.

¹² **Taylorismo** ou **Administração científica** é o modelo de administração desenvolvido pelo engenheiro estadunidense Frederick Winslow Taylor (1856-1915) que é considerado o pai da administração científica. Ele acreditava que oferecendo instruções sistemáticas e adequadas aos trabalhadores, ou seja, treinando-os, haveria possibilidade de fazê-los produzir mais e com melhor qualidade. Os quatro princípios fundamentais da administração Científica são: 1º Princípio do planejamento; 2º Princípio da preparação dos trabalhadores; 3º Princípio do controle e 4º Princípio da execução. Taylor reduziu o homem a gestos e movimentos, sem capacidade de desenvolver atividades mentais, que depois de uma aprendizagem rápida, funcionava como uma máquina. O homem, para Taylor, podia ser programado, sem possibilidades de alterações, em função da experiência, das condicionantes ambientais, técnicas e organizacionais. A redução do trabalho mental também é enfatizada na medida em que a superespecialização da tarefa levou a simplificação do trabalho a um nível elevado, desprovendo o indivíduo de sua capacidade pensante (CAMPOS, 2000).

Nesse sentido, parece pertinente compreender como se processa o poder, e a partir dele a proposta de empoderamento, que será discutida na categoria cinco deste capítulo. Encontra-se então, em Foucault, o entendimento deste mecanismo:

Os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Funcionam como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras. O poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. Não existe de um lado os que têm o poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. O poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona, como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social. É uma relação. Nada está isento do poder. O poder também tem um lado positivo e transformador. Existe uma relação específica de poder sobre os indivíduos, que incide sobre seus corpos e que utiliza uma tecnologia própria de controle, o “poder disciplinar”. Ela é uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder, são métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade.... É o poder que atua no corpo dos homens, manipula seus elementos, **produz seu comportamento**, enfim, fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial, capitalista. A vigilância é um de seus principais instrumentos de controle. O indivíduo é uma produção do poder e do saber. (Foucault, 2004, pg.XVII)

À luz desse referencial é possível identificar o mecanismo de poder disciplinar na tentativa do controle dos corpos e mentes, que se efetiva na prática do trabalho do agente de saúde. As pessoas são observadas, vigiadas em tudo que fazem, têm suas informações anotadas em fichas, que são digitadas em um sistema de informação, para subsidiar novas ações de controle e vigilância. O objetivo da prática do agente de saúde deveria ser o de facilitar, ao máximo, o poder dos indivíduos sobre suas vidas, exercendo sua capacidade de liberdade e responsabilidade. Portanto, as capacitações dos agentes também devem refletir esta necessidade de distribuição de poder.

Esse poder, definido por Foucault, que pode produzir submissão ou renúncia, encontra, nos métodos administrativos, sutis técnicas úteis como a gerência científica da produção do trabalho, para garantir a dominação. Campos chama a atenção para este fato e destaca a existência da separação entre planejamento, concepção e direção das tarefas de execução na área da saúde.

Uma das possibilidades apontadas para se repensar os métodos de gestão com base no controle e na concentração de poder em direção a “co-gestão e a democratização para a desalienação” dos sujeitos agentes de saúde, poderia ser encontrada nas idéias de autores como Gastão Campos.

A construção de autonomia entre os trabalhadores não foi tomada como um desafio central por nenhuma das escolas de administração. O **Método da Roda**¹³ [grifo nosso] procura romper com essa tradição, tratando de combinar compromisso social com liberdade. [...] espaços coletivos é outra noção importante para o Método da Roda, entendidos como a construção de lugares e de tempos por meio dos quais as equipes, de fato, possam interferir nos sistemas produtivos [...] aposta na possibilidade de se instituir sistemas de co-gestão. O Método da Roda privilegia as pessoas, o sujeito, e por isso aplica-se a equipes ou coletivos. Seu objeto básico de operação é o coletivo organizado para a produção e não, como na administração tradicional, com a coisa “Organização” (CAMPOS, 2000).

Sendo assim, entendo que as dificuldades enfrentadas pela equipe, deste estudo, poderiam ser melhor entendidas a partir de referenciais teóricos, como os de Campos. Isto poderia ser abordado nas capacitações das equipes, possibilitando a reflexão sobre o trabalho desenvolvido e fomentando mudanças da lógica hoje hegemônica.

As respostas obtidas nas questões de 1 a 7 das entrevistas foram analisadas e identificadas, quanto à emergência de cinco grandes categorias temáticas descritas no quadro 2.

Quadro 2: Temáticas emergidas da análise das falas dos agentes comunitários de saúde entrevistados, pertencentes a um município da área de abrangência da 12ª CRS, 2005.

Cat.	Temática	Descrição
1	Significado atribuído pelo agente de saúde ao processo de capacitação	Treinamento para desenvolver capacidades Instrução necessária à transmissão de informações Estudo necessário para execução do trabalho
2	Percepção dos agentes de saúde sobre a prática de sua capacitação	Muito burocrática e nada prática Através de informações com a equipe e colegas mais antigos

¹³ Referencial bibliográfico em relação ao Método da Roda pode ser encontrado em CAMPOS, Gastão Wagner de. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

		Quase um mês de treinamento Através dos profissionais de saúde com auxílio de apostilas e palestras Insuficiente e muito repetitivo
3	Participação do agente de saúde na organização de suas capacitações	Ausente
4	Deficiências identificadas nas capacitações	Falta de orientação sobre vários assuntos
5	Prática sanitária emergida no discurso do agente de saúde	Atenção médica

Fonte: Pesquisa de Campo (PC) LOPES, Márcia W. P.; Orientadora: PANSERA-de-ARAÚJO, M. C – Olhar do agente comunitário de saúde de uma equipe do programa de saúde da família sobre a dimensão educativa de sua capacitação. Mestrado de Educação nas Ciências – UNIJUÍ- Ijuí/RS 2005.

Na categoria 1 (Significado atribuído pelo agente de saúde ao processo de capacitação), dois entrevistados (Boitatá e Caipora) declararam que a capacitação é uma forma de treinamento para desenvolvimento de capacidades de cada pessoa:

Eu acho que é o treinamento para ter capacidade de trabalhar. A capacidade, né? (Boitatá, 2005)

É a pessoa estar apta a fazer aquilo. Claro que a gente poderia tá mais. Mais capacitação, mais treinamento porque a gente teve o básico. Poderia ser mais aprofundado e a gente estaria mais capacitado (Caipora, 2005).

