

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE: ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO NA VISITA
DOMICILIAR**

MAYARA ATHANÁZIO DIOGO

**VOLTA REDONDA
2013**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE: ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO NA VISITA
DOMICILIAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA como requisito à obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente.

Aluno:
Mayara Athanázio Diogo

Orientador:
Prof.Dr. Marcelo Paraíso Alves

**VOLTA REDONDA
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

D591_ Diogo, Mayara Athanázio.

Educação permanente do agente comunitário de saúde:
organização e planejamento na visita domiciliar, Mayara Athanázio,
Diogo. – Volta Redonda: UnifQA, 2013.

163 p. : II

Orientador: Marcelo Paraíso Alves

Dissertação (mestrado) – UnifQA / Mestrado profissional em Ensino
em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2013.

1. Agente comunitário de saúde-dissertação. 2. Visita domiciliar -
organização. 3. Visita domiciliar - planejamento. I. Alves, Marcelo
Paraíso. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 362.10425

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mayara Athanázio Diogo

EDUCAÇÃO PERMANENTE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO NA VISITA DOMICILIAR

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Marcelo Paraíso Alves

Profª Drª. Ilda Cecília Moreira da Silva

Profª Drª. Maria Manuele Vila Nova Cardoso

**VOLTA REDONDA
2013**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho especialmente a Deus por iluminar meus caminhos, me dar sabedoria e criatividade.

Aos meus pais Diogo e Leonor, que sempre estiveram ao meu lado, pelo amor, incentivo e apoio dedicado.

À minha irmã Helen Bitencourt e seu esposo Rogério Bitencourt.

À minha madrinha e querida amiga Olga, que sempre me acolheu nos momentos em que eu mais precisava.

Sem vocês essa conquista não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que direciona a minha vida.

À superintendência da Atenção Básica de Angra dos Reis, Sr. Társio e Enf.^a Gracilene. À Fundação de Saúde de Angra dos Reis. À prefeitura de Angra dos Reis, Subsecretaria de Treinamento e Desenvolvimento, pela espaço para aplicação da Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde e fornecimento dos certificados. A todos os Agentes Comunitários de Angra dos Reis, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde dos distritos I e II, que participaram da pesquisa e da Educação Permanente. Aos enfermeiros Mauro Xavier, Maria José e Jacir, pela ajuda, por meio de grupos focais. Ao Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA e à Eletronuclear pelo apoio ao produto da pesquisa.

Ao professor Edson Juvêncio. À professora Ilda Cecília referência profissional, pelas orientações e conselhos acadêmicos. Aos revisores Maria Cecília, Marly Lacerda, e Jesuan Amaral. A Gilda Soares formatação e edição do produto desta dissertação. Aos colegas de mestrado e em especial a Lijamar. Ao Hebert Rucaglia e família por auxiliar no desenvolvimento e criação dos gráficos e planilha. À minha madrinha e amiga Olga dos Santos. À família Ximenes, em especial ao Valdo.

À Helen e ao Rogério Bitencourt Diogo. Aos meus pais, Diogo e Leonor pelo amor e admiração.

Ao professor Dr. Marcelo Paraíso Alves pela competência na orientação deste trabalho acadêmico.

Pois será como árvore plantada junto a ribeiro de águas, a qual dá o seu fruto no seu tempo; as suas folhas não cairão, e tudo quanto fizer prosperará.

Salmos 1.3

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar os principais problemas que entravam a atividade profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família, no município de Angra dos Reis. A intenção foi de implementar uma proposta de educação permanente para ACS elaborada a partir do diagnóstico dos principais problemas enfrentados no município de Angra dos Reis. Como escopo metodológico, optou-se pela abordagem qualitativa, utilizando os seguintes instrumentos investigativos: caderno de campo, entrevista semiestruturada aplicada por intermédio de grupo focal direcionado aos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do II distrito do município de Angra dos Reis, e, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do I e II distrito da cidade mencionada. No decorrer da investigação perceberam-se os seguintes aspectos: primeiro, que o agente é o profissional que consegue estabelecer um vínculo com a família, facilitando a ação da equipe da estratégia, tornando-se o elo da equipe com a comunidade; segundo, identificou-se a sobrecarga de tarefas realizadas pelos agentes, devido sua dificuldade em gerenciar o tempo, planejar e organizar suas atividades; terceiro, percebeu-se a dificuldade dos agentes na realização das visitas domiciliares em decorrência da falta de planejamento e organização. Nesse sentido, o produto criado destinado à superação de tal problema foi a proposta de Educação Permanente para os agentes comunitários. Com a validação do produto verificou-se uma significativa melhora no desenvolvimento do trabalho dos agentes, pois foi possível perceber neles a autonomia para o planejamento de suas atividades e o gerenciamento do tempo das visitas.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; organização; planejamento.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyse the main problems hindering the professional activity of the Community Health Agent in the Family Health Strategy of the district of Angra dos Reis. The intention was a proposal of Continuing Education for Community Agents, related to health service planning and organization. As a methodological goal a qualitative approach was chosen by using the following investigative instruments: a field-work notebook; semi-structured interview applied through a focus group addressed to the Family Health Strategies (FHS) nurses, of the second district of Angra dos Reis and the Community Health Agents Program (CHAP), of the first and second districts of the city mentioned above. During the research, the following aspects were noticed: first, the agent is the professional who managed to establish a bond with the family, thus facilitating the strategy team action and becoming the team's link with the community; second, an overload of tasks performed by the agents was identified, due to their difficulty in managing time, planning and organizing their activities; third, the agents' difficulty was perceived in accomplishing home visits due to the lack of planning and organization. In this sense, the product created with the purpose of overcoming such a problem was the proposal of a permanent education for community agents. With the product validation a significant improvement in the development of the agents' work was verified, because it was possible to notice in them the autonomy to plan their activities and their visits time administration.

Keywords: Community health agents; organization; planning.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. METODOLOGIA.....	19
2.1 Contextualização da área de estudo: atores pesquisados	19
2.2 Instrumentos e coleta de dados.....	21
3. TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	28
3.1. O final do Império à República Velha (1822 a 1929).....	28
3.1.1. As ações de saúde no interior do Brasil.....	33
3.2. As políticas de Saúde na Era Vargas e os movimentos populistas (1930 a 1963).....	36
3.3. Políticas de Saúde no Golpe Militar e a Reforma Sanitária (1964 a 1988)	44
4. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	55
5. A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A DESCENTRALIZA ÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	60
5.1. Breve histórico e pressupostos do Programa de Agentes Comuni- tários de Saúde: o foco na família.....	60
5.2. Do Programa Saúde da Família (PSF) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).....	63
6. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: APRESENTAÇÃO E DIS CUSSÃO DOS RESULTADOS.....	68
6.1 Perfil do Agente Comunitário.....	68
6.2 Papel do Agente Comunitário de Saúde.....	72
6.3 As demandas e dificuldades do trabalho dos Agentes Comunitários	
6.4 Educação Permanente para agentes comunitários: um processo de mudança na concepção da prática de capacitação profissional.....	78 87

7. PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO DO TEMPO NA VISITA	
DOMICILIAR.....	96
7.1. Sobre o tempo.....	96
7.2. O tempo e a influência no trabalho de saúde: a visita	
domiciliar em destaque.....	102
8. PRODUTO: EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS AGENTES COMU	
NITÁRIOS DE SAÚDE.....	112
8.1 Metodologia do Produto.....	113
8.2. Apresentação e Validação do Produto.....	119
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
10. REFERÊNCIAS.....	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	107
Quadro 2	108
Quadro 3	109

LISTA DE SIGLAS

ANM - Academia Nacional de Medicina

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AI - Ato Institucional

AIS - Ações Integradoras de saúde

BNDS - Banco Nacional de desenvolvimento Econômico

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CBO - Código Brasileiro de Ocupações

CONASP - Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária

CTB - Confederação dos Trabalhadores do Brasil

DGSP - Diretoria Geral de Saúde Pública

DNS - Departamento Nacional de Saúde

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais

ESF - Estratégia Saúde da Família

IAP's - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

MES - Ministério da Educação e Saúde

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da saúde

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOAS - Normas Operacionais de Assistência a Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS – Organização das Nações Unidas

PAB - Piso da atenção Básica

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PPI - Programa Pactuado Integrado

PPS - Plano de Pactuação Social

PSF- Programa Saúde da Família

MRSB - Movimento de Reforma Sanitária Brasileira

SESP - Serviço Especial em Saúde Pública

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

THD - técnico de higiene bucal

TFD - Tratamento

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e esclarecido	145
Apêndice 2 - Questionários dos Agentes comunitários de Saúde I	146
Apêndice 3 - Roteiro do Grupo Focal Enfermeiros.....	148
Apêndice 4 - Questionários de Validação dos Agentes comunitários de Saúde II.....	149

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Parecer do Comitê de ética	151
Anexo 2 Ficha A	152
Anexo 3 Ficha B HAN.....	154
Anexo 4 Ficha B HA.....	156
Anexo 5 Ficha B DIA.....	158
Anexo 6 Ficha B GES.....	160
Anexo 7 Ficha B TUB.....	162

1 INTRODUÇÃO

Aprofundou-se a inserção no campo das Políticas de Saúde, desde 2010, a partir de trabalho realizado junto a Unidade Básica de Saúde e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Angra dos Reis. Conhecimentos foram construídos, por meio dos diversos saberes existentes nos profissionais com os quais se teve relacionamento na Atenção primária de Saúde – enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, assistente social, cirurgiã dentista, fisioterapeuta, além do Agente Comunitário de Saúde – ACS.

Do contato com esses saberes, refletiu-se e vislumbrou-se questões de melhoria do atendimento aos usuários dos SUS, mais especificamente a partir da Educação Permanente dos profissionais que atuam na atenção primária na organização do trabalho cotidiano do ACS.

A Saúde da Família é a estratégia que o Ministério da Saúde do Brasil escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da Atenção Básica (BRASIL, 1997, p. 12).

A idéia deste trabalho surgiu a partir de problemas, conflitos, tensões e conversas informais com coordenadores da Atenção Básica, enfermeiros, outros profissionais da Estratégia Saúde da Família - ESF e de Programas de Agentes Comunitários - PACS bem como, com os usuários dos respectivos serviços do município de Angra dos Reis no transcorrer do ano de 2011. No transcorrer do ano de 2011, manteve-se conversas informais com coordenadores da Atenção Básica, enfermeiros e outros profissionais da Estratégia Saúde da Família - ESF e de Programas de Agentes Comunitários – PACS, bem como, com os usuários dos respectivos serviços do município de Angra dos Reis, onde os problemas, conflitos e tensões eram discutidos. Desses encontros surgiu a ideia deste trabalho. (optar entre os anos 2010 e 2011)

Por meio desses diálogos e observações, algumas das reflexões e angústias que assolavam a maioria dos profissionais que atuavam na ESF, tanto na prática da saúde, quanto na coordenação, foram postas em evidência. Todos apresentavam a

mesma inquietação quanto à carga de atividades, de demandas e de atualizações dos programas e a pouca formação. Devido a esses dados, escolheu-se como centralidade os problemas oriundos da prática dos ACS na ESF em Angra dos Reis.

Segundo o relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II, Pró-Saúde II E I Encontro Nacional Dos Coordenadores dos Projetos selecionados para o Pet-Saúde, realizado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Organização Pan- Americana da Saúde e Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa no ano de 2009 o Ministério da Saúde acredita que as unidades de saúde da família devam ser capazes de resolver 85% dos problemas de saúde existentes em suas comunidades, prestando um atendimento de qualidade e assistência, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

Entretanto, o ACS, que representa o elo deste serviço com a comunidade, em raros momentos obtém uma formação que realmente o capacite para adentrar nos programas mencionados, atuando de modo a assistir os usuários com qualidade satisfatória.

Diante do referido contexto cabe perguntar: como o ACS toma conhecimento de suas atribuições? Até que ponto a falta de uma política de Educação Permanente dificulta a organização do trabalho na ESF? A ESF, no município de Angra dos Reis, desenvolve cursos de formação para os Agentes Comunitários? Sabendo que os agentes são sujeitos que emergem da própria comunidade, como se desenvolvem as políticas de Educação Permanente destes profissionais no município citado? Como se encontram as ações cotidianas dos ACS no referido município? Possuem uma rotina pré-estabelecida em sua unidade de saúde? Como organizam sua agenda de tempo para o trabalho?

Na intenção de investigar as questões explicitadas a pesquisa apresentou como objetivo geral analisar os principais problemas que dificultam a atividade do ACS na ESF no município de Angra dos Reis por intermédio de observação sistemática, propondo um curso de formação em organização e planejamento em

saúde e elaboração de um manual para tal segmento profissional. E especificamente pretende-se identificar os fatores que dificultam as ações dos ACS no desenvolvimento do seu trabalho; investigar qual o conhecimento que os ACS possuem de sua prática profissional no município de Angra dos Reis; refletir sobre a rotina de trabalho e o gerenciamento do tempo do agente no município de Angra dos Reis; verificar como os agentes comunitários organizam e planejam suas atividades; criar uma proposta de Educação Permanente para Agentes Comunitários de Saúde de Angra dos Reis relacionado à organização e planejamento do tempo no serviço de saúde; implementar uma proposta de educação permanente para ACS elaborada a partir do diagnóstico dos principais problemas enfrentados no município de Angra dos Reis.

2 METODOLOGIA

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO: ATORES PESQUISADOS

Tomar a prática do ACS como centralidade de estudo, implica estabelecer relações com os modelos de atenção à saúde. Segundo Franco e Merhy (2006) para se alcançar tal proposta de estudo, é necessário situar essa temática na gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho, que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, para construir saúde.

Neste sentido, torna-se imperiosa a necessidade de assinalar onde o estudo foi realizado: a investigação se desenvolveu no município de Angra dos Reis cujo histórico se alinha ao portuário do litoral sul, especializado em minério de carvão, com um grande terminal marítimo de petróleo que abastece refinarias do Rio de Janeiro e de São Paulo.

Angra dos Reis, de acordo com o último censo realizado em 2010, conta com uma população de 169.270 habitantes e tem sua localização na região da Baía da Ilha Grande área de 819,6 km². Os seus limites territoriais ocupam uma posição fronteiriça estabelecendo divisas com diversos municípios: Paraty (RJ), Mangaratiba (RJ), Rio Claro (RJ), São José do Barreiro (SP), Bananal (SP) e com o Oceano Atlântico.

O município é sede de um importante estaleiro de construção naval e um complexo de usinas termoelétricas movidas à energia nuclear, as Usinas Nucleares de Angra 1 e Angra 2, localizadas na enseada de Itaorna.

Devido a seu litoral recortado com a Serra do Mar que leva a mata tropical atlântica até ele, e, ainda ocupando a maioria de suas inúmeras ilhas, a área também é disputada pelo turismo apresentando grande quantidade de residências de veraneio das classes altas do Rio de Janeiro.

Angra dos Reis é uma das cidades mais antigas do Brasil cuja história é exibida por intermédio de sua arquitetura, e abarca uma região naturalmente belíssima, com 8 baías, 2.000 praias e 365 ilhas entre elas a Ilha Grande e a Ilha da Gipóia (IBGE 2010).

Essa disposição territorial que se configura com um grande distanciamento entre o centro e diversos bairros periféricos dificulta a administração municipal em grande parte de suas demandas: educação, saneamento, lazer, as políticas públicas em geral, e no caso específico deste trabalho a saúde, mais especificamente a atenção primária. Outro aspecto que complica tais ações são as peculiaridades deste município como: sertões, reservas indígenas e as populações que vivem nas áreas das ilhas.

Assim, cabe ressaltar que desde 1988 até dezembro de 2004 a Secretaria Municipal de Saúde era a responsável pela gestão do SUS no município. A partir de janeiro de 2005 por intermédio da lei 1509 de 30 de dezembro de 2004 foi criada a Fundação de Saúde de Angra dos Reis (FuSAR) que passou a responder pelo controle e aplicação de recursos SUS.

A rede pública de saúde em Angra dos Reis encontra-se organizada em 5 Distritos Sanitários contando com a seguinte estrutura: 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 6 unidades de Pronto Atendimento (SPA) incluindo o Pronto Atendimento Infantil (PAI), 1 Pronto Socorro Geral, 1 Centro de Especialidades Médicas (CEM), 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 25 Módulos do Programa Saúde da Família, 05 equipes do PACS, 1 Laboratório Central, 2 Hospitais Conveniados, 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), 1 Hemonúcleo, 1 Central de Marcação de Consultas, 1 Central de Ambulâncias, 1 Farmácia central, 1 Unidade de TFD, 1 Unidade de Vigilância Epidemiológica, 1 Unidade de Vigilância Sanitária.

A coleta de dados ocorreu nas Estratégias de Saúde da Família e Programas de Agente Comunitários de Saúde dos Distritos Sanitários I e II. O Distrito Sanitário I compreende os bairros do centro de Angra dos Reis e o Distrito II os bairros da Serra D'Água, Nova Angra, Banqueta, Encruzo, Campo Belo e Areal.

A opção pelo I e II distritos se deu pelo quantitativo de ACS envolvidos e devido à diversidade de áreas abrangidas (sertão, área rural e área urbana). Em No momento da pesquisa o município de Angra dos Reis contava com 178 agentes comunitários. Participaram da pesquisa quarenta agentes comunitários de saúde e quatro enfermeiros.

2.2 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

O estudo em questão utilizou como metodologia a abordagem qualitativa. Essa aproximação se deve pela característica que a referida ótica permite pesquisar. Para Minayo (2004) a pesquisa qualitativa permite compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; permite a avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica como dos usuários a quem se destina.

Essa ótica de pesquisa contemplou o estudo realizado, pois permitiu o acompanhamento das ações do ACS durante a sua rotina de trabalho, bem como um diálogo com suas impressões sobre a unidade de saúde, os usuários, o seu trabalho, dentre outros aspectos.

Na tentativa de apreender e produzir os dados necessários para a discussão proposta neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: caderno de campo, entrevista semiestruturada utilizado por meio de Grupo Focal (direcionado aos enfermeiros das Estratégias de saúde da família (ESF) do II distrito de Angra dos Reis e do Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do I e II distrito de Angra dos Reis) e o questionário semi-estruturado com questões abertas, que foi utilizado para os ACS do referido distrito, antes e após a formação aplicada nos dias 02, 09, 23, 30/06, 07 e 14/07/2012, com duração de 8 horas cada.

O caderno de campo foi utilizado cotidianamente na Unidade Básica de Saúde do Bairro do Areal, município de Angra dos Reis, durante toda a pesquisa.

A tentativa era apreender indícios, sinais (GINZBURG, 1989) fragmentos de comportamentos e hábitos dos sujeitos que não são revelados nas falas, nos depoimentos, mas que emerge nas práticas cotidianas dos sujeitos em suas ações. O caderno de campo permitiu o acompanhamento do cotidiano do trabalho dos Agentes comunitários: a forma como organizam seu serviço e tempo de trabalho e as interações destes com a equipe.

Minayo (2007, p. 40) citando Malinowski (1984) menciona a importância do caderno de campo ao frisar a valorização do processo de observação direta distinguindo-o dos outros momentos do trabalho de campo como os depoimentos dos entrevistados e os de interpretações e inferências do pesquisador. “Toda estrutura de uma sociedade encontra-se incorporada no mais evasivo de todos os materiais: o ser humano”.

Martins (2009, p.86) reforça que observação é uma técnica de coleta de informações, dados e evidências que utiliza os sentidos para obtenção de determinados aspectos da realidade.

O caderno de campo também me auxiliou no registro de parcerias que foram acontecendo ao longo da pesquisa. As observações foram realizadas no período compreendido entre novembro de 2012 a abril de 2013, diariamente de 8 às 10 horas.

A entrevista semiestruturada em grupo, realizada com os enfermeiros, foi outro instrumento utilizado na configuração de um grupo focal das ESF e PACS do II distrito de Angra dos Reis, pois segundo Minayo (2007) o pesquisador constrói uma série de possibilidades de informações que lhe permite levar em conta várias opiniões sobre o mesmo assunto e obter mais informações sobre a realidade.

O grupo focal realizado com os enfermeiros se deve pela responsabilidade técnica deste profissional junto ao trabalho dos ACS, e devido ao fato destes profissionais atuarem nas unidades do I e II distrito sanitário de Angra dos Reis.

Na pesquisa contou-se com a participação de quatro enfermeiros advindos das seguintes Unidades de Saúde: um enfermeiro do PACS Centro, que compreende o Bonfim, Vila Velha e o Morro do Carmo; um enfermeiro da ESF do Encruzo da Enseada; uma enfermeira da ESF do Campo Belo e uma enfermeira do PACS do Areal.

É importante informar que na reunião realizada no dia 21 de maio de 2012, com três horas e trinta minutos de duração, por motivo de licença médica, outros enfermeiros que atuam nas unidades de saúde mencionadas não puderam participar da pesquisa.

A reunião do grupo ocorreu em uma sala privada, pois havia a preocupação com as interferências externas. Procurou-se ainda proporcionar um ambiente agradável, confortável e acolhedor (RESSEL et. al, 2008).

Os participantes da reunião do grupo sentaram-se em volta de uma mesa circular, permitindo assim uma maior interação. A moderadora sentou-se de forma a possibilitar a observação e a interação com todos do grupo (DALL'AGNOL. C.M; TRENCH, 1999).

O início da sessão do grupo focal se deu com a apresentação dos enfermeiros, suas respectivas unidades e o quantitativo de agentes comunitários. O grupo era orientado por meio de um roteiro pré-definido (apêndice 03), que serviu de esquema norteador, sistematizando as questões e os objetivos do grupo focal. Neste sentido foi possível manter a discussão em foco, aprofundando-se nas temáticas pretendidas pela pesquisa: dificuldades do ACS, visitas domiciliares, organização e planejamento do tempo, papel do ACS, capacitação dos agentes.

Algumas das questões constantes no roteiro (apêndice 03) são citadas a seguir. Quando surpreendidos por determinados prazos e metas, seus agentes comunitários sempre conseguem cumpri-los ou encontram dificuldades? Em relação às visitas domiciliares, a forma como seus ACS organizam essa atividade é eficaz, ou você acha que eles precisam apreender a planejar melhor essa atividade? Você avalia a necessidade de melhora do conteúdo dessas visitas, para que se tornem mais abrangentes? Você poderia afirmar que seus agentes são profissionais pró-

ativos ou precisam de capacitações, aprimoramentos, aperfeiçoamentos para que isso possa ser afirmado?

O grupo focal contava com uma moderadora que também era responsável por observar as expressões não verbais comunicadas ao longo do discurso. A moderadora facilitava as discussões, encorajando os depoimentos e assegurando espaço para que todos os participantes se expressassem. Permitia que o debate se mantivesse focalizado, fazendo intervenções quando necessárias, para manter o debate em consonância com as orientações do grupo focal (RESSEL et. al, 2008).

No final da sessão a moderadora recolheu o material (questionário e gravação) para análise dos dados, de acordo com recomendações para pesquisa de grupo focal, e abordagem qualitativa. Para preservar a identidade e o anonimato dos colaboradores do estudo, utilizou-se números (enfermeiro 1, enfermeiro 2) para identificá-los na transcrição de seus depoimentos.

Os grupos focais têm ainda o potencial de permitir a apreensão das contradições a partir de argumentações ao contrário das entrevistas que costumam ocorrer de forma solitária. Observou-se que a discussão realizada foi significativa, pois permitiu perceber as problemáticas oriundas das diversas realidades que compõem tal contexto social (MINAYO, 2010).

O grupo focal representou uma peça chave no desenvolvimento dos módulos da formação permitindo captar as angústias, tensões e enfrentamentos vivenciados por equipes distintas, que apesar de se localizarem no mesmo município e em distritos bem próximos possuem uma diversidade devido à cultura local.

A partir do grupo focal foi possível discutir temáticas (TRAD, 2009) que foram abordadas em cada módulo, observando as falas dos entrevistados, assim como perceber alguns aspectos em que as equipes precisavam ser trabalhadas: motivação trabalhada em equipe, organização do trabalho, planejamento das tarefas, compromisso com as ações, gerenciamento do tempo, conhecimento dos programas, desconhecimento do mapeamento de riscos, dentre outros problemas.

É relevante ressaltar que as discussões que emergiram por meio deste instrumento, o grupo focal, segundo Minayo (2007) foram utilizadas como ponto de

partida para a elaboração da proposta de Educação Permanente para Agentes Comunitários, pois se acredita que esse instrumento revelou aspectos importantes e valiosos que seriam aplicados no curso em elaboração para os agentes Comunitários. É importante lembrar que cada unidade de saúde possui suas particularidades, suas diferenças, até mesmo culturais, dependendo da sua localização. Esses são fatores que precisam ser observados, para que o curso a ser elaborado como produto desta dissertação, atenda a todas as unidades de saúde e não apenas uma unidade em especial, atingindo, desta forma, a efetividade desejada.

Na pesquisa qualitativa, a interação entre pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial. Todo o empenho é investido para que “o corpo e o sangue da vida real componham o esqueleto das construções abstratas” (MALINOWSKI, 1984, p.37).

Outro instrumento utilizado foi o questionário semi-estruturado, com questões abertas, aplicado a 40 agentes comunitários, com a intenção de compreender e captar as dificuldades encontradas na rotina de trabalho, por intermédio da fala do próprio agente comunitário. O questionário aplicado antes e depois do curso da formação tentou captar como os referidos sujeitos utilizaram os produtos que chegaram a eles, promovendo possíveis mudanças na demandas cotidianas de trabalho. No momento da pesquisa alguns agentes comunitários não puderam participar, por motivo de licença médica.

Antes de se iniciarem as entrevistas todas as informações a respeito do interesse, da utilização, do objetivo, das condições da mesma e do compromisso do anonimato da repostas. Em todo o momento da conversação era demonstrado ao agente comunitário motivação e credibilidade (LAKATOS, 2008).

As entrevistas tinham duração de duas horas em cada unidade de saúde e eram agendadas com os enfermeiros das respectivas unidades, que liberavam os agentes para participarem da pesquisa. Os agentes eram convidados a participar voluntariamente da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A intenção da pesquisa foi romper com o paradigma moderno – dicotômico -, que separa sujeito (pesquisador) e objeto (pesquisado), concebendo a investigação em uma perspectiva de enredamento, em que se recupera a experiência do sujeito para se trabalhar em rede (ALVES, 2008). É a perspectiva de conceber as falas dos sujeitos como reveladoras de condições de vida, da expressão dos sistemas de valores e crenças e, ao mesmo tempo, ter o potencial de transmitir o que pensa o grupo dentro das suas condições históricas, socioeconômicas e culturais. Diante dessa perspectiva torna-se relevante mencionar a construção de conhecimentos em rede, realizada entre os enfermeiros no grupo focal e dos agentes comunitários por intermédio dos questionários, permitindo a criação do produto desta dissertação: proposta de Educação Permanente para os ACS.

É relevante ressaltar que a investigação atendeu as demandas preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o estudo aprovado pelo comitê de ética (anexo 7), obedecendo aos aspectos éticos em que os pesquisadores apresentam os objetivos do estudo e solicitam a participação voluntária dos sujeitos participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que dará plena liberdade para o entrevistado sair do estudo a qualquer momento sem incorrer em nenhuma penalidade sendo sua identidade mantida como informação confidencial.