Três dos agentes de saúde (Curupira, Cuca e Iara) defenderam a idéia de capacitação como instrução necessária para a transmissão de informações:

Eu acho que é você dá a instrução para o Agente Comunitário de Saúde para que ele seja capaz de sair dali e transmitir para a comunidade tudo aquilo que foi passado (Curupira, 2005).

Eu vejo que a capacitação é muito importante, para gente ter o conhecimento sobre muitas doenças que nem ouviu falar. Então a gente tendo a capacitação e conhecimentos, fica mais fácil para levar para as pessoas (Cuca,2005).

Pra mim é a gente pode aprender mais, ter mais informação. Eu me sinto muito crua ainda. Eu queria que tivesse mais curso, com palavreado simples que a gente entenda, por que não adianta nada chegar para as pessoas com aquele palavreado difícil. Eu quero aprender mais porque eu não sei tudo ainda. Daí como eu vou passar para as pessoas (Iara,2005).

Além da preocupação com a instrução, um dos agentes (Iara) agrega um novo tópico para discussão, ao referir-se à temática proposta, pois acredita que os ministrantes da

capacitação/treinamento devem, primeiro, conhecer a realidade em que trabalham os agentes comunitários de saúde, para depois poderem oferecê-la de maneira mais adequada. Assim, Iara relata:

Nós fomos em um treinamento que bá, ninguém prestou atenção. Era sobre nutrição, mas como eu vou chegar numa casa e dizer para comer frutas e verduras se as pessoas não têm nada... Eu acho que quando as pessoas vêm dar curso e palestras eles tem que conhecer a realidade onde a gente trabalha, conhecer primeiro a área, principalmente as mais carentes, pra depois vim querer ensinar nós fazer alguma coisa, porque a gente sabe o que as pessoas têm em casa para come (Iara, 2005).

Percebo então que, apesar dos agentes reconhecerem a capacitação como necessária à aquisição de informações, suas falas também permitem identificar o descontentamento com a forma de abordagem apresentada pelos profissionais, durante os treinamentos. Parece haver um distanciamento dos referenciais propostos pelo PSF para as capacitações dos agentes comunitários de saúde. Identifico, na fala do sujeito, que seu preparo para o trabalho de educação em saúde não corresponde à realidade de seu cotidiano ou não foi devidamente compreendido por este no momento do treinamento, o que deixa evidente a falta de escuta dos sujeitos (agentes de saúde) a serem capacitados.

Neste sentido, considero pertinente retomar aqui aspecto relacionado à micropolítica do poder disciplinar, onde o controle (neste caso das capacitações), pode ter como “objetivo aproximar as pessoas à condição de objeto dócil ao comando alheio. Dizendo de outra forma, toda dominação procura diminuir a autonomia e liberdade das pessoas” (CAMPOS, 2000, p.33)

Referindo-se ao mesmo tema, Therrien (1997) reafirma que a educação é uma prática transformadora e crítica, porém a subjetividade e objetividade da vida dos sujeitos envolvidos precisam ser consideradas. Fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e até geográficos dos agentes de saúde demarcarão diferenças que irão influenciar os processos de produção e apropriação de saber, podendo estes ser de libertação ou de dominação ideológica.

A fala dos sujeitos também parece sinalizar uma característica que Foucault (2004) denominou de biopoder, ou seja, “aquilo que faz entrar a vida e seus mecanismos no domínio dos cálculos explícitos e faz do poder/saber um agente de transformação da vida humana”. Este mecanismo fica explícito nas capacitações oferecidas, em que os conteúdos são transmitidos como verdadeiras receitas. Os assuntos não se relacionam com o cotidiano do trabalho executado pelos agentes.

Para Saci-Pererê, no entanto, parece haver uma relação entre o que é proposto na capacitação como forma de estudo e aquilo solicitado no dia a dia:

“Para mim é o estudo que a pessoa faz para pode trabalhar, porque ela precisa estar bem por dentro do que ela vai fazer. Ela tem que dominar aquilo. Claro que você nunca vai saber tudo, né! Você também vai aprender com a prática, mas se você não teve uma boa capacitação, na hora da prática você vai sentir falta. A capacitação não é tudo você tem que estar sempre buscando e se informando” (Saci-pererê, 2005).

Identifica-se no relato de Saci-Pererê a importância de garantir um espaço nas capacitações para a troca de saberes entre os agentes de saúde, pois estes já evidenciam a importância da experiência da prática da vida diária de seu trabalho para além do simples repasse de informações técnicas, feito pelos profissionais que ministram as capacitações.

Para Jacques Therrien (1997), a construção da identidade do profissional educador, neste caso, o agente de saúde, também, apóia-se em modos de apreensão da realidade para além da razão instrumental e da racionalidade técnico-científica.

Sendo assim, poderia entender que a construção do saber do agente de saúde para exercer seu trabalho acontece, principalmente na práxis, na interação, ou seja, nos saberes de experiência, construídos em situações bem contextualizadas, submetidos a critérios de eficiência e de qualidade no próprio dia-a-dia, junto às comunidades, o que pode lhe conferir um status de cientificidade.

Portanto, entendo que a capacitação dos agentes de saúde deveria ser um espaço para a criação de possibilidades de aprendizado, já defendido por Carvalho (2005) e apresentada em anteriormente, a partir da garantia da participação ativa dos mesmos no sentido de proporcionar uma troca de conhecimentos, experiências e modos de ver seu trabalho e atribuições.

Para esse autor, na reorganização das novas práticas de saúde, os profissionais também deverão reformular suas atitudes por meio de processos educativos, de treinamentos e de novos formatos organizacionais, para que possam implementar as condições ao exercício de um maior controle dos indivíduos e do coletivo sobre sua saúde mediante a capacidade de escolhas saudáveis.

Contribuições como as de Silva e Dalmaso (2002) corroboram as de Carvalho (2005) e me permitem inferir que as práticas educativas, implícitas nas capacitações oferecidas aos agentes de saúde, que devem atender à proposta de atividade a ser desenvolvida pelos mesmos junto à comunidade, não estão sendo consideradas no município estudado. Os profissionais responsáveis pelas capacitações dos agentes de saúde precisam identificar estratégias de como transformar em linguagem e ação pedagógica libertadora o saber social apropriado por eles, no dia-a-dia das comunidades.