O estudo partiu de questões teóricas e epistemológicas, na intenção de contribuir para a melhoria do ensino em ciências da saúde e da pesquisa e, em decorrência da prática profissional, para desdobrar-se em duas direções complementares: primeira, possibilitar aos profissionais de saúde, principalmente aqueles envolvidos com atenção básica, um olhar que compreenda a complexidade em seu entorno; segunda, sensibilizar e conscientizar as autoridades competentes no que refere à necessidade imediata de uma política de Educação Permanente dos Agentes Comunitários de Saúde.

Realizou-se um histórico aprofundado sobre a História da Saúde pública, por duas razões consideradas relevantes: primeira, partiu-se do pressuposto de que é imprescindível que o ACS tenha em sua formação a trajetória histórica da Saúde Pública no Brasil, portanto, tal dissertação não poderia deixar de apresentar em seu escopo teórico a referida discussão; e segunda, considerando a necessidade de

compreender os aspectos que influenciaram a constituição das políticas de atenção primária, discutir a trajetória da saúde no Brasil, pois, como ressalta Bertolozzi e Greco (1996) é fundamental o conhecimento das raízes das políticas de saúde implantadas ao longo da constituição do Estado brasileiro para compreender as articulações entre os processos econômico, políticos, sociais e culturais que impactam atualmente as práticas de saúde.

3 TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Para compreender o processo histórico de conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, assim como, o processo de reorganização da atenção primária de saúde e a inserção do Agente Comunitário de Saúde nesse cenário, é fundamental a discussão das bases históricas que interferiram, constituíram e o movimentaram. Para Escorel e Teixeira (2008) as políticas de saúde no Brasil atravessaram três grandes períodos: do final do Império à República Velha; da Era Vargas e o período do “desenvolvimento populista” encerrado com o golpe militar que depôs João Goulart. Na intenção de facilitar a compreensão de tal percurso histórico o presente estudo buscou traçar o mesmo caminho.

3.1 Do final do Império à República Velha (1822 a 1963)

Segundo Escorel e Teixeira (2008) durante a Colônia e mesmo no início do império, os problemas de saúde não abrangiam apenas a medicina, pois esta era exercida por um grupo pequeno de médicos, cirurgiões e boticários de formação europeia, membros da elite, voltados para atender as camadas mais altas da população. Assim, a prática médica era desconhecida dos mais pobres, que se utilizavam de curandeiros diversos, para tentar resolver seus problemas de saúde. Isso não quer dizer que não havia instâncias médicas oficiais – somente mostra o pouco alcance da medicina oficial, que por muito tempo teve de disputar com diversos agentes de cura a prerrogativa de se responsabilizar pela saúde dos brasileiros.

Em 1808, com a chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro, foram criadas as primeiras instâncias de saúde públicas em terras brasileiras: fisicultura-mor (que fiscalizava o exercício da medicina limitando-se a habilitar os interessados a trabalhar oficialmente na arte de curar e, principalmente, na aplicação de multas aos que exerciam o cargo sem habilitação) e a Provedoria-mor de saúde (também dirigida pelo físico-mor tinha como objetivo garantir a salubridade da Corte atuando

na fiscalização dos navios para impedir a chegada de doenças em nossas cidades costeiras (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nunes (2000) reitera que algum objetivo com características de saúde ocorreria nesse período somente quando fosse preciso aumentar a produtividade. Nunes (2000) relata que o estudo detalhado de periódicos, cartas, ofícios, documentos e teses evidenciam que o tema saúde não fazia parte do projeto colonial português. Somente é registrado no momento que a medicina disputa um lugar entre o organismo de controle social sobre a cidade. A administração portuguesa somente no século XIX se preocupará com a doença para a saúde dos brasileiros, apesar dos evidentes problemas sanitários, em relação aos portos, casa e praias, e a intensa epidemia de lepra e a peste. Ao falar das perspectivas de futuro em relação à saúde, Nunes (2000) reitera que algum objetivo com características de saúde ocorreria nesse período somente quando fosse preciso aumentar a produtividade. (frase repetida no início do parágrafo convém eliminá-la)

Com a Independência surgiram no país as primeiras faculdades e agremiações médicas. Incluindo as atividades dos cirurgiões e a criação das primeiras escolas de medicina. Nunes (2000) cita que desde 1829 com a criação da Sociedade de Medicina de Cirurgia do Rio de Janeiro, que marca o início da implantação da medicina social no Brasil, pode-se observar a influência que a sociedade irá exercer sobre as decisões governamentais no que se refere à saúde pública.

Entretanto, Escorel e Teixeira (2008) relatam que apesar dessas iniciativas o avanço da medicina oficial não ampliou de imediato os cuidados com a saúde da população que permaneceu por muito tempo recorrendo a diversos agentes de cura sem saber científico denominado pelos médicos de charlatões.

Segundo Oliveira (1983) deve-se destacar a defesa do saber médico e sua relação com o Estado, pois a medicina impõe uma condição ao Estado para que seu serviço seja colocado à disposição no combate às epidemias. Os médicos cobram do Estado uma posição quanto ao combate ao charlatanismo, sendo essa uma questão de honra, e ao reconhecimento do saber sobre a saúde.

Para Escorel e Teixeira (2008) atuando de forma descentralizada os municípios acabaram agindo de acordo com os interesses e as necessidades locais. Em meados do século XIX a autonomia dos municípios em relação à saúde começa a diminuir. Esse período é caracterizado por forte crise sanitária devido aos grandes surtos epidemiológicos principalmente, o da febre amarela. Oliveira (1983) reitera afirmando que as cidades eram consideradas as causas das doenças e das desordens.

A Academia Imperial de Medicina é instituída, através do decreto 8/5/1835, assim como a sociedade de medicina e cirurgia, objetivando a preocupação com a saúde pública. Em 21 de novembro de 1891, o governo modificou a denominação para Academia Nacional de Medicina (ANM) (NUNES, 2000).

Com relação a esse aspecto, Moraes (1983) ressalta que o discurso da ANM não fala em atendimento à população em massa. O modelo de atuação era baseado na prática especializada e necessariamente clínica, basicamente uma luta para universalização médica. Porém, o Estado vivenciava outra realidade, voltado para o modelo sanitarista, o que não estava representado na ANM.

Segundo Nunes (2000) o projeto do Estado em relação à saúde nesse momento era Campanhista. Baseado no modelo do médico e cientista Oswaldo Cruz, cujo objetivo era combater e as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais esse modelo tornou-se um dos pilares das políticas de saúde no Brasil.

Assim, a saúde pública passou por uma nova reforma com o surgimento da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). A intenção com a reforma era dar uma resposta aos problemas de saúde que escapavam à responsabilidade dos estados, assumindo como atribuições principais a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, a fiscalização do exercício da medicina e farmácia, os estudos sobre doenças infecciosas, a organização de estatísticas demográfico-sanitárias e auxílio aos estados em momentos epidêmicos, sob a solicitação dos governos locais (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008).

Nesse período, o modelo campanhista de inspiração bélica adota um estilo repressivo de intervenção médica tanto para o indivíduo quanto para a sociedade.

Esse modelo dominou a república velha. Traços desse modelo configuram ainda hoje o perfil autoritário em grande parte das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em políticas de saúde no Brasil (LUZ, 1991).

Para Escorel e Teixeira (2008) embora Oswaldo Cruz e vários políticos que o apoiavam tenham insistido junto ao governo federal na transformação do Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP) num órgão permanente com organização definida e orçamento adequado, apto a se voltar para a saúde pública em nível nacional, isso não se concretizou. Devido à convicção dos governantes a saúde não logrou estruturas permanentes naquele período.

Muito antes da criação do DGSP e da fundação do Instituto de Manguinhos, as oligarquias paulistas resolveram por em prática algumas ações para melhorar as condições de saúde no Estado. A constante recusa do governo central em enviar recursos para investir em saúde em momentos de crise sanitária ampliava o sentimento das oligarquias locais de não ser possível ficar a mercê da União nesse sentido. Mediante a esse cenário em 1892 foi consagrado o princípio da descentralização das atividades de saúde. O governo de São Paulo investiu na criação de um vasto sistema de saúde.

Um aspecto importante a ser ressaltado, refere-se a uma vasta expansão da lavoura cafeeira, com predominância de grupos oligárquicos regionais. Isso representava um forte desenvolvimento socioeconômico e ao mesmo tempo um entrave às iniciativas sanitárias, bem como às tentativas de ampliação do serviço médico, que não davam conta das demandas relacionadas ao crescimento populacional. Foi nesse contexto de expansão socioeconômica e carência de serviços de saúde pública, que se deu a reforma sanitária em São Paulo (BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

Assim, Fernandes (2009) relata que foi no contexto da crise sanitária, no período da proclamação da República do Brasil, em 1889, e até ao ano de 1922, que o país viu (nascer) nascerem 112 Santas Casas de Misericórdia, 58 delas no estado de São Paulo. Por seu turno, percebia-se por parte do governo a intervenção na Saúde Pública. Para o autor, a vertente sanitária foi marcada por dois grandes momentos: a organização da saúde introduzida por Oswaldo Cruz e a criação do

Departamento Nacional de Saúde Pública, *locus* das reformas desenvolvidas por Carlos Chagas.

Foram criados laboratórios destacando-se o laboratório bacteriológico responsável por diagnosticar doenças epidemiológicas. Na luta contra os surtos epidêmicos também foram criados institutos: em 1893 se desenvolveu o Instituto Bacteriológico dirigido por Adolpho Lutz. Em 1900, foi criado o Instituto Butantan, devido ao aparecimento da peste bubônica na cidade de Santos, em 1899. (ESCOREL E TEIXEIRA 2008).

O autor supracitado ainda menciona que no estado de São Paulo, em 1984 foi criado o código sanitário do Estado de São Paulo, primeiro regulamento do tipo no país. O documento falava a respeito de vários aspectos que regulavam a vida urbana para que houvesse um controle sanitário: 1) dos locais de passagens e estadia; 2) da alimentação; 3) do abastecimento.

A ampliação dos serviços de saúde em São Paulo nos primeiros anos da república foi de grande importância na melhoria das condições de saúde de sua população. Em um período de grande crescimento populacional tais mudanças representaram uma significativa diminuição da mortalidade.

Com relação à cidade do Rio de Janeiro no início do século, o autor ressalta que ela era o centro político, cultural e comercial da nação, sendo a maior do país. Anualmente o Rio de Janeiro era atacado por diversas epidemias que causavam milhares de mortes. A febre amarela era a doença que mais castigava a cidade. Não foi sem motivo que o Rio de Janeiro tornou-se conhecido como túmulo dos imigrantes.

Somente em 1902, na presidência do paulista Rodrigues Alves (1902-1906), a situação da capital federal se transformaria com a implantação de um conjunto de reformas urbanas e de saneamento que mudaram sua face e deram fim ao ciclo de epidemias que assolavam a cidade.

Em meados de 1900, o governo começa a se preocupar com os problemas de saúde principalmente com as populações que moravam nas capitais dos Estados. Naquela época as cidades que tinham portos tinham papel de destaque, visto que exportação era feita através de navios. É nesse cenário que o governo começa atuar na saúde pública, preocupado com os trabalhadores das capitais, das cidades portuárias e aqueles que trabalhavam nos portos (MELO, CUNHA E TONINI, 2005 p.47).

Por ocasião do ingresso de Oswaldo Cruz no Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1903, o governo havia mandado ao congresso um projeto de reestruturação da saúde pública que, entre outras medidas, previa a extensão da obrigatoriedade da vacina a toda a população do país. Na inexistência de um consenso sobre o assunto, foi retirada a obrigatoriedade da vacina da redação final. Em meados de 1904, em decorrência do surgimento de um novo surto de varíola na capital, o executivo enviou à Câmara um projeto reabilitando a obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra varíola em todo território da república. Fato que provocou uma intensa movimentação popular, que tomou as ruas do Rio de Janeiro, motivada pelo descontentamento da vacinação obrigatória, movimento que entrou para história conhecido como Revolta da Vacina. (SCOREL E TEIXEIRA, 2008).

Ao final da primeira gestão de Oswaldo Cruz na saúde pública, em 1906, a cidade do Rio de Janeiro não era mais a mesma. Seu perfil epidemiológico e sua estrutura urbana haviam sido bastante transformados.

Embora houvesse maior participação da esfera estatal, os hospitais gerais não foram alvo de melhores reformulações. Isto é, o Governo compreendia que a melhoria no campo da Medicina social só poderia ser atingida pela delegação da assistência hospitalar a uma estrutura já assentada (FERNANDES, 2009).

3.1.1 As ações de saúde no interior do Brasil

As ações de saúde pública até a primeira década do século XX estiveram voltadas prioritariamente para as grandes cidades, deixando à margem o interior do

país onde as condições de saúde eram na maioria das vezes muito pior com prevalência de diversos problemas como a desnutrição, as verminoses e a malária. Somente na segunda metade da década de 1910, esse quadro se modificaria devido às mudanças na forma de pensar as políticas de saúde.

Em um discurso na Academia Brasileira de Medicina em 1916, o médico Miguel Pereira afirma que “o Brasil é um grande hospital”. Dois anos depois uma violenta pandemia de gripe espanhola que devastou vários continentes chega ao Brasil causando inúmeras mortes e desordens (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008).

A primeira consequência dessa tragédia foi à constatação de que os serviços de saúde não davam conta das necessidades nacionais, sendo necessário reformá-los urgentemente (HOCHMAN, 1998).

Esse contexto sanitário favoreceu o surgimento em 1918 da Liga Pró-Saneamento do Brasil. A referida Liga ampliou a luta pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento do interior. Embora tenha logrado respostas governamentais a várias demandas, o movimento em prol o saneamento não conseguiu alcançar de pronto um de seus principais objetivos que era a criação de um Ministério para a saúde (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008).

No entanto, a não criação do Ministério da Saúde não representou uma derrota do movimento, pois Escorel e Teixeira (2008) afirmam que em 1919 uma reforma do setor deu origem a uma nova instituição, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que veio substituir a antiga Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Tal departamento teve como o primeiro diretor Carlos Chagas. O DNSP abrangia algumas proposições do movimento pelo saneamento rural e ampliava bastante a atribuição do estado no campo da saúde.

Bravo (2001) relata que a assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. No século XX, essa interferência será aprofundada com a elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas. Comprova que no Brasil, a intervenção estatal só ocorreu mais efetivamente na década de 30.

Scorel e Teixeira (2008) ainda mencionam que a partir de 1910, a educação sanitária difunde o conhecimento para que cada pessoa seja agente consciente dos serviços de saúde pública com objetivo de interromper a cadeia de transmissão.

Seguindo a discussão histórica, Melo, Cunha e Tonini (2005) destacam que no início de 1920 os problemas de saúde eram ainda considerados caso de política. É criado então o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), voltado especificamente para uma prática higienista e para o controle de endemias e epidemias. É importante destacar o marco da previdência brasileira por meio da Lei Eloy Chaves, que cria a Caixa de Aposentadoria e Pensões como era conhecida a (CAP), que tinha o intuito de organizar a assistência médica para os trabalhadores dos setores econômicos estratégicos como: ferrovias, portos, entre outros.

Bravo (2001) também destaca a década de 1920, afirmando que a saúde pública toma um novo relevo no discurso do poder. A reforma Carlos Chagas de 1923 tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma estratégia política sinalizada pelos tenentes a partir de 1922 devido à crise política instaurada no país.

É fundamental ressaltar que na década de 1920 a sociedade brasileira sofreu profundas mudanças influenciadas por aspectos de ordem econômica (crise de superprodução do café) e de ordem política (múltiplos movimentos sociais questionando a ordem oligárquica e reivindicando mudanças na estrutura política do país), influenciando na política de saúde brasileira.

O autor ainda destaca que as questões de higiene e saúde do trabalhador nesse período constituíram o embrião do esquema previdenciário brasileiro sendo a mais importante, como já citada acima, a Caps, em 1923, que era financiada pela União, pelas empresas e pelos empregados.

Todavia, embora houvesse maior participação da esfera estatal, os hospitais gerais não foram alvo de melhores reformulações. Isto é, o Governo compreendia que a melhoria no campo da Medicina Social só poderia ser atingida pela delegação da assistência hospitalar a uma estrutura já assentada. Nesse contexto, o Governo subsidiava e criava comissões de controle dos hospitais e tais medidas

proporcionaram o aumento de leitos. Isso aconteceu no Rio de Janeiro na década de 1920, pois havia no estado uma situação sanitária agravada pelas constantes epidemias, conjugada com falta de camas hospitalares (FERNANDES, 2009).

Apresentado o contexto das políticas de saúde no início do século XX, torna-se fundamental, nesse momento, compreender o período posterior (1930-1963), o período denominado pelos historiadores de período Populista.

3.2 As políticas de Saúde na Era Vargas e o movimento populismo (1930 a 1963)

As décadas de 1930 e 1940 iniciam com uma transformação na concepção de trabalho. O país deixava um período em que o trabalho era sacralizado e entrava em outro, no qual o governo elaborava uma legislação, que regulamentou o mercado de trabalho, bem como, estruturou uma ideologia política de valorização e reabilitação do papel e do lugar do trabalhador nacional (GOMES, 1999).

Assim, a autora preconiza que o período Populista inicia-se com a Era Vargas (1930-1945) e com a impregnação de práticas clientelistas, ações políticas típicas de um regime caracterizado pela política da outorga. Entretanto, o processo de produção do consentimento não se sustenta somente em apelos ideológicos, mas também estabelece uma relação explicitamente social e econômica. Para Gomes (1988) essa prática esteve fundada em procedimentos que asseguraram a existência de benefícios materiais efetivos.

Tais práticas adentraram também as instituições sindicais, criando normas administrativas e políticas na intenção de cooptação dessa classe social ao governo de Vargas. O clientelismo varguista se baseava no atrelamento dos sindicatos e das instituições ao Estado, por meio de seleção, formação e eleição de seus dirigentes bem como o envolvimento destes na participação na gestão e organização de tais instituições.

Segundo Luz (1991) a partir da década de 1930, quando Getúlio Vargas assume a presidência da República do Brasil o processo industrial se intensifica assim como a urbanização, e um novo tipo de direito à saúde pode ser observado, voltado para aquelas pessoas que tinham um trabalho formal (carteira de trabalho) e, principalmente, para as categorias profissionais que impulsionavam a economia brasileira. Eram, principalmente, trabalhadores da indústria, do comércio, bancários, ferroviária, marítimos, estivadores e funcionários públicos. Gomes (1988) menciona que atrelada à política trabalhista (direitos dos trabalhadores) Vargas desenvolve outra ideologia denominada Corporativismo, que buscava criar e desenvolver as instituições sociais mencionadas (sindicatos de classe) para controlar a classe trabalhadora.

Assim, pode-se perceber que no governo de Getúlio foi criada a legislação trabalhista e previdenciária e com isso, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que prestavam benefícios tais como aposentadoria, pensão e alguns até assistência médica (MELO, CUNHA E TONINI, 2005).

A princípio os IAP's, começaram a diferenciar-se em suas estruturas prestando serviços no âmbito da assistência médica (BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

Observa-se, segundo Melo, Cunha e Tonini (2005) que o direito a saúde estava direcionado àquelas pessoas que dispunham de recurso para pagar pelo serviço do médico particular ou àqueles trabalhadores que estavam amparados pelas políticas de saúde do governo.

Um exemplo que evidencia a prática social do governo de Getúlio Vargas foi os benefícios e as concessões da Companhia Siderúrgica Nacional aos trabalhadores de Volta Redonda, entre eles, o Hospital da Companhia Siderúrgica Nacional.

Entretanto, os indigentes e pobres recebiam atendimento na Santa Casa e beneficências que eram instituições de caridade. Fernandes (2009) relata que o Governo foi assumindo essa responsabilidade pela assistência aos excluídos do

processo, como uma prerrogativa de Saúde Pública a cargo da estrutura governamental, mas conservando o protagonismo das organizações privadas.

Segundo Melo, Cunha e Tonini (2005) com a evolução histórica do Plano de Pactuação Social (PPS), ainda na década de 1930, surgiram os centros de saúde em todos os estados brasileiros, que representaram os locais em que seriam realizadas as ações de promoção e proteção da saúde através da educação sanitária. Nesse período verificava-se, também a valorização da assistência médica individual, curativa e especializada, em detrimento com a da saúde pública. As consequências desse modelo se refletem nas décadas seguintes.

Paralelamente, desenvolvia-se a indústria de fármacos, fato que, em consonância ao objetivo da reintegração da força de trabalho a produção, leva a pensar que isso se constitui em mais um poderoso alibi para a progressão da atenção de caráter curativo, em detrimento das ações de prevenção (BERTOLOZZI E GECO 1996).

A ênfase no aumento da oferta de serviços médicos aos trabalhadores urbanos mostra que a política de saúde do governo Vargas teve duas bases distintas: a saúde pública e a medicina previdenciária, dicotomia por muito tempo mantida pelas políticas de saúde nacionais (LIMA, FONSECA & HOCHMAN, 2005).

Um aspecto relevante a ser ressaltado, e que se refere ao início do período varguista, foi o atendimento à antiga demanda dos sanitaristas com a criação do Ministério da Saúde. Tal ministério foi criado em 1930 e resguardava uma atuação articulada ao Ministério da Educação.

Hochman (2005) reitera a afirmação supracitada, mencionando que a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em novembro de 1930, atendia aos anseios do vigoroso movimento sanitarista da Primeira República. Inicialmente, a criação do ministério não trouxe nenhuma alteração para saúde pública, significando apenas a incorporação do já existente (DNSP), criado em 1920. Posteriormente, foi sofrendo modificações provisórias por meio de legislações fragmentadas e que atendia somente às necessidades conjunturais.

Diferente do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio que ao suprimir que no decorrer deste período foram trilhando um caminho de desenvolvimento, o MESP chegou ao final do governo provisório sem objetivos definidos para sua estrutura administrativa e sem claras linhas de ação. Hochman (2005) reitera essa afirmação, ressaltando que na saúde pública, o MESP nos seus primeiros anos, significava em grande medida, o DNSP.

Outro aspecto importante a ser considerado na saúde pública foi a gestão de Gustavo Capanema (1934 a 1945), pois nos quatro primeiros anos o Ministério da Saúde mudou três vezes de ministros. A permanência de Capanema nesse período ocasionou a maior permanência de um ministro em uma pasta de educação e saúde.

Segundo Escorel (2008) já em 1935 foram retomadas as campanhas sanitárias, interrompidas em 1930, com ações contra febre amarela e no campo materno infantil. Além de ser construída uma proposta de organização do ministério. O então ministro Gustavo Capanema torna-se responsável por duas reformas – uma estrutural do MESP por meio da criação das Delegacias Federais de Saúde, Serviços Nacionais e a instituição das conferências Nacionais de Saúde e outra reforma específica nas ações de saúde.

A primeira reforma do ministério proposta por Capanema, em 1935 e implementada em 1937, representa um marco definitivo no processo de construção institucional da saúde, enquanto política de estado, pois nesse momento definiram-se rumos para política de saúde pública, refletindo em novos rumos para a estrutura administrativa, que havia sido definida no Estado Novo. A partir daí o ministério passa a ser denominado Ministério da Educação e Saúde – MES - (HOCHMAN, 2005).

Dessa forma, observou-se um novo perfil se destacar na saúde pública, uma vez que a política se afasta dos princípios federalistas que regeram a saúde na República Velha. O poder deixa as unidades municipais, muitas vezes relacionadas às oligarquias locais.

Nesse momento histórico, foi instituído em 1937 por meio de lei, uma nova organização ao MES tanto da Conferencia Nacional de Saúde quanto da Educação, passando a promover um intercâmbio de informação proporcionando ao governo federal o controle das ações (ESCOREL, 2008).

É importante frisar que ainda em 1937, surgiu o Serviço Nacional de Saúde de Febre Amarela e em 1939 o Serviço de Malária do Nordeste, todos em parceria com a fundação Rockefeller.

Já com relação à segunda reforma de Capanema, ocorrida em 1941, houve a criação dos Serviços Nacionais com um diretor específico por área, verticalizando as campanhas de combate a doenças específicas e às grandes endemias. Esse serviço era supervisionado pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS) (ESCOREL, 2008; HOCHMAM, 2005).

A principal meta do Serviço Nacional era debelar os surtos epidêmicos estabelecendo métodos de controle e prevenção para essa finalidade, um trabalho em parceria com as Delegacias Federais de saúde e com os governos estaduais.

Em 1941 ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde organizada pelo ministro Gustavo Capanema, com duração de seis dias, reunindo 70 pessoas, com o objetivo de discutir os rumos da política de saúde e saneamento do Estado Novo (HOCHMAN & FONSECA, 2000).

Em 1942, a Fundação Rockefeller se retirou do Brasil, não sem antes criar o Serviço Especial em Saúde Pública (SESP), para atuar no combate à febre amarela e à malária na Amazônica, região de grande interesse para os Estados Unidos naquele momento, devido à produção de borracha e ferro (LIMA; PINTO, 2003).

Com as manifestações sociais ocorridas no Brasil por volta de 1945, Escorel e Teixeira (2008), relatam que Vargas se vê forçado a iniciar o movimento de redemocratização da sociedade brasileira por intermédio do comprometimento com a realização das eleições em 1946.

Sob a presidência de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), os direitos trabalhistas estabelecidos durante o período getulista foram incorporados ao texto

constitucional. Em setembro de 1946, foi criada a Confederação dos Trabalhadores do Brasil (CTB), organismo independente de representação, mas o governo Dutra acuado diante das sucessivas greves, em meados de 1947, suspendeu o funcionamento da entidade e proibiu a realização de manifestações.

Ao final da Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos, adotando uma política expansionista, estenderam seu controle a diversas áreas de influência, sobretudo na América Latina, que se tornou quase seu quintal. Dessa forma, em 1948 criou-se o primeiro plano global de desenvolvimento econômico-social brasileiro, com recursos financeiros dos Estados Unidos, o Plano Salte. (LIMA; PINTO, 2003 p. 1049).

O governo Dutra elaborou o plano Salte (Saúde, Alimentação e Energia), que tinha por finalidade aumentar o desenvolvimento do país, e dessa forma, atribuiu valorização ao planejamento econômico, com planos visando ação e ordenação dos gastos nas áreas referidas, concentrando 57% dos recursos nos transportes enquanto os demais setores receberiam entre 13 e 16% dos recursos (SCOREL, 2008; MUNIZ, 2009).

Pode-se observar que o período de 1945 a 1960 foi marcado por uma expansão dos serviços de saúde, com inauguração de hospitais e ambulatórios próprios, denominados Hospitais Modernos, porém sem diminuir o investimento nos setores contratados e conveniados.

O autor salienta que no âmbito da saúde pública, durante o governo Dutra, o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, alcançou o auge. Entre 1948 e 1949, ocorreu uma grande redução de novos casos da malária e de todas as doenças transmissíveis por insetos, e a queda nas taxas de tuberculose entre 1949 e 1951.

Em 1950, os autores destacam que as atividades do SESP sofreram um crescimento, passando a abranger assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas de medicina tropical, em convênio com o Instituto

Evandro Chagas, que mais tarde passaria à categoria de fundação, na década 1960 (LIMA; PINTO, 2003).

Com a chegada do processo de sucessão presidencial os candidatos Eduardo Gomes (UDN), Cristiano Machado (PSD) e Getúlio Vargas (PTB), disputaram as eleições e em 1951, Getúlio Vargas retorna ao poder contando ainda com o apoio do Partido Social Progressista, e, por uma facção dissidente do PSD. Getúlio Vargas é eleito no segundo mandato (1951-1954) por voto direto e o desenvolvimento volta a ser associado ao capitalismo nacional (SCOREL, 2008; MUNIZ, 2009).