Deve-se possibilitar aos profissionais a oferta do instrumental necessário à realização de seu trabalho, incluindo a motivação para desenvolver-se criticamente, de modo a qualificar-se, perante as demandas apresentadas pelo sistema, para promover e prevenir no que se refere à saúde individual e coletiva.

Com base nessas considerações e em virtude das atribuições legais definidas para o agente comunitário de saúde, concordo com Silva e Dalmaso (2002) quando referem que o processo de aprendizagem, relativa à capacitação desses profissionais, deve seguir alguns princípios fundamentais, como:

- *procurar ver saúde no contexto geral de vida;
- *identificar as formas de conhecer e de pensar das pessoas;
- *partir do conhecimento que os indivíduos têm do problema;
- *compreender a importância do diálogo na comunicação e no processo ensino/aprendizagem;
- *procurar aprender com os demais;
- *devolver, sempre, ao interessado o resultado de qualquer estudo;
- *reforçar o grupo no caminho dos problemas;
- *refletir, continuamente, sobre o trabalho realizado. (pág.39,2002)

Na categoria 2 (Percepção dos agentes de saúde sobre a prática de sua capacitação), busquei, nas considerações de Silva e Dalmaso (2002), a compreensão da percepção referida pelos agentes de saúde, que pode ser resumida em: burocrática; teórica; com colegas mais antigos na equipe; intensiva; pelos profissionais de saúde, apostilas e palestras; insuficiente e repetitiva. Boitatá respondeu, sem muita certeza, quanto a sua capacitação:

“Eu, acho que foi quando eu fiz a prova... É, o primeiro treinamento foi sobre as fichas (só papel). Como preencher as fichas. E teve uma palestra, lá, sobre como o agente comunitário de saúde chegar nas casas, mas foi uma coisa rapidinha” (Boitatá, 2005).

Já Saci-Pererê refere à supervalorização do componente teórico:

“Eu imaginei que fosse totalmente diferente. A gente chegou lá e foi praticamente só teoria não foi explicado pra nós o que era o trabalho do ACS. Não foi explicado como chegar na família, como abordar. Isso a gente foi fazendo de jeito que achava” (Saci-pererê,2005).

Essas falas evidenciam um distanciamento das concepções pedagógicas do programa, no que tange à capacitação, pois os próprios sujeitos não estão satisfeitos com a abordagem adotada. Esta poderia ser uma forma de controle das atividades propostas ou realizadas, em

que o poder do saber se sobrepõe ao poder da prática, pela desconsideração dessa experiência profissional extremamente rica, ou mesmo, a falta de preparo da equipe de saúde para “ouvir e olhar” os aspectos e as necessidades trazidas pelos agentes. Eles já incorporam na sua prática os objetivos e estratégias propostas pelo programa da Saúde da Família com a efetiva participação, atribuições e competências do sujeito atuante na comunidade.

Cabe esclarecer que, o Ministério da Saúde (MS) define, como exigência para o agente comunitário de saúde, uma capacitação introdutória de no mínimo 40 horas, que fica sob responsabilidade do próprio município ao qual ele pertence. Essa capacitação é organizada e dirigida pela equipe de saúde sob coordenação de um enfermeiro (Instrutor/supervisor), que utiliza materiais fornecidos pelo MS, tais como manuais e apostilas, adaptados ou não às realidades locais. As estratégias pedagógicas também são sugeridas pelo MS (oficinas, grupos, visitas, teatros...), porém com frequência as equipes acabam ignorando ou não compreendendo a importância da execução dessas estratégias no processo.

A capacitação introdutória dos agentes de saúde, segundo Mendes (1993), é muito curta, orientada para aspectos cognitivos e doutrinários do PSF e, portanto, com baixa eficiência nos aspectos formativos. Já, Freire destaca que a educação se faz constantemente na práxis. Portanto, desconhecendo as possibilidades interativas e dialógicas estar-se-á limitando a eficiência e eficácia do processo, em que os sujeitos deixam de responsabilizar-se pela sua formação, tornando-se meras presenças e não agentes atores e autores autônomos da proposta de prevenção em saúde, coletiva e comunitária.

A experiência de formação do agente de saúde pode ser relacionada a programas como os de melhoria da educação no meio rural, descrita por Therrien (1997), que destaca a preocupação acerca do alcance de propostas, que transformam pessoas da comunidade, de uma hora para outra, em “mestres experientes” em relação ao resto da população local.

O agente comunitário de saúde também tem as bases de sua prática alicerçadas em saberes sociais, adquiridos em contextos específicos e, por outro lado, no acesso instrumental aos manuais editados pelo Ministério da Saúde.

Freire (1987), Mendes (1993) e Sabóia (2003) discutem sobre a dimensão transformadora do processo educativo, que pode integrar um processo de resistência à dominação na medida em que se viabiliza o desenvolvimento de uma consciência crítica na busca da libertação dos sujeitos e não em seu controle e domesticação. Esta é a proposta para o “Agente de Mudança” do PSF, da capacitação pretendida e que ainda encontra resistências no município estudado. Trata-se de pessoas sem formação profissional, mas apoiadas em outros saberes, que não podiam ser desprezados nesses projetos.

Apenas Caipora alegou obter informações dentro do próprio PSF, tanto com a equipe multiprofissional quanto com os colegas.

“Eu sempre que tenho dúvidas pergunto para o enfermeiro ou para os colegas mais antigos, porque eu tenho que tirar a dúvida. Pra mim poder saber, porque pode acontecer de novo e agente não sabe o que fazer” (Caipora,2005).

Essa fala destaca, novamente, que os agentes recorrem à experiência da prática, do fazer, da ação pedagógica (Therrien. 1997), conforme o caso e isso é validado no contexto, pois “funciona” em diferentes momentos do processo, ao mesmo tempo em que esses saberes corroboram ou são corroborados pelos saberes profissionais da equipe de saúde. A comparação de Curupira, um dos agentes mais antigos na equipe, chama a atenção, ao referir-se ao mês de treinamento, que parece fornecer maior segurança para enfrentar a comunidade:

“É! Na verdade dá para gente fazer uma reflexão até como era a capacitação quando eu iniciei e como é hoje. Quando nós (+ antigos) iniciamos nós passamos quase 1 mês em treinamento antes de sair para fazer as visitas mas o grupo que entrou agora inicia o trabalho muito cru. Eu acho que não teria como eles saírem para fazer visita ainda. Eles tiveram muita pouca capacitação comparando a nossa. Na minha época a gente saia seguro tinha condições de enfrentar a comunidade e os ACS novos reclamam e dizem que acham que não estão preparados. Acho que

hoje está muito carente nessa questão da capacitação. Os ACS novos recorrem aos + antigos para tirar dúvidas. Nos estamos há 1 ano com o PSF e o que nós tivemos de capacitação foi muito pouco” (Curupira,2005).

Essa fala também remete à questão da duração do período em que foi realizado o processo, mas pode também sugerir que o grupo hoje sai meio “cru”. Será que além da quantidade de tempo, as discussões e entendimentos construídos nas outras formações possibilitaram um melhor aproveitamento do que atualmente? Talvez essa questão pudesse ser melhor investigada para possibilitar outros entendimentos.

Percebo que a capacitação/treinamento proporcionada aos agentes comunitários não está sendo aprimorada, pois na avaliação de Curupira ela não tem sido suficiente para o desenvolvimento das atividades propostas no cotidiano.

No município estudado, a implantação do PSF ocorreu rapidamente, bem como o treinamento introdutório. Esta etapa, porém não é suficiente, exige um processo permanente de formação dos agentes de saúde, que está sendo percebido pelo próprio sujeito, porém não viabilizado a contento. Assim, em nível operacional, o treinamento e a reciclagem são pontos cruciais e indissociáveis do êxito do programa de saúde da família.

Com base nesse fato, torna-se indispensável uma reflexão acerca do processo de capacitação, questionando-o quanto ao sistema pedagógico utilizado e a aprendizagem propiciada. É preciso gerar, no agente de saúde, mudanças no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformando sua prática, a partir da geração de problematizações. Não de forma isolada e abstrata, mas no concreto do trabalho da equipe; construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde. Essa proposta pode ser apresentada na forma de Educação Permanente em Saúde.

Para Franco (2003, p.56), a “educação dar-se-á de forma permanente onde sujeitos estão em contínua e dialética formação, evoluem por contradição interna, não de modo

determinista, mas pela intervenção dos homens mediados pela prática”. As recomendações do Ministério da Saúde para educação permanente corroboram aquelas apresentadas por Franco.

Dentre os entrevistados, Cuca e Saci-pererê responderam que as capacitações foram realizadas em serviço por profissionais da saúde como médicos, enfermeiros e dentistas, com o auxílio de apostilas e palestras.

Era com os profissionais, médicos, enfermeiros e outros que vinham falar sobre alguma doença daí ele esplanava tudo sobre aquela doença e aí agente ficava sabendo a fundo sobre ela (como surgiu, sinal e sintoma, tratamento). Era com apostilas e agente ficava com o material para ler (Cuca,2005).

Saci-Pererê alega:

Praticamente só palestra, como aula. . Os profissionais da saúde não estão preparados para repassar seu conhecimento, sabendo como chegar nas pessoas porque não é simplesmente passar o conteúdo (Saci-pererê,2005).

Cabe observar a dificuldade em superar o método pedagógico tradicional, em que o aprendizado está centrado no professor; neste caso, o profissional de saúde responsável pela capacitação. Os conteúdos e os procedimentos didáticos não estão relacionados com o cotidiano dos sujeitos, que passam a se desinteressar pelo mesmo. Também percebo a necessidade desses profissionais compreenderem a proposta pedagógica defendida pelo PSF para essas capacitações.

Essa é uma estratégia do Ministério da Saúde para transformar as práticas de formação, pois ela se baseia na aprendizagem significativa, em que:

A aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente de aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências (Ministério da Saúde 2005 p.11).

Para Iara, a capacitação é insuficiente e muito repetitiva:

São coisas que a gente teve e está tendo de novo. É muito repetitivo. A gente que aprender coisas novas, não só sobre hipertensão e diabetes, amamentação, tem outros tipos de problemas também, odontológico, eu gostaria de saber não o aprofundamento, mas as causas das doenças. Tem gente que acha que boca não dá nada (Iara,2005).

Entre as leituras realizadas, o documento do Ministério da Saúde refere-se à Educação Permanente como um instrumento que pode ser utilizado em todos os locais, envolvendo vários saberes; os profissionais se unem pelo cuidado com a pessoa e não por conta dos cargos que ocupam ou pelas doenças:

Na proposta da educação permanente, a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada (Documento do Ministério da Saúde, 2005, p.12).

Outra questão que parece emergir da fala de Iara é a dificuldade de compreensão da atribuição do agente de saúde dentro da equipe do PSF, pois esta é uma estratégia para a mudança do modelo assistencial centrado na doença e na cura em direção a qualidade de vida:

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (Brasil, Ministério da Saúde, 2000).

A categoria 3 (Participação do agente de saúde na organização de suas capacitações) emergiu das opiniões sobre a ocorrência ou não da participação do agente comunitário de saúde de uma equipe do PSF na organização dos seus encontros de capacitação. Os seis entrevistados foram unânimes e responderam que não participam da organização dos encontros, apenas são convidados a frequentá-los.

Não (Boitatá, 2005).

Nas reuniões do grupo quem escolhe sempre é o enfermeiro, mas a gente orienta qual o melhor lugar, o horário porque a gente sabe as atividades da comunidade. Nas capacitações nós somos convidados a participar (Caipora,2005).

Não há este envolvimento por parte dos ACS. A gente nunca foi convidada, sempre é decidido o assunto e a gente é convocada a participar. É só assim, não participa de mais nada (Curupira 2005).

Aqui na equipe do posto, a gente participa um pouco, mas no qual nós só participamos como ouvinte. Mas eu acho que quando a gente se envolve valorize mais o trabalho, se apaixona também porque se envolve na organização do trabalho. É como preparar uma festa, você se dedica mais (Cuca,2005).

Por enquanto a gente ainda não teve essa oportunidade, mas nas nossas reuniões (local) quando é solicitada, a gente fala (Saci-pererê 2005).

Não. Nos perguntam o que a gente gostaria de trabalhar. Daí nos chamam e a gente vá.(Iara,2005).