Com o retorno de Vargas ao poder, o governo retoma os projetos econômicos com a expansão da CSN e a criação de hidroelétricas, rodovias, dentre outros. Getúlio buscava sedimentar uma política nacionalista preservando setores estratégicos da economia, como a exploração mineral e as indústrias de base.

Durante o segundo governo de Getúlio (1951-1954) vários foram os momentos de embates e discussões no interior das estruturas governamentais pois a composição dos ministérios abarcava a diversidade de partidos que o apoiaram durante as eleições. (MUNIZ, 2009).

Ao analisar os anos de 1952 e 1953 Muniz (2009) relata que foram criadas empresas estatais com intuito de realizarem empréstimos para atingir o desenvolvimento como o Banco Nacional de desenvolvimento Econômico (BNDE) e o Banco do Nordeste do Brasil. Nesse momento também foram criadas grandes empresas públicas de grande porte como a Petrobrás e a Eletrobrás.

A oposição a Vargas também era intensa, pois muitos interesses empresariais haviam sido alijados do poder e ainda contavam com apoio norte-americano, que não via com bons olhos a política nacionalista. Em 1953, com a criação da Petrobrás as bases firmes e inabaláveis do governo getulista se mostravam consolidadas. Porém, menos de um ano depois, o envolvimento da segurança pessoal do presidente no atentado a Carlos Lacerda, proprietário do Jornal A Tribuna da Imprensa, importante porta voz opositor ao governo Vargas, resultando na morte do major Rubens Vaz, oficial da aeronáutica, o exército pressiona e exige que Getúlio Vargas renuncie. Diante das pressões, o presidente Getúlio Vargas, sem ver saída

honrosa, suicida-se. “Saiu da vida para entrar para história” como mártir do nacionalismo, herói popular e pai dos pobres (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008).

O vice, Café Filho, assume para completar o mandato presidencial, mas deixa o cargo por motivos de saúde. Finalmente, o vice-presidente do Senado, Nereu Ramos, conduziu o pleito de 1955, no qual, com apoio das forças getulistas, Juscelino Kubitschek de Oliveira foi eleito presidente da república.

Simultaneamente, no âmbito da saúde pública, ocorrem discussões polêmicas em torno do modelo de atenção à saúde, ocasionando debates médico-sanitarista-parlamentar, que exigiam a criação de um ministério de saúde independente. É importante ressaltar que diante dos vários projetos políticos de saúde diferenciados, apenas em 1953 ocorreu a criação do Ministério da saúde (MS).

O governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) entrou para história pelas grandes transformações econômicas que promoveu com o apoio do capital estrangeiro e a construção da nova capital. O lema “cinquenta anos em cinco” era expressão do nacional-desenvolvimentismo que na visão de Juscelino deveria se conciliar com abertura ao capital estrangeiro (MUNIZ, 2009).

Mesmo não sendo prioridade nos planos governamentais do período, os serviços de saúde pública no Brasil, também foram incorporados na agenda desenvolvimentista. Ao observar o pensamento sanitaria desenvolvimentista percebe-se que em sua concepção o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e, conseqüentemente, a assistência médica e o desenvolvimento sanitário ficam vulneráveis e obsoletos, quando não incorporam esse processo de desenvolvimento.

Os sanitaristas desenvolvimentistas criticavam a verticalização de campanhas nacionais do Sesp e defendiam a coordenação entre as campanhas e a promoção de uma extensão de cobertura de saúde por meio de um modelo nacional de assistência, apropriado às nossas necessidades e a municipalização dos serviços de saúde. Dessa forma, as ações preventivas e curativas ficariam mais próximas aos usuários. O sanitarismo desenvolvimentista ganha forma em políticas de saúde

pública para o combate de endemias rurais, durante o governo de Juscelino Kubitschek (ESCOREL, 2008).

A saúde não era meta prioritária, mas era importante para o desenvolvimento do país. Nota-se que as políticas voltadas à saúde pública estavam entrelaçadas ao desenvolvimento, porquanto isso poderia interferir na produtividade do trabalhador brasileiro.

As metas de planejamento governamental em saúde pública são, portanto, elaboradas visando a sanidade da mão de obra dos trabalhadores, sobretudo, das populações do interior (MUNIZ, 2009 p.31).

Ao final do governo de Juscelino Kubitschek, o país tinha uma estrutura industrial complexa, a internacionalização da economia brasileira contrastava com o período nacionalista de Vargas e as massas urbanas haviam se beneficiado da elevação real do nível de salário. Segundo Bertolozzi e Grego (1996) o final do governo de Juscelino também evidenciava um intenso crescimento da inflação, do movimento sindicalista e do movimento estudantil. Para substituir Juscelino foi eleito Janio da Silva Quadros que buscava crédito internacional para superar a crise interna, além de colocar-se em uma posição “neutra” frente à política mundial no que tocava às questões entre os países capitalistas e socialistas.

Um aspecto importante a ser mencionado é o fato de que embora o ministério tenha se constituído de maneira independente, a partir de sua criação, passou a contar apenas com um terço dos recursos alocados no antigo MES. Até 1964, o MS se caracterizou pela transitoriedade de seus titulares evidenciando ser objeto de intensa e frequente barganha política.

3.3 Políticas Saúde no Golpe militar e a Reforma sanitária (1964 a 1988)

A deposição de João Goulart significou a busca, por parte da tecnoburocracia, por uma afirmação ideológica pautada no “Milagre Brasileiro”. Essa ideologia seguia uma ótica que procurava colocar o país em uma tendência de desenvolvimento econômico, social e político de promessa de reestruturação social.

Segundo Escorel (2008) o processo de modernização ditatorial instaurado durante a primeira década do regime ficou subordinado aos interesses do capital multinacional, promovendo uma reestruturação do estado e reformas financeiras, fiscais, previdenciárias, tributárias e administrativas.

Os investimentos como infraestrutura (construção de Itaipu, Ponte Rio-Niterói, Transamazônica) aumentaram os gastos e paralelamente o governo tentava operar uma manobra colocando o PIB com uma média anual de 10%, acarretando no aumento do endividamento externo.

Havia ainda uma preocupação em relação à proliferação do comunismo e do socialismo no mundo, especialmente na América Latina, e que punha em risco os interesses e a hegemonia do capitalismo. Diante desses fatos as forças armadas brasileiras executaram um golpe de estado em 31 de março de 1964, instalando um regime militar com aval dos Estados Unidos, configurando um ciclo de ditaduras militares que passou por vários países da América Latina (POLIGNANO, 2001).

O regime militar começa sua primeira fase em 1964, engloba os governos do marechal Castelo Branco (1964-1967), do general Costa e Silva (1967-1969), de a Junta Militar (1969), que ocupou o comando geral da nação quando Costa e Silva adoeceu, e do general Médici (1969-1974) (ESCOREL, 2004).

Polignano (2001) segue afirmando que houve o fortalecimento do executivo e esvaziamento do legislativo. Escorel (2004) acrescenta que o regime ditatorial governou o país por meio de atos do executivo que suprimiram, progressivamente, os direitos políticos e civis. Os atos mencionados buscavam a suspensão de garantias constitucionais instauradas com o golpe militar.

Para Bertolozzi e Greco (1996) o Ato Institucional (AI) – nº 1 realizado em abril de 1964 permitiu a cassação de mandatos e suspensão de direitos políticos. Essa prática ainda extinguiu diversas organizações que tinham como base as reformas na área da saúde. Nesse mesmo período, Castelo Branco foi eleito presidente da república pelo Congresso Nacional.

O autor ainda afirma que nesse contexto emergiu o movimento sanitário do interior das universidades, pois em decorrência do extermínio dos espaços

considerados subversivos pelo governo ditatorial, a universidade se posiciona como um local de contestação das práticas do regime.

O longo programa ideológico do movimento foi acionado com a retirada dos estudantes especialmente os de nível universitário, de qualquer autonomia representativa e mantendo-os afastados de uma participação ativa nas transformações políticas. Posteriormente, o processo prosseguia pelo afastamento de professores, a partir de 1969, pela repressão brutal das manifestações estudantis, articuladas ou não a organizações políticas clandestinas (POLIGNANO, 2001).

Nas mãos dos militares a repressão continuava a ditar as regras vinculadas a atos institucionais como: O AI-2 de outubro de 1965, que ampliou os poderes do Executivo aumentando o número de ministros no Supremo Tribunal Federal para garantir maioria ao governo. O AI-3 determinou eleições indiretas dos governadores e a nomeação dos prefeitos das capitais pelos governadores em fevereiro de 1966. O AI-4 em dezembro do mesmo ano, que conferiu amplos poderes ao presidente da república e centralizou ainda mais o poder no Executivo. Em dezembro de 1968, foi decretado o Ato Institucional – 5 que limitava liberdades individuais e constitucionais. Esse ato deu ao regime plenos poderes cuja principal e primeira consequência foi o fechamento por quase um ano do Congresso Nacional, dando início ao período de repressão mais intensa da ditadura militar.

Durante o período do “milagre” se estabeleceu no Brasil uma política de saúde diferente dos dois modelos anteriores. Realizando uma síntese nova e perversa, ela reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista oriundo da Primeira República e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária do período populista (LUZ, 1991).

O autor segue afirmando que neste momento a saúde era vista como um bem de consumo médico, onde se pode destacar o crescimento da busca por consultas médicas, crescimento do consumo de medicamentos e equipamentos destinados a diagnósticos e tratamentos e o crescimento das empresas e grupos médicos. Pode-se observar um modelo de saúde voltado mais para o lucro do que para o cuidado com as pessoas.

Segundo Jorge et. al (2007) os modelos de saúde são construídos historicamente como parte de um contexto social, político e econômico. Na situação brasileira, a edificação do modelo hegemônico, médico-centrado vem desde o início do século XX influenciando a prática e a organização do serviço de saúde e centralizando as ações nas especialidades médicas.

Outro aspecto relevante a ser mencionado é o desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Como era de se esperar, todos esses efeitos e consequências fizeram emergir uma grande insatisfação popular em relação à política de saúde no final do período ditatorial (LUZ, 1991).

Bertolozzi (1996) ainda destaca a intervenção do Ministério do trabalho em 1964 nos Institutos de Aposentadorias e Pensões que suspendeu a participação dos representantes dos empregados no desenvolvimento dos programas de saúde. Em virtude disso em 1967, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que unificou todos os institutos e ampliou a compra de rede de serviços privados.

Os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos passam a ter direito aos benefícios previdenciários (aposentadoria, pensão, assistência médica). Ficam de fora os trabalhadores do mercado informal. Várias medidas foram tomadas para extensão de cobertura na assistência médica hospitalar, englobando quase a totalidade da população urbana e ainda parte da população rural. Começa nesse período a universalização da cobertura, que torna comum a maior parte da população ter direito aos serviços de saúde (MELO, CUNHA E TONINI, 2005).

Acontece uma progressiva eliminação da gestão tripartite das instituições previdenciárias, até sua extinção em 70. A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos. Ao mesmo tempo, e em nome da racionalidade administrativa, o INPS dá prioridade contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios, decisão que acompanha a postura do governo federal como um todo. (CUNHA & CUNHA, 1998 *apud* ASSIS, 2003).

Foi nesse momento que segundo Bertolozzi (1996) o INPS passou a ter o terceiro orçamento da nação ocupando o espaço primordial da prestação de assistência médica. Paradoxalmente, por conta das fraudes o INPS contava com um déficit devido às compras de serviços privados de saúde, o que mascarava de fato o volume de serviços.

Referente à saúde em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) centralizando e reforçando ainda mais a dominância do modelo clínico assistencial e curativista. Neste mesmo ano, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que proporcionou a remodelação e a ampliação dos hospitais da rede privada por meio de empréstimos com juros subsidiados (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

A V Conferência Nacional de Saúde CNS (1975) contribuiu para a percepção da importância de se estabelecer uma articulação com os demais ministérios e órgãos públicos ou privados. Foi durante este período, que o Governo percebeu que era imprescindível abandonar o modelo de saúde curativo e individual e enfatizar os serviços de prevenção coletiva (FERREIRA, E MOURA, 2006).

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde por meio da lei 6.229/75 definindo as responsabilidades de várias instituições, cabendo à Previdência social assistência individual e curativa enquanto que os cuidados preventivos e de alcance coletivo seriam de responsabilidade do Ministério da Saúde e Secretarias Estadual e Municipal de Saúde (BERLOTOZZI, 1996).

Em 1976 é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) – que marcou o início do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Nascido nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP esse movimento se expandiu rapidamente para os profissionais de saúde. Preconizava um modelo assistencial que destacava a atenção primária de saúde e lutava pelo fim ditadura militar. Foi importante indutor para a VIII Conferência Nacional de Saúde (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

A mudança no perfil de adoecimento e morte da população determinou novos desafios ao quadro sanitário. Todo esse contexto se refletiu numa profunda crise na Previdência levando às reformas no INPS. Muitas siglas se sucederam a esta assim como aumentou o número de órgãos ligados à Previdência Social. O último elo responsável pela assistência hospitalar foi o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto no final dos anos de 1980 (MELO, CUNHA E TONINI, 2005).

Os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade de tal modo que, entre o final dos anos 70 e o início dos anos 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, centrada na questão da saúde e da política de saúde.

Porém, nesse período, os modelos de medicina previdenciária continuaram a resistir à descentralização, fato que ocorreu também no período da VI Conferência realizada em 15 de julho de 1977. A referida conferência priorizou a utilização adequada dos recursos humanos em sua área de formação (FERREIRA E MOURA, 2006; BRASIL, 1993).