Em relação à temática emergida nas falas anteriores, autores como Paulo Freire (1987) e Mário Osório Marques (1993) ilustram uma prática que é bastante comum também com o agente de saúde no PSF, “a acomodação”. “*A liderança de um grupo não está obrigatoriamente nas mãos de um chefe*”, já dizia Paulo Freire, e concordam com a realidade encontrada no município pesquisado. Muitas vezes, torna-se cômodo eleger um “chefe” em quem se deposita a expectativa de organização das atividades. Como já foi constatado por autores como Freire, a participação é salutar e saudável ao crescimento da equipe. O agente de saúde pode e deve ter iniciativa, participar na busca da resolução dos problemas encontrados. Também pode ser responsável por sua capacitação, assumindo a função de articulador do grupo e não de mero espectador. “[...] Todos os participantes do grupo, cada um com suas limitações, devem participar da liderança. Assim, dependendo do que o grupo quer fazer a liderança poderá mudar” (Paulo Freire, 1987 p.69).

O fato de os agentes comunitários de saúde não serem ouvidos para elaboração e trabalho nos processos de capacitação reforça a questão do poder instituído, em que alguns pensam e outros fazem, ou seja, estes só sabem fazer e a equipe de saúde é que sabe pensar e dizer o que é necessário para que o atendimento aos problemas da comunidade seja realizado a contento. Há aqui uma clara separação entre teoria e prática.

A categoria 4 (Deficiências identificadas nas capacitações) relaciona as dificuldades encontradas pelos agentes de saúde de uma equipe do PSF para uma melhor atuação, e vão desde a falta de orientação e conhecimentos sobre vários assuntos tais como: vacinas, causas e tipos de doenças, cuidados com as gestantes, até a importância de trabalhar a auto-estima dos próprios agentes comunitários de saúde, que muitas vezes se sentem incapacitados para atuar com dignidade e sabedoria.

Mais treinamento sobre saúde. (Boitatá, 2005).

Ah! Falta mais orientação sobre as vacinas e tudo, mas a vacina precisa muito. A gente sabe mas não tudo que precisa. Claro que os mais velhos sabem, mas os mais novos não (Caipora, 2005).

Eu acho que sim, a gente deveria retomar as coisas que foram vistas há tempos atrás. Também ter alguma coisa só para a gente, sobre auto-estima, alguma coisa para fortalecer a gente, para a gente ficar de bem com a gente e passar isso para as pessoas. Eu acho que precisava alguma coisa só para nós enquanto pessoa (Cuca, 2005).

Eu acho que tinha que ter mais conhecimento sobre as doenças, pelo menos as básicas. Acho que a gente tinha que saber identificar as doenças nem que fosse só para a gente. Acho que um preparo também sobre como chegar nas famílias, como conversar (Saci-pererê, 2005).

Mais treinamento sobre saúde. Falta bastante treinamento e conversar com os outros ACS para saber do que tá acontecendo (Boitatá, 2005).

Falta bastante coisa como, por exemplo, sobre a saúde da gestante. (Iara, 2005).

As falas deixam claro que as capacitações não estão sendo adequadas para o trabalho de agente de saúde, e conforme a opinião das mesmas, os temas tratados estão basicamente

relacionados à concepção negativa do processo saúde x doença. Percebo a valorização do saber técnico-científico e uma necessidade de aquisição de conhecimentos complexos relacionados, por exemplo, ao diagnóstico de doenças, que exigem intervenção de outros profissionais e aí irão operar os mecanismos de biopoder. A necessidade da escuta qualificada voltada à saúde do trabalhador também é identificada, pois estes profissionais adoecem com o seu trabalho e precisam ser ouvidos. Isto fica evidente na fala de Cuca.

Sabóia refere que a carência dos profissionais em relação ao componente pedagógico e as teorias educativas está no modo como foi concebida a informação durante os cursos de formação técnica:

O fenômeno se explica, uma vez que o conteúdo dos cursos na área da saúde valorizam pouco o estudo das teorias da educação. Tal fato contribui para que estes profissionais não se apropriem de um referencial teórico para fundamentar as atividades educativas. Provavelmente, por isso, o tipo de educação que deverá permear esta prática não fica esclarecido, nem ao longo da formação acadêmica, nem mesmo após anos de experiência de vida profissional (SABÓIA, 2003, p.45).

A categoria 5 (Prática sanitária emergida no discurso do agente de saúde) busca o tipo de prática sanitária sugerida pelo discurso dos agentes de saúde de uma equipe do PSF diante de duas situações hipotéticas e sugere o predomínio da atenção médica. Com o objetivo de sondar o tipo de prática sanitária adotada pelos ACS no desenvolvimento do seu trabalho, foram oferecidas duas situações hipotéticas para que os mesmos respondessem livremente como agiriam.

Casos hipotéticos: “Diante de um surto de hepatite A e pediculose em sua comunidade qual atitude você tomaria?”.

No caso do piolho, eu ia pedir para eles irem no posto consultar, né?! Para o médico dá um remédio para piolho. Depois disso eu posso fazer uma visita para catar o piolho.

Hepatite eu não saberia (Boitatá, 2005).

Tentaria matar os piolhos, risos...Ia tentar juntar todo mundo em um lugar para catar. Levaria pente fino e orientaria as mães. Levar os remedinhos para passar. Agora da hepatite eu não sei (Caipora,2005).

A questão da pediculose, a gente tem trabalhado bastante, inclusive na escola, a gente faz palestra e até catação na cabeça das crianças. O agente tem uma solução caseira, que faz para distribuir para a comunidade, fazer corte de cabelo. Mas não são todos que seguem as orientações. Em casa também . Dependendo da situação encaminhamos para o medico ou enfermeiro.

No caso da hepatite. Sabemos de onde pode vir a Hepatite A você vai orientar quanto a alimentação. Acho que deveria ser avaliada a água. Vê com as pessoas estão tratando sua água. (Curupira, 2005).

A hepatite tem que primeiro vê por que surgiu, daí falar com o enfermeiro. A primeira coisa é levar o problema ao conhecimento da equipe. E a partir dali tomar as providências.

Também procurar orientar as outras pessoas para não se contaminarem (Cuca, 2005).

A princípio se tiver caso de hepatite eu mandaria ir no posto. Eu não saberia dizer nada!

A pediculose... a gente tem uma receita caseira para passar pelas mães. Com certeza trazia também para equipe. (Saci-pererê, 2005).

Eu tentaria reunir a equipe do PSF e tentar saber o que dizer na comunidade. (Iara, 2005).

A partir das falas dos agentes de saúde, é possível identificar a dificuldade em viabilizar uma proposta de intervenção com a comunidade, independente do julgamento da equipe. Todos os discursos sugerem o predomínio da concepção negativa do processo saúde/doença, com enfoque na prática da atenção médica, em que os aspectos biológicos e as ações de caráter assistencial são privilegiados e os sujeitos envolvidos, tanto no problema quanto na solução proposta, são pouco considerados. A maioria das necessidades não pode ser resolvida com atenção médico-individual, mas sim, através da melhoria da qualidade de vida do coletivo das pessoas. Em nenhuma das falas foi mencionada a organização comunitária como forma de obtenção dos benefícios. Ao mesmo tempo em que os próprios agentes parecem empoderar, mais ainda dependem da equipe básica de saúde, auto-excluindo-se pelo discurso das decisões necessárias a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Em relação a essa prática, Mendes (1993) assinala que o pensar e o fazer sanitários tem sofrido constantes transformações nos últimos anos, com vistas à superação do paradigma biomédico, que hoje não responde mais aos desafios postos pela sociedade. Frente a esses desafios, o autor propõe a produção social da saúde, em que a mesma passa a ser entendida sobre o prisma da positividade e a promoção da saúde assume papel estratégico.

Assim:

Impõe-se a construção social de uma nova prática sanitária, a Vigilância em Saúde. Entendida como uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde. (MENDES, 1996, p.243)

Para Carvalho (2005):

A Promoção da saúde é o processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidade ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e, por conseguinte, obtenham melhoria de sua saúde considerando que este processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida, visando a promoção da saúde. (CARVALHO, 2005, p.58)

Percebo a necessidade de um compartilhamento de poder (*empowerment*) entre os profissionais de saúde e o aprofundamento da discussão de sua repercussão junto aos usuários. Mais do que repassar informações o “empowerment” comunitário deve apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises, para que tomem as decisões que considerem corretas.

Sob influência de Paulo Freire os teóricos do empowerment comunitário preconizam a efetivação de um modelo pedagógico que tome a “educação como prática da liberdade”. Este projeto ficou conhecido como “educação popular ou educação para a transformação”, que buscava contribuir para a emancipação humana a partir de um modelo pedagógico que tem por objetivo promover a participação dos indivíduos e coletivos na identificação e análise crítica de seus problemas. (CARVALHO, p.76, 2005)

O “empowerment” é uma das estratégias-chave da nova promoção da saúde e é considerado, um processo de validação da experiência de terceiros e de legitimação de sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade. Esta concepção propõe como eixo estratégico a ampliação da participação dos sujeitos em processos decisórios. O indivíduo deve ser capaz de analisar criticamente o contexto político e social para, dessa maneira, envolver-se efetivamente em ações que apontem para a mudança.

Não tenho a pretensão de esgotar a temática, nem tampouco torná-la objeto de análise desta pesquisa, apenas situá-la como elemento, que também deverá ser considerado no processo de capacitação dos sujeitos agentes comunitários de saúde, para que as mesmas efetivamente possibilitem a produção de saberes coerentes com as propostas de prática transformadora, junto às comunidades assistidas pelo programa.

Portanto, em última análise, entendo que esses discursos reforçam a necessidade de se repensar as capacitações oferecidas e a autonomia dos sujeitos. Porém, são insuficientes para afirmar que seu trabalho não tem qualquer caráter transformador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões colocadas geraram um conjunto de resultados que permitiram começar a entender de maneira mais clara o processo de capacitação dos agentes comunitários de saúde, seus limites e possibilidades de formação. Cada agente comunitário entrevistado expressou o que pensava a respeito da temática proposta. Apesar de os entrevistados receberem capacitações de formas diferentes, todos apontaram a necessidade de tê-las, bem como falhas do processo de acordo com a realidade vivida no trabalho, ou seja, compatíveis com as condições das famílias visitadas.

Um fator importante foi a discordância dos agentes sobre os métodos utilizados pelos profissionais de saúde nas suas capacitações. As abordagens utilizadas no repasse das informações, muitas vezes, dificultam o aprendizado, pois desconsideram a realidade vivida pelos agentes de saúde.

Sabóia descreve a educação em saúde como não resultante da soma do que foi dito, mas como conjunto de proposições, interferências e descobertas. Assim, é preciso interagir com o agente nas capacitações, pois este conhece a comunidade e as famílias e pode contribuir com a discussão da equipe. Este elemento necessita ser revisto pela equipe do município estudado e pelos profissionais envolvidos.

É preciso que as equipes questionem as práticas educativas desenvolvidas pelos agentes de saúde em suas comunidades para identificar se atuam como mecanismos de controle social e de dominação ideológica ou como instrumento de resistência e libertação do modelo hegemônico. A explicação deverá esclarecer os fundamentos das intervenções

educativas desses atores (agentes de saúde), as bases pedagógicas de suas decisões, os saberes que sustentam sua ação.

A capacitação é vista hoje com outro olhar, as próprias leis mudaram em função da sua importância, a portaria nº 399/GM (22 de fevereiro de 2006) e a de nº 648/GM (28 de março de 2006) promovem uma nova orientação para os profissionais da saúde, incluindo a Educação Permanente. Essas leis também proporcionam instrumentos técnicos e pedagógicos, que orientam o processo de capacitação e educação permanente.

O Ministério da Saúde está propondo uma aprendizagem educativa e não mais mecânica, considerando os problemas enfrentados na realidade e os conhecimentos e experiências que as pessoas já têm.

A idéia de criação de uma base comum nacional de capacitação dos agentes de saúde também se acrescenta ao projeto de educação permanente em saúde, concebido como processo de responsabilidade do indivíduo, do profissional, do Estado e da sociedade. A Educação Permanente deve ser assegurada pelos sistemas de Estado (União, Estados e Municípios) e deve ser concebida como elemento essencial ao exercício profissional.

As equipes de agentes comunitários de saúde devem compreender que a educação constitui uma prática social e histórica, que se liga diretamente à vida objetiva e subjetiva das pessoas e não simplesmente à assimilação de informações técnicas.

Com relação à metodologia utilizada na capacitação, constato a necessidade de integrar de forma mais eficaz os princípios defendidos pelo PSF acerca da pedagogia problematizadora, pois o modo como vem sendo desenvolvida não favorece o envolvimento, nem a participação dos sujeitos. Tal procedimento não contribui para sua autonomia.