Nesse momento, cientistas e tecnocratas progressistas discutiam em congressos e seminários nacionais e internacionais a degradação das condições de vida da população, consequência da política econômica que levava ao “milagre brasileiro”, trazendo para essa discussão o testemunho de cifras e taxas dramáticas sobre o acúmulo das doenças endemias e epidemias. Nesse mesmo contexto movimentos sociais comunitários, compreendendo associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, igreja e partidos políticos progressistas finalmente, denunciaram a situação caóticas das políticas de saúde e dos serviços previdenciários de atenção médica, exigindo soluções para os problemas criados pelo regime autoritário (LUZ, 1991).

Repete-se nesse momento, o cenário do início dos anos 60, do movimento popular pela reforma das políticas sociais de saúde. No início dos anos 80 a crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação) era identificada com a crise do regime.

Uma das correntes reformistas, localizada no Ministério da Saúde, crítica do modelo adotado pelo INPS, defendia a incorporação da Previdência Social pelo Ministério da Saúde e fazia uma apreciação radical ao modelo de assistência, adotado pelo INPS, nos anos 70, considerando o modelo assistencial ineficaz e financeiramente inviável e propondo um modelo direcionado à prevenção.

Outro grupo dentro da previdência defendia uma reforma baseada na reorganização e não extinção do INPS. Segundo esse grupo, desta maneira poderia ser ampliado o número de beneficiários dos serviços de saúde patrocinados pela previdência (TAMACHESKI, 2007).

O autor ainda acrescenta que a crise da previdência nos anos 80 permitiu que essas duas correntes tivessem influência nas políticas de saúde e desse confronto de ideias nos anos 1980 nasceu o capítulo de saúde na constituição de 1988.

Pode-se destacar a VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1980, que novamente coloca em discussão a formação profissional com intuito de melhorar o desempenho dos profissionais de saúde que atendiam nos serviços básicos, baseados no compromisso “Saúde para todos no ano 2000” firmado a partir da Conferência de Alma-Ata. Nesse momento também é discutida a intenção do governo em promover a integração entre as atividades curativas e preventivas, individuais e coletivas. Pode-se notar que as questões relacionadas à atenção básica tornavam-se o centro da discussão do setor saúde (FERREIRA E MOURA, 2006).

A abertura política marca a década de 1980, cenário importante no contexto da saúde. Nesse momento a “sociedade civil brasileira passou a considerar, em sua maioria, que saúde é direito de cidadania e que certas opções políticas do estado foram nessa direção” (Luz, 1994, p.88). Fizeram parte dessas mudanças: o fim do regime militar; a elaboração da constituição de 1988; as eleições diretas para presidente da república.

As políticas de saúde foram caracterizadas pela ampliação da universalização do direito ao acesso aos serviços de saúde e pela descentralização política e administrativa. Segundo Oliveira et al. (2003), pode-se perceber a ampliação da

universalização do acesso dos serviços de saúde, iniciada na década 1970 em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconiza “Saúde para todos no ano 2000”, dando destaque para atenção primária, baseando-se no princípio da equidade.

Luz (1991) afirma que esse fato foi muito importante, resultando na retirada da barreira do emprego formal (carteira de trabalho) para que todas as pessoas pudessem utilizar todos os serviços disponíveis do sistema público de saúde.

Essas mudanças ocorreram como fruto da nova postura da sociedade civil que reivindicava por melhorias nos sistemas públicos, principalmente na questão da saúde. Nesse cenário, devem-se destacar os fortes movimentos das associações de moradores, sindicatos, professores, entre outros, que passaram a compreender que “são os próprios trabalhadores que financiam por meio de descontos em folha e impostos, os serviços da previdência social e do Ministério da Saúde, que deviam antes de tudo servi-los” (LUZ, 1991, p.86).

Em consequência desse cenário de crise política, formulou-se o Prev-Saúde, Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, como uma das primeiras tentativas de reorientar o sistema de atenção médica, apresentado e debatido na VII conferência de Nacional de Saúde em 1980 (TAMACHEKI, 2007). Movido por movimentos representados por integrantes do Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde e Assistência Social. Esse teve como objetivo reestruturar os serviços de saúde, saneamento e habitação. Colocava como pressuposto básico a participação da comunidade, a integração dos serviços existentes (público e privado) e a regionalização definida por área e população, além de estabelecer a atenção primária como porta de entrada para o serviço de saúde (BERTOLOZZI E GREGO, 1996).

Ao mesmo tempo em que a Reforma Sanitária defendia uma nova política de saúde, os intelectuais e profissionais do movimento sanitário definiram as diretrizes fundamentais do processo de mudança do sistema de saúde. A partir desse momento surge o reconhecimento do direito universal a saúde, a criação de um Sistema Único de Saúde e a descentralização administrativa deste sistema.

Na impossibilidade de conciliar os interesses e adiar a solução das questões emergentes, Bertolozzi e Grego (1996) afirmam que o Governo constituiu uma proposta, o Plano de Ações Integradas de Saúde (AIS), como uma estratégia do governo por meio de convênios com o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em 1983 foram implantadas as Ações Integradoras de Saúde (AIS) com objetivo de criar uma rede unificada para promover a descentralização e a universalização da atenção à saúde (MELO, CUNHA e TONINI, 2005).

A VIII conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em 1986 foi sem dúvida um grande marco nas mudanças ocorridas no Sistema de Saúde Brasileiro uma vez que teve como objetivo discutir a Reforma Sanitária a ser implantada pelo governo, tornando o sentido de saúde mais abrangente.

Na constituição de 1988 os direitos do cidadão à saúde se encontram bem definidos nos artigos 196 a 200 cujos princípios norteiam áreas como: fiscalização e controle; universalização e equidade na assistência; organização e hierarquização dos serviços de saúde; garante a participação na assistência à saúde por instituições privadas, por meio de convênios ou contratos com o SUS, tendo preferência às instituições filantrópicas (MELO, CUNHA, E TONINI, 2005).

Bravo (2001) reitera afirmando que a VIII conferência, diferente das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegadas. Representou, sem dúvidas, um marco, pois introduziu a sociedade no cenário de discussões nas questões de saúde. É relevante ressaltar que os debates saíram dos fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, medicina preventiva, saúde pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos, associações de profissionais. Essa conferência propunha não somente o Sistema Único de Saúde (SUS), mas uma Reforma Sanitária ultrapassando as questões setoriais, referindo à sociedade como um todo.

A referida conferência representou um avanço e ao mesmo tempo um pacto político ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o estado se antecipou à implementação do SUS, criando o por meio de decreto o Sistema

Unificado e Descentralizado de saúde (SUDS) (BERTOLOZZI E GREGO, 1996) que defendia o grau de compromisso dos governantes, estabelecimento da gestão única da saúde além da transferência dos serviços de saúde para estados e municípios. Posteriormente o SUDS foi substituído pelo SUS.

Um aspecto que não pode deixar de ser mencionado é a consagração da saúde como direito do cidadão. Para Elias (2004), a Constituição de 1988 apresenta uma seção específica para saúde, consagrando-a como direito do cidadão e dever do Estado. Isso muda a noção de seguro social vigente desde os anos 20 para a de seguridade, isto é, à semelhança do que ocorre no Estado de Bem Estar Social está previsto que o acesso pleno ao sistema de saúde passa a não depender da renda, buscando-se garantir um novo padrão de cidadania. (ELIAS, 2004).

Melo, Cunha e Tonini (2005) reiteram o aspecto citado mencionando que o Brasil deixa de ter relação de seguro social com sua população que somente tinha direito à saúde e previdência aquelas pessoas que trabalham com carteira assinada e, portanto, recolhiam parte de seu salário para cobrir essas despesas e passou a ter uma relação de seguridade social em que não há exigência de contrapartida das pessoas que trabalham para ter direito à saúde.

Outra mudança importante é que saúde não mais significa assistência médico-hospitalar curativa ou preventiva. Saúde é resultado de políticas públicas do governo (CARVALHO E SANTOS, 1995).

O processo de construção histórica das políticas de saúde oferece o suporte para compreender a situação atual do sistema de saúde brasileiro, assim como as dificuldades encontradas pelo sistema de saúde em se desvincular do sistema médico centralizador cuja priorização pelo atendimento médico supera as questões de prevenção.

Um modelo histórico de centralização muito forte, discutido ao longo da evolução das políticas de saúde no Brasil que precisa ser superado por meio da construção de novas políticas públicas que valorizem a questão da prevenção, destacando a Atenção Básica da Saúde que é a porta de entrada dos usuários, setor

responsável pela prevenção, promoção e proteção da saúde. Para melhor compreender essa temática precisa-se discorrer sobre o Sistema Único de Saúde.

4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como já citado, em 1988 a saúde foi estabelecida como direito de todos e dever do estado por intermédio da constituição. Entretanto, a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) só foi estabelecida em 1990 com a Lei n.º 8080 (Lei Orgânica da Saúde) que versa sobre a importância de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais quanto a garantia à saúde da população.

Ao analisar o SUS Elias (2004) o entende como a principal política pública para o setor de saúde e o projeto maior do movimento sanitário brasileiro. No momento histórico atual tem o desafio principal de efetivar-se como Política de Estado. Isso representa (re)significar o SUS como expressão da negociação Estado/Sociedade consagrada na constituição federal. É um grande desafio, a julgar pelas práticas políticas históricas e correntes nas três esferas do governo e da máquina pública.

A Lei orgânica do SUS determina os seguintes pressupostos: universalidade, igualdade, integralidade, descentralização político-administrativa e participação popular. “A universalidade, a equidade e a integralidade das ações a regionalização e a hierarquização dos serviços, maior resolutividade, a descentralização das ações e dos serviços e a participação dos cidadãos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 9).

Essa mesma lei ainda dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Estabelecendo no seu artigo 3º como fatores determinantes e condicionantes da saúde, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990).

A implementação do SUS em sua essência significa rompe com o modelo sobre o qual o Sistema de Saúde brasileiro se estruturou ao longo de sua história, modelo esse, pautado em um conjunto de ações político-econômicas de abrangência internacional e nacional, bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais mais abrangentes e solidárias. Outro desafio à superação dos

obstáculos estruturais está relacionado à articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais atraentes.

O SUS possui como um dos principais desafios para sua consolidação, a superação das profundas desigualdades em saúde. Isso implica numa articulação das três esferas governamentais, que discutem, debatem normas e diretrizes do SUS e distribuam competências e responsabilidades baseadas nos parâmetros locais e regionais.

O SUS, desafiando racionalidades, vem se mantendo como um projeto que busca avançar na construção de um sistema universal de saúde na periferia do capitalismo, num país continental, populoso e marcado por enorme desigualdade social. Entretanto, as possibilidades para saúde no futuro mais imediato encontram-se inexoravelmente atreladas ao êxito do Estado na formulação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da exclusão social, de longe a maior mazela brasileira (ELIAS, 2005).

Como fruto de pressões intensas a Lei 8142 recuperou a transferência automática de recursos e a questão da participação e controle sociais, mas não tocou na questão da carreira, mantendo o SUS com uma série de vínculos empregatícios diferentes nos serviços de saúde (BERTOLOZZI E GREGO, 1996).

Para que houvesse a participação popular na gestão do SUS foram estabelecidas as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo sem que houvesse prejuízo das funções do poder legislativo. Essas instâncias foram as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.¹ “A respeito do processo participativo, deve ser considerado o dever das instituições oferecerem as informações necessárias para que a população se posicione sobre as questões da saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 11).

¹ As Conferências devem acontecer a cada quatro anos com representação dos vários segmentos **sociais**, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis nacional, estadual e municipal. Os Conselhos estaduais e municipais são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo. São compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive aspectos econômicos e financeiros. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferência será paritária em relação ao conjunto dos demais. Os conselhos são órgãos de controle do SUS pela sociedade. Ele existe para que a usuário possa intervir na gestão do SUS, por isso é fundamental a participação deste nas reuniões do conselho. (BRASIL, 1990).

A implantação do SUS e sua operacionalização se deram, no início, com a implantação de alguns de seus princípios, tendo como eixo norteador o processo de descentralização e direção aos municípios buscando, assim, através da municipalização, fortalecer a Atenção Básica em Saúde (MONNERAT, 2004).

Desta maneira aumenta a responsabilidade dos municípios. Na década de 1990 o Ministério da Saúde implanta a nova política de financiamento do SUS, criando a Norma Operacional Básica (NOB) e editando três normas que tratavam de organizar as bases, ou seja, o elo que direciona as verbas de cada gestor.

A primeira norma operacional NOB01/91 foi editada ainda no âmbito do INAMPS e instituiu o pagamento por produção. É considerada um retrocesso para muitos, no que tange o processo de descentralização e de financiamento, pois segundo Roncalli (2003), transformou os estados e municípios em meros prestadores de serviço e impediu alcançar os avanços propostos pela Lei Orgânica Saúde.

Mais tarde, um grupo técnico e político do movimento sanitário assume a gestão da saúde. Essa gestão continua a luta pela efetiva implantação do SUS que é expressa no documento “A ousadia de cumprir a lei” e na NOB-93, que efetiva o início de implantação do SUS. Dada à complexidade do processo e o movimento político de novas gestões federais e estaduais, começa a ser formulada a NOB-96, que foi implantada em 1998. Com a efetivação dessa norma ampliam-se as transferências financeiras fundo a fundo, isto é, do fundo Nacional para os fundos estaduais e municipais que irá caracterizar a autonomia dos entes subnacionais e qualificar a descentralização da saúde em curso (ELIAS, 2004).

Em 1992 novamente o movimento sanitário reivindicou e pressionou a realização da IX Conferência Nacional de Saúde que estava atrasada dois anos. Tema: “Saúde a municipalização é o caminho”. Esta Conferência ocorreu às vésperas do “impeachment” do presidente Fernando Collor e representava um importante ato político, seja na substituição do governo, seja na luta contra o retrocesso dos avanços das conquistas jurídicas, institucionais e práticas da reforma sanitária e da implantação do SUS.