Também se faz necessária uma cuidadosa reflexão sobre os princípios norteadores do SUS e do PSF, bem como do papel do agente de saúde, pois estes estão confusos e têm

dificuldade em entender os mesmos, já que em sua prática percebe-se um reforço do modelo biomédico que se quer transformar.

Há a necessidade de, à luz dos referenciais, acerca dos modos de ensino, refletir sobre o objetivo das capacitações oferecidas aos agentes de saúde, para não cair nas armadilhas pedagógicas que “produzam” sujeitos pouco qualificados intelectualmente e carentes de condições, para se tornarem profissionais que compreendam a realidade do seu meio, o sentido de sua prática e, sobretudo preparados para desenvolver uma atitude reflexiva e interativa junto às comunidades.

Discutir este assunto, além de enriquecer os conhecimentos pessoais constitui-se num tópico fundamental para a minha vida profissional. Uma experiência única, que permitiu situar o setor saúde no contexto dos processos educativos e de formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; JUNIOR, Luiz Cordoni. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Uel, 2001.

BAPTISTA, Tatiana W. de Farias. **O direito à saúde no Brasil**: Sobre como chegamos no sistema único de saúde e o que esperamos dele. **In**: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. ABRASCO, Rio de Janeiro. 2005. V. 10 nº 3, p. 563, julho / setembro 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 8.080 de 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96**. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**, nº 1, Brasília, 2000.

BRASIL. Lei 10507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 333 de novembro de 2003**, aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**. 2ª ed. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

CAMPOS, Gastão Wagner de. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e promoção de Saúde, Sujeito e Mudança**. São Paulo:Hucitec, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg.**Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interfase, Porto Alegre, v.9, n.16, p.167-77, set.2004/fev.2005.

COHN, Amélia; ELIAS Paulo E. **Saúde no Brasil-Políticas e organização de serviços**. 3º ed. São Paulo: Cortêz, 1999.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. de. **Promoção da Saúde:conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DIAS, M. M. de Oliveira. **Mulheres, “sanitaristas de pés descalços”**.São Paulo: Hucitec, 1991. 115 pg.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 19ª ed. 2004.

FRANCO, Maria A. S. **Pedagogia como ciência da educação**. Campinas/São Paulo: Papirus, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à pratica educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FREIRE, Paulo. **O Processo Educativo Segundo Paulo Freire e Pichon- Rivière**. Petrópolis: Vozes, 1987.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde – Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação do programas**. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, , 2002.

LIBÂNEO, José C. **Pedagogia e pedagogos, para quê?** 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LIMA, Nísia Trindade et all. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MARQUES, Mário O. **Conhecimento e modernidade em reconstrução**. Ijuí: Ed. Unijuí, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:Pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, Jaime A., TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im) previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 2002.

SABÓIA, Vera M. **Educação em saúde a arte de talhar pedras**. Niterói: Ed. Intertexto, 2003.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde – Efetivação em uma perspectiva sistêmica**. 1º ed. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2001.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília:Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, Joana A; DALMASO, Ana S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

TARDIF, Maurice; GAUTHIER, Clemont. **Elementos para uma análise dos crítica dos modos de fundação do pensamento e da prática educativa**. Contexto & Educação, Ijuí, nº 48, p. 37-49, out./dez. 1997.

TERRIEN, Jacques. **Saber da experiência, identidade e competência profissional: Como os docentes produzem sua profissão**. Contexto & Educação, Ijuí, nº 48, p. 7-36, out./dez. 1997.

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

WRIGHT, Maria da Glória Miotto. **O agente de saúde na atenção primária de saúde. Da teoria à realidade**. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, v. 40, nº 4, p. 183-189, outubro/novembro/dezembro, 1987.

OBRAS CONSULTADAS

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 1996.

BORDENAVE, Juan Diaz. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes. 1984

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação?** São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programas e Projetos**. PACS/PSF - PACS. Brasília, 1998.

CORREIA, Maria E. Girarde et al. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis: editora Vozes, 28ª ed. 2004.

FREEDHEIM, S. B. **Por que menos sinos dobram no Ceará: o sucesso de um programa de agentes de saúde comunitários no Ceará**. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology / Department of Studies and Planning, 1993, Dissertação de Mestrado.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para Trabalhos Científicos**. Porto Alegre, 2006.

JÚNIOR, Aluisio Gomes da Silva. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MEHRY, Emerson E, CAMPOS, Gastão W, CECILIO, Luiz Carlos de O. **Inventando a Mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 11ª ed, 1999.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 8ª ed, São Paulo: Cortez/Unesco, 2003, 118 pág.

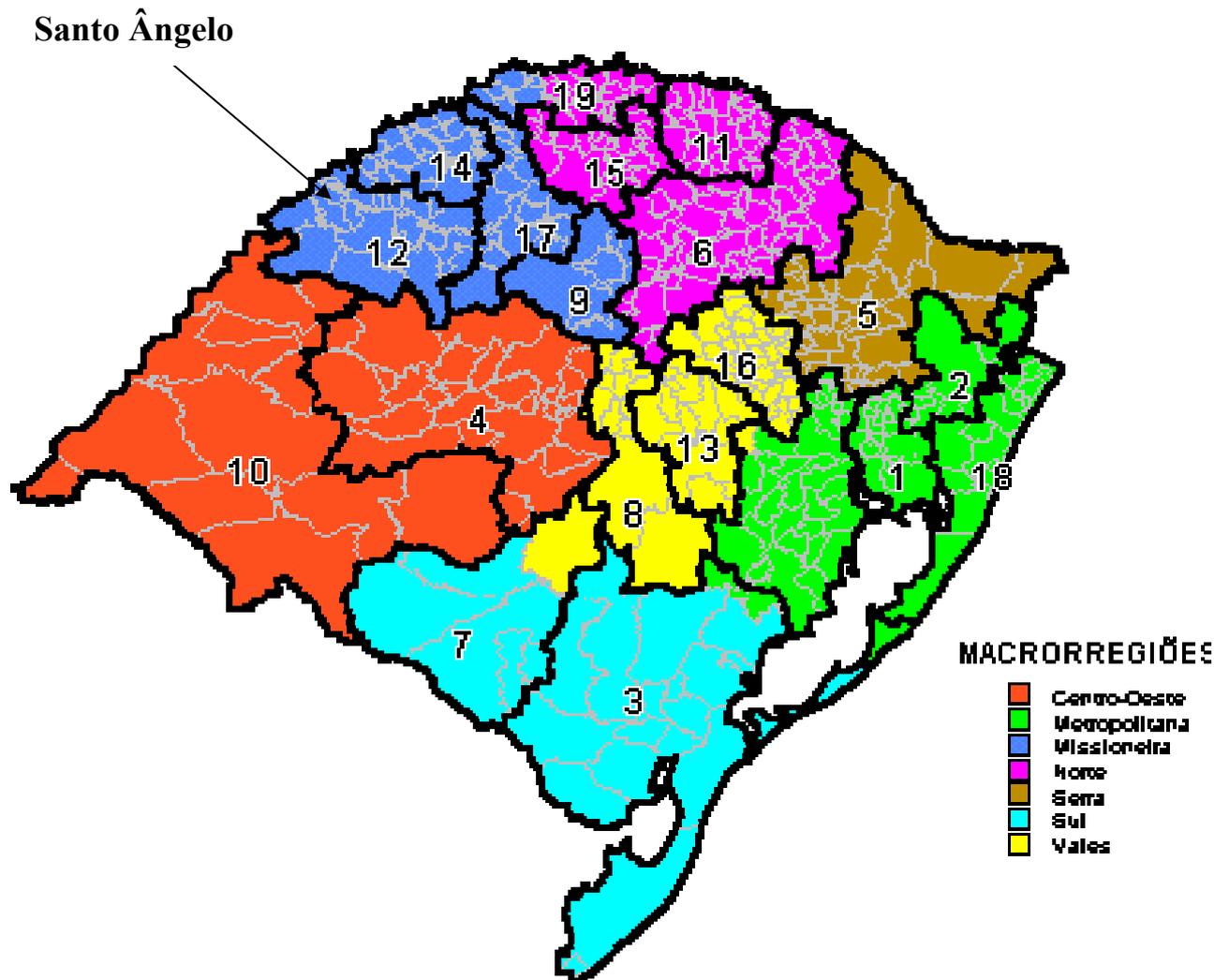
SACRISTÁN, J. Gimeno. **Educar e conviver na cultura global**. Porto Alegre: Artemed, 2002.

SANTOS, B. R. L. dos, et all. **Formando o enfermeiro para o cuidado à família: Um olhar sobre o ensino de graduação**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília v. 53, n. especial, p. 49-59, dez., 2000.

APÊNDICES

Apêndice A

Macrorregiões e Coordenadorias Regionais de Saúde



APÊNDICE B

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

Nº: Sexo: ()F ()M DN:

Escolaridade:

Tempo de atuação como ACS?

Tempo de atuação no PSF?

1)Fale-me sobre como você resolveu ser ACS?

2) Na sua opinião, o que é o programa do PSF?

3) O que é capacitação, para você?

4) Como foi sua capacitação para atuação como ACS?

5) Participa da organização de seus encontros de “capacitação”?

6) Acha que falta alguma coisa em sua capacitação para uma melhor atuação como ACS?

7) Diante de um surto de hepatite A e pediculose em sua comunidade, qual atitude tomaria?

APÊNDICE C

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Márcia Werklehr Paganotto Lopes, enfermeira, mestranda do Curso de Pós-graduação em Educação nas Ciências da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI pretendo realizar a presente pesquisa intitulada “Olhar do agente comunitário de saúde de uma equipe do programa de saúde da família sobre a dimensão educativa de sua capacitação” tendo como objetivo identificar qual a percepção do ACS do PSF acerca da dimensão educativa da capacitação que lhe é fornecida. Para a realização deste estudo será utilizado um formulário com perguntas abertas mediante entrevista com os ACS abordando questões referentes ao tema. As respostas serão gravadas e posteriormente transcritas.

Será garantido o anonimato aos sujeitos pesquisados e o caráter confidencial das informações coletadas. Também afirmo que não haverá nenhuma influência quanto ao vínculo empregatício, isento de qualquer iniciativa coercitiva para os sujeitos, junto ao seu local de trabalho. Os sujeitos da pesquisa serão esclarecidos sobre quaisquer dúvidas e questionamentos, sendo posteriormente informados do resultado da pesquisa.

A pesquisa tem como orientadora a Professora Dr^a. Maria Cristina Pansera de Araújo, sendo que qualquer contato deve ser feito com a pesquisadora pelo telefone (xx)55-99918002.

Declaro para os devidos fins, ter sido informado das finalidades da pesquisa e que concordo espontaneamente em participar da mesma. Tenho ciência de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que posso negar-me a participar do estudo a qualquer momento.

Márcia W. Paganotto Lopes

Pesquisadora

Assinatura do Sujeito Pesquisado

APÊNDICE D

CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL

Eu, Márcia Werklehr Paganotto Lopes, enfermeira, mestranda do Curso de Pós-graduação em Educação nas Ciências da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI pretendo realizar a presente pesquisa intitulada “Olhar do agente comunitário de saúde de uma equipe do programa de saúde da família sobre a dimensão educativa de sua capacitação” tendo como objetivo identificar qual a percepção do ACS do PSF acerca da dimensão educativa da capacitação que lhe é fornecida. Para a realização deste estudo será utilizado um formulário, com perguntas abertas, mediante entrevista com os ACS, abordando questões referentes ao tema. As respostas serão gravadas e posteriormente transcritas.

Será garantido o anonimato aos sujeitos pesquisados, bem como da instituição e o caráter confidencial das informações coletadas. Também garanto que não haverá nenhuma influência quanto ao vínculo empregatício, isento de qualquer iniciativa coercitiva para os sujeitos, junto ao seu local de trabalho. Os sujeitos da pesquisa serão esclarecidos sobre quaisquer dúvidas e questionamentos, sendo, posteriormente, informados do resultado da pesquisa.

A pesquisa tem como orientadora a Professora Dr^a. Maria Cristina Pansera de Araújo, sendo que qualquer contato deve ser feito com a pesquisadora pelo telefone (xx)55-99918002.

A pesquisa não implicará em ônus para a SMS nem ao município e será de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Nestes termos, peço deferimento, para que a mesma seja realizada na SMS deste município.

Márcia W. Paganotto Lopes

Pesquisadora

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](#)