Essa perspectiva repassa para os municípios as responsabilidades com a atenção básica de Saúde: aumentando a participação percentual da transferência automática e regular (fundo a fundo) por meio da criação do Piso da atenção Básica (PAB), que é um montante de dinheiro destinado a custear as ações e serviços de Atenção Básica e também com a criação do Programa Pactuado Integrado (PPI), que é um instrumento formal de participação de recurso com o objetivo de garantir assistência integral à saúde dos municípios.

Quatro anos mais tarde acontece a X Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que debateu questões relacionadas à administração dos trabalhadores de saúde no tocante à qualificação dos mesmos; e, devido ao avanço do processo de descentralização, propôs que fossem atribuídas às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a responsabilidade de implantar e de manter técnica e financeiramente as escolas de formação (FERREIRA, M.A.L E MOURA, A.A.G,2006).

Após várias discussões, foram formulados e aprovados os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) durante a realização da XI Conferência Nacional de Saúde realizada em 2000, que expressava a preocupação com a garantia do acesso, a qualidade dos serviços e a necessidade de humanização da atenção à saúde (ibidem).

Em 2001 foram criados as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS) devido à necessidade de se definir melhor a divisão de responsabilidade entre as esferas estadual e municipal. A primeira foi criada em 2001, mas logo foi revogada e substituída pela NOAS 01/2002 que assegurava a manutenção das diretrizes da NOAS01/01, procurando oferecer alternativas necessárias à superação dos impasses para que efetivasse sua implantação. A NOAS 01/02 amplia as responsabilidades do município na Atenção Básica e estabelece a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca maior equidade.

Noronha (2001) afirma que a implantação da NOAS tem deixado explícito os imensos vazios de oferta de serviços no território nacional, cujos atuais mecanismos e valores de custeio da assistência médico-sanitária têm levado a um crescente sucateamento da precária rede assistencial existente, e ainda a busca de fontes

alternativas de financiamento. Sem contar com a má remuneração dos profissionais de saúde o que diminui a sua adesão ao SUS.

O autor também ressalta que devido à precária assistência ofertada na rede pública, as pessoas sonham cada vez mais em possuir planos privados e seguros de saúde.

É crescente a cisão: os ricos, financiados privadamente (e subsidiados pelo setor público por políticas de renúncia fiscal) por planos e seguros de saúde, e uma assistência para pobres, financiada por recursos fiscais administrados dentro da lógica do SUS. O acesso e a utilização do serviço de saúde proposto pela reforma sanitária como único, universal e igualitário, e não pela capacidade de pagar, pode ter sido gravemente ferido nos anos 1990.

No Brasil, muitos esforços foram feitos para que fossem alcançadas estimativas preconizadas pela OMS em 1978, em Alma-Ata, que definiu metas que objetivaram “Saúde para todos no ano 2000”, mediante a priorização da atenção primária de saúde, buscando uma nova orientação para o modelo assistencial (OLIVEIRA et.al, 2003).

Segundo dados do Ministério da Saúde do ano de 2002, a construção do SUS ganhou sustentação a partir da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), proposto em 1994.

O maior apoio do Ministério da Saúde para uma abordagem mais centrada na família teve início na formulação do PACS, pois ele passa seu enfoque para a família e não apenas para o indivíduo (VIANA, DAL POZ, 1998).

5 A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste capítulo busca-se a centralidade no debate acerca das transformações ocorridas nos serviços de saúde relacionados à atenção básica. A discussão será desenvolvida em dois momentos: primeiro, a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e segundo, a mudança na concepção do cuidado da saúde, tendo a família como foco principal e não a doença.

Com relação ao ACS, é relevante perceber que sua inserção no cenário da saúde no Brasil é caracterizada pela facilidade do acesso às famílias e à comunidade de maneira geral, proporcionando um vínculo qualitativo da Unidade de Saúde com os usuários do SUS. De forma sumária, esse profissional marca uma mudança significativa na qualidade da gestão na área da saúde, promovendo a modificação da concepção no tratamento dos agravos da saúde: dos processos curativos aos preventivos.

Com relação ao segundo aspecto, a ESF, percebe-se sua importância no acolher e no cuidar da família, levando-se em consideração a complexidade cotidiana dos usuários. A ESF, não centra sua atenção apenas na doença ou no cliente, pois permite acessar os hábitos, modos de vida, cultura de toda a família, buscando identificar indícios, pistas, sinais de detalhes que podem influenciar na prevenção, diagnóstico e cura dos usuários.

5.1. Breve histórico e pressupostos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde: o foco na família

Segundo Bornstein e Stotz (2008) o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Ministério da Saúde foi criado a partir do Programa de Agentes de Saúde (PAS). Tal programa foi inicialmente implantado apenas no Ceará em 1987 sendo institucionalizado como política oficial do Governo Federal por meio do Programa Nacional de Agentes Comunitários do Ministério da Saúde (PNAS) em

1991, que em 1992 passa a ser chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A origem do PACS está na decisão do Ministério da Saúde, em 1991, como providência para enfrentar os graves índices de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste. Surgiu, portanto, com uma clara evidência de cobertura assistencial e cumprimento de metas, considerando que essa região concentrava o maior percentual de população pobre e, conseqüentemente, estava mais exposta ao risco de adoecer e morrer.

Porém, é importante frisar que a institucionalização do Programa ocorreu devido experiências de práticas em saúde com agentes comunitários que vinham se desenvolvendo de forma isolada, em diversas regiões do País nos estados do Paraná, Mato grosso do sul e Ceará, neste se constituindo como uma política estadual (VIANA E DAL POZ, 1998).

Outro aspecto importante a ser frisado é que o programa deveria estender-se para o Norte (Manaus e Belém) em um segundo momento, e, por fim, ainda em 1992, estender-se-ia aos demais estados da região Norte e periferias das principais capitais do país, fato que não ocorreu, ficando o PACS restrito a região Nordeste, Norte e Centro-oeste (SOUZA, 2001).

Segundo Souza (2002) a criação do PACS recuperou diversas e diferentes experiências no país, sendo a dos agentes comunitários do Ceará a que mais contribuiu para execução do programa a nível nacional.

O PACS introduziu o conceito de saúde com enfoque na família, ultrapassando a perspectiva que contemplava apenas o indivíduo dentro das práticas desenvolvidas na saúde. O Programa também se destacou pelo caráter preventivo, pois a preocupação se voltava para a saúde e não com a doença. A intervenção deveria se instaurar antes do aparecimento da doença, por intermédio da prevenção e da promoção de saúde.

Segundo Viana e Dal Poz (2005) o PACS funciona como um instrumento de reorganização da demanda, visto que introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde de não “esperar” a demanda, intervindo antes que ela apareça.

Os autores afirmam ainda que o PACS não significou apenas um programa vertical do Ministério da Saúde mas um braço para auxiliar a implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde.

Com relação à constituição da equipe do PACS, ele deve ser composto na proporção de um enfermeiro instrutor supervisor para até, no máximo, 12 ACS e, no mínimo quatro, constituindo assim, uma equipe de ACS (BRASIL, 2012).

Assim, pode-se perceber que o processo de mudança estrutural realizado no Brasil começou oficialmente com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, pelo Ministério da Saúde. Sequencialmente, em 1994, realizou-se o estudo de “Avaliação Qualitativa do PACS”, a criação do Programa Saúde da Família, a criação do primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”, e, por fim, a criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Inicialmente, a população coberta pelo PSF era em torno de um milhão de pessoas. Por isso deve-se explicitar a importância do Agente Comunitário de Saúde nesse processo de reorganização da atenção básica de saúde.

O seu objetivo geral consistia em melhorar, por intermédio dos ACS, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuindo para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 1994).

O PACS foi pensado como uma estratégia de transição para outra e mais abrangente ação de saúde: PSF. Estas duas estratégias – PACS e PSF - se constituíram em caminhos possíveis no processo de reorganização da atenção à Saúde, representando uma intervenção concreta no contexto da mudança da atenção à saúde.

Suas concepções buscaram contribuir para a redução de graves problemas enfrentados pelos serviços públicos (BRASIL, 2004). De acordo com Nogueira (2000) a estratégia implementada por meio do PACS/PSF buscou introduzir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde, onde os

serviços passam a buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervindo ainda sobre fatores de risco aos quais a população está exposta, promovendo parcerias por meio de ações intersetoriais e estimulando o controle social.

Para finalizar esta parte do trabalho é relevante frisar que o PACS vem servir de base para a mudança na convenção tradicional do modelo de assistência a saúde que focaliza a ação na figura da consulta médica, na medicalização da doença, na hospitalização. O aludido programa rompe com a referida estrutura para uma saúde com compromisso com a comunidade local, visando a resolutividade dos problemas de forma integral, fazendo a saúde acontecer de dentro da unidade de saúde para comunidade com mais agilidade e qualidade (OLIVEIRA, 2003).

5.2 Do Programa Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família

Considerando que em outros momentos do texto já se mencionou o Programa Saúde da Família (PSF) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), é nesse momento que o foco do trabalho buscará com mais ênfase o processo de implementação do Programa Saúde da Família (PSF) e modificação do mesmo para Estratégia Saúde da Família (ESF).

Segundo Viana & Dal Poz (1998) o PSF brasileiro foi guiado pelos modelos anteriores implantados em Quebec no Canadá, em Cuba, na Suécia e na Inglaterra. Sendo esse uma adaptação de várias experiências. O Brasil, por ter características de país continental, não pode exigir que os médicos habitem onde clinicam como ocorre em países como Cuba e Inglaterra. Pode, porém, incentivar para que estejam o mais próximo possível das comunidades que atendem.

A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil (PAIM, 2002).

No Brasil, a origem do PSF remonta criação do PACS em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, com intenção de aumentar a

acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde, lançou o PSF como Política Nacional de Atenção Básica com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária.

Segundo Brodersen (2005) o principal propósito do PSF era reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde mais para perto da família. Dessa forma, poderia melhorar a qualidade de vida uma vez que seria mais fácil identificar o problema e as questões sociais que envolvem, não somente o indivíduo, mas toda sua família: uma visão ampliada de saúde/doença que vai além das práticas curativas.

Em 28 de Março de 2006 movidos pela necessidade de expansão do PSF o governo emitiu a portaria nº 648, onde estabelece que o PSF tornava-se a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, recebendo uma nova nomenclatura Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Uma importante característica que deve destacar-se é o fato do PSF ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, pois o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Sendo o PSF uma estratégia de reorganização da atenção primária ele não prevê um tempo para finalizar essa reorganização do serviço de saúde.

Tendo como base a portaria supracitada, foi estabelecido que para a implantação da Equipe de Saúde da Família deveria existir (entre outros quesitos) uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000. A equipe básica deveria compor-se conforme o disposto a seguir: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e ACS (em número máximo de 1 ACS para cada 400

peças no urbano e 1 ACS para cada 280 pessoas no rural). Todos os integrantes devem ter jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Devido à necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, no dia 21 de outubro de 2011, foi aprovada a portaria nº 2.488 da Política Nacional de Atenção Básica. A referida portaria estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica: para a ESF e o PACS (BRASIL, 2012).

Além de contar em sua composição com cirurgião dentista, técnico de higiene bucal (THD), enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico da família e Agentes comunitários, a equipe da ESF possui uma equipe de apoio denominada Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O NASF é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e auxiliando os profissionais das equipes de Saúde da Família. Poderão compor o NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2012).

Esses serviços fazem parte da atenção básica e não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, não sendo, portanto, de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Quando surge a demanda, esse serviço é acionado. São exemplos de ações desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento em conjunto, interconsulta, construção de projetos terapêuticos, educação permanente na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outros (*ibidem*).

A ESF representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida.

Entre outras indicações a ESF propõe um amplo espectro de ações interventoras em saúde, incorporando a prática domiciliar e os espaços comunitários diversos. Tal característica reforça um grande fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes de saúde da família e sua comunidade (NUNES, ET AL 2002).

Seguindo essa ótica Machado (2000) afirma que essa nova prática exige um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual essa família está inserida, pois a ESF é tida como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais nesse nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. O atendimento é prestado na unidade básica ou no próprio domicílio, dependendo da necessidade do indivíduo ou da família.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Essa concepção de saúde se articula a determinados pressupostos capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior devido aos seguintes motivos: introduziu uma visão ativa de ação de saúde, intervindo antes da demanda chegar, agindo previamente e por fim, a integração com a comunidade não centrando a ação apenas no médico (VIANA E DAL POZ 1998).

Uma das principais características da Estratégia Saúde da Família é sua capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, entre outras. Por ser um projeto estruturante, deve provocar uma transformação interna do sistema com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde.

Essa mudança implica na ruptura da dicotomia e dos anos de história da saúde pública brasileira, bem como entre as práticas educativas e assistenciais. Configura, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso.

Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. Segundo Machado (2000) essa nova perspectiva exige que os profissionais tenham uma visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade em que a família está inserida.

O dinamismo do processo do planejamento do ESF também é destacado por Machado (2005). Esse dinamismo faz com que as mudanças da comunidade sejam acompanhadas, sendo possível reajustar suas atividades conforme a necessidade local.

Assim, o programa permite uma forte integração entre o Ministério, as secretarias estaduais, os municípios, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos. Por seus princípios, a Estratégia Saúde da Família é, nos últimos anos, a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil. Junto ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – com o qual se identifica cada vez mais – permite a inversão da lógica anterior, que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais.

6 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo aborda o ator principal deste trabalho, Agente Comunitário de Saúde. A intenção é apresentar o perfil, o papel do agente no cotidiano da ESF, as demandas e dificuldades do trabalho do agente, a organização do trabalho, e por fim, a formação. Considera-se que esses fatores interferem no cotidiano do trabalho desses sujeitos que atuam na Atenção Básica de Saúde.

Nesta parte do trabalho, serão apresentados dados da pesquisa empírica realizada e apreendidos em caderno de campo, questionários e a entrevista com grupo focal. Cabe ainda esclarecer que os sujeitos participantes do estudo foram quatro enfermeiros e trinta e cinco agentes de saúde da ESF e PACS do primeiro e segundo distrito sanitários de Angra dos Reis, envolvendo as seguintes unidades de saúde: PACS do Centro, Serra D'Água, Banqueta, Campo Belo, Nova Angra, Areal, Encruzo da Enseada.

6.1 Perfil do Agente Comunitário

Segundo Oliveira (2003) o ACS não é um ator novo no cenário mundial da saúde. Ele aparece no Canadá em 1920 no movimento de organização comunitária das Américas. Há décadas, diversos grupos religiosos e organizações não governamentais (ONGs) treinam agentes de saúde.

Solla (1996) afirma que na América, apesar da resistência a esses trabalhadores, os mesmos foram utilizados nos últimos 20 anos como estratégia de extensão aos cuidados básicos em comunidades rurais e periurbanas.

No Brasil era possível ver o trabalho dos agentes de saúde de forma voluntária em instituições não governamentais como (Pastoral da criança, Unicef).

Até que em 1991, o Ministério da Saúde oficializa o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde cujos atores principais são os Agentes comunitários.

Com o passar do tempo esse trabalhador conquistou seu espaço e obteve o reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas e sociais. A organização dos agentes comunitários propiciou a edição do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades e, posteriormente, a elaboração de um projeto de lei que culminou na publicação da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002, sendo revogada mais tarde pela lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004).

Buscando caracterizar o perfil do ACS é necessário esclarecer que o agente é um profissional que emerge da própria comunidade e está vinculado à Unidade Saúde da Família que atende tal localidade. Uma característica importante a ser observada no ACS é o diferencial que esse profissional faz ao trazer os problemas encontrados na comunidade para a equipe de saúde. Esse vínculo é fundamental para solucionar grande parte dos problemas. E o fato de ele ser morador da comunidade auxilia na inserção do contexto família, pois são pessoas conhecidas e queridas e isso possibilita uma maior confiança. O relato do caderno de campo do dia (18/05/11) permite perceber a importância da referida característica:

A ACS LA em suas vistas diárias descobre que após 6 meses de suposto desaparecimento da comunidade o paciente JCS encontrava-se em casa acamado com sintomas de depressão. A referida ACS não conseguia entrar nessa casa, pois a mãe dona MC, que sofre de transtorno psiquiátrico, sempre a recebia na porta, não a deixava entrar durante as visitas. Entretanto, com a confiança e o vínculo adquirido pela ACS durante as visitas em um determinado dia a agente de saúde conseguiu entrar na residência e descobriu que o paciente JCS encontrava-se deitado em um colchão sujo sem tomar banho por 6 meses. O rapaz só dormia e se alimentava. Posteriormente, na condição de enfermeira, realizei a visita junto com a ACS e acionamos a emergência e o Programa de Saúde Mental – CAPS – 2 (LIVRO DE OCORRÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO AREAL, 18/05/11).

Essa intervenção só foi possível devido à identificação realizada pela ACS e pelo vínculo formado: por ser moradora, pessoa conhecida, com habilidade para acompanhamento estreitando laços de confiança com essa mãe, que mesmo com seu transtorno mental, não suportou ver seu filho naquela situação e enxergou em na equipe a ajuda que ele precisava. Se não houvesse a presença desse profissional, casos como esse seriam totalmente desconhecidos.

O fato de o agente comunitário de saúde residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade (LEVY, MATOS, TOMITA, 2004, p. 198).

Para os autores é condição fundamental residir na área do PACS para a construção de uma rede de relações de confiança com a comunidade, que se sente mais à vontade para falar sobre os anseios com uma pessoa que vivencia a mesma realidade.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Nunes (2002) afirma que o ACS tem se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos. O fato dos agentes comunitários conviverem com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde residem faz deles um instrumento que abre caminho para o diálogo profundo entre os dois saberes e práticas. Esse profissional representa um mediador entre comunidade e o pessoal de saúde, o que configura um novo modelo assistencial.

Segundo Figueiredo et al. (2009) em relação o ACS ser morador da área do PACS – reafirma que estar na comunidade permite ao agente ter laços estabelecidos de amizade e similaridade das condições sociais e de vida, favorecendo a relação horizontalizada com a comunidade, permitindo construir a credibilidade do trabalho deste profissional.

Outro aspecto importante que auxilia na constituição do perfil do Agente Comunitário é a sua atitude perante a realidade em que está inserido. O ACS deve ser um morador que emerge da comunidade como uma referência, que se destaca

pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce em sociedade. A comunidade sente-se mais à vontade para falar dos seus problemas com o agente comunitário, pois se identifica com esse profissional.

Nogueira, Silva e Ramos (2000) com relação à discussão sobre o perfil do agente e sua inserção na equipe multiprofissional destacam que tal profissional pode ser percebido por duas vertentes: a primeira, onde o agente é entendido por realizar cuidados de saúde, caracterizados nos programas ministeriais e a outra, onde o ACS é concebido como um trabalhador genérico que não tem características similares entre os profissionais de saúde tradicionais, se destacando pelo seu vínculo com a comunidade.

Trata-se de um profissional com uma identidade estabelecida pela sua relação sistêmica com a comunidade, pois realiza tarefas que não se restringem ao campo de saúde, como, por exemplo, a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de forma geral.

Um dado importante que permite perceber esse processo de identificação do ACS com a comunidade observa-se nos relatos dos próprios agentes quando questionados a respeito de como eles achavam que a comunidade enxergava sua contribuição e sua importância no serviço de saúde (Pergunta 134 do questionário dos agentes):

A minha Comunidade vê os agentes como um canal para determinados problemas e soluções porque eles sabem que estamos ali para ajudar a cada um deles e seus familiares (ACS 26).

A minha comunidade entende que o ACS faz o diferencial (ACS34).

A minha comunidade vê no agente comunitário uma esperança de melhoria (ACS32).

Uma pessoa importante **para sua família** (ACS28).

É importante ressaltar como esses profissionais da saúde se referem à forma como são concebidos pela comunidade local. Ao ser questionada a grande maioria

dos ACS, explicita um indício – *a minha comunidade* - de pertencimento ao lugar em que está inserido.

Outro aspecto importante ressaltado durante a análise dos relatos foi a expectativa da população com relação a esse profissional. A comunidade vê no ACS a possibilidade de acesso aos serviços de saúde e auxílio para sua família, conforme disposto a seguir: marcação de consultas, exames, visitas domiciliares de outros profissionais da saúde, avaliação e tratamentos odontológicos, vacinas, serviço social, dentre outros serviços.

Embora haja discussões a respeito do perfil do ACS, não há dúvidas de que ele é um profissional que executa uma função importante no cenário da saúde e ocupa um papel de porta-voz das representações sociais originadas e construídas na comunidade onde vive, expressando para equipe multiprofissional, os conceitos desta população do processo saúde- doença (PEROSA, 2008).

Meira (2008) ao se reportar ao perfil dos agentes comunitários observa algumas características importantes a serem consideradas no trabalho cotidiano de tais profissionais da área de saúde: gostar do que faz (pois isso facilita o trabalho com as famílias assistidas), estar disponível (em seus relatos a autora enfatiza que os laços de confiança e de doação do ACS representam um fator importante para que as pessoas abram as portas de suas casas recebendo as orientações dos ACS, fato que contribui na valorização seu papel na sociedade) e, por fim, ser referência na comunidade.

Tendo-se discutido o perfil dos ACS, torna-se necessário expor o papel dos agentes comunitários diante do perfil apresentado.

6.2 Papel do Agente Comunitário de Saúde

Após a implantação do PSF, o papel do ACS foi tomando maior proporção, não se resumindo apenas a atenção materno-infantil, mas para toda família e a

comunidade, tornando-se o elo entre essa e o sistema de saúde. Solla et al (1996) acrescenta o cumprimento da função de elo exercida pelos ACS na pesquisa realizada em doze municípios do estado da Bahia onde esse profissional de saúde é percebido pelos usuários como facilitador do acesso à unidade básica de saúde.

O ACS desenvolve ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade (Brasil, 2012 p.49).

Considerando a pesquisa realizada no município de Angra dos Reis, observa-se que esse também foi um dos papéis apontados pelos agentes, pois quando os mesmos foram questionados se acreditavam serem responsáveis, tanto quanto os outros profissionais de sua equipe, pelo processo de promoção, prevenção e proteção da saúde e obteve-se os seguintes relatos (Pergunta13 do questionário dos agentes):

O ACS é o **elo de ligação** entre a comunidade e a estratégia (ACS - 22.).

O agente **é a ligação** entre os profissionais e o paciente (ACS – 23).

Por conhecer a comunidade **sei como passar para o paciente o meu objetivo com melhor compreensão do assunto** (ACS – 33).

Tenho mais contato com a comunidade e assim sou **ponte** para informações e até mostro o caminho que a pessoa pode tomar para resolver o que a tem incomodado (ACS – 10).

Diante do exposto, é importante frisar que um dos papéis do agente é atuar como mediação entre a unidade básica de saúde, a família e a comunidade, permitindo o acesso de informações para facilitar aos usuários o conhecimento de direitos sociais e, simultaneamente, possibilitar por intermédio das visitas domiciliares o recolhimento de informações sobre quadros domiciliares, doenças e problemas com potencial de perigo para a saúde pública. (verificar se esse conteúdo já não foi descrito acima para não se repetir)

A política nacional de atenção básica, fundada na Lei nº 2448, define que o agente deve estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades dos usuários (BRASIL, 2012 p.48).

Trad et al (2002) confirmam que os agentes são valorizados pelos usuários pela facilidade em transitar no sistema de saúde, permitindo aos moradores locais acesso aos cuidados mais rapidamente. O autor ao resumir tal desempenho menciona que esse profissional assume o seguinte papel na unidade de saúde:

Ao mencionar o papel dos ACS Nogueira (2000) refere que esse profissional representa um elo entre os objetivos das políticas do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade. Ou seja, o elo entre as necessidades de saúde da comunidade e outros tipos de necessidades das pessoas.

É o próprio Ministério da Saúde, no caderno de atenção básica (2000) que relata as atribuições específicas do agente, mencionando que este profissional atua como um elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Nesse sentido, o documento também explicita que o agente também é um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que atua como uma ponte entre os dois universos culturais distintos: o saber científico e o saber popular. (novamente verificar a repetição do conteúdo)

Outro aspecto significativo a ser observado com relação ao papel do ACS se refere às responsabilidades e competências no campo político e social, pois é um fator que vem exigindo dos agentes, um grau de conhecimento cada vez mais elevado, complexo e abrangente (TOMAZ, 2002).

Esse aspecto pode ser observado quando do questionamento à equipe de ACS das unidades investigadas e que vários agentes ressaltaram a importância desse papel (pergunta 13 do questionário dos agentes):

Temos uma meta a cumprir e muita **responsabilidade** (ACS21).

Meu trabalho é importante para o desempenho dos outros profissionais (ACS04).

Existem muitas coisas que podemos resolver (ACS07).

As narrativas permitem perceber que o agente possui papel relevante no interior da ESF, pois precisa cumprir metas pactuadas pelo serviço de saúde e por que ele está inserido na ESF e a mesma faz parte das metas fixadas pelo plano Municipal de Saúde. Esse plano interfere diretamente nas ações dos outros profissionais que compõem o serviço de saúde. Assim, os depoimentos supracitados revelam a consciência que esses profissionais possuem da importância de sua atuação junto à comunidade e a responsabilidade com a articulação da ESF.

Os agentes têm assumido novas responsabilidades, além de realizar cadastramento e visitas domiciliares, que se configuram também como um dos papéis mais significativos do referido profissional em sua área de atuação. Segundo a Política Nacional da Atenção Básica além de trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida como microárea, o agente deve cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados (BRASIL, 2012).

De acordo com a referida política, os ACS realizam atividades específicas como:

Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco (BRASIL, 2012 p.49).

Na intenção de saber se o agente possui o conhecimento sobre a importância da visita domiciliar para a ESF, questionou-se a respeito de qual seria sua principal atribuição (pergunta16 do questionário dos agentes):

O cadastramento e acompanhamento das famílias (ACS22).

Visitar todas as famílias em especial as prioridades (ACS01).

Detectar problemas de saúde nas visitas domiciliares e levar para equipe da ESF (ACS05).

Acompanhamento dos pacientes acamados (ACS9).

Conhecer bem a família (ACS11).

A maioria dos agentes relatou a importância da visita domiciliar, destacando que é a partir desse momento que conhecem a família, captam seus os problemas e as necessidades. Acredita-se que é na ocasião da visita domiciliar que se formam os maiores vínculos, que se estabelece a confiança, que se criam possibilidades para desempenhar a promoção de saúde. Como o foco principal da ESF é a família e tem-se a possibilidade de entrar nesse cenário, não há como negar que esse é o momento mais importante do trabalho dos agentes comunitários, pois é nessa oportunidade que se faz ou se desfaz o vínculo, a afetividade, a parceria cria-se a ponte com o usuário e a unidade de saúde. Pode-se observar na fala dos enfermeiros no grupo focal o destaque à visita domiciliar, nos seguintes depoimentos:

Na visita domiciliar você tem um universo de possibilidades, primeiro porque você está no universo do outro. Só de você pode ser recebido já tem um valor. (ENF 03)

Como o ACS com poucas ferramentas comparado a outros profissionais, talvez seja o mas apto para fazer o acolhimento diário (olhar nos olhos, ouvir, passar informações) esvaziado de muita complexidade, mas de uma efetividade muito grande. (ENF 01)

Schmith e Lima (2004) reforçam a importância da visita ao mencionar que é no encontro entre profissionais e usuários que se dão as negociações, identificando-se as necessidades e estabelecendo-se vínculos, oferecendo maneiras de se tornarem autônomos nos processos de saúde. O vínculo da equipe com os usuários da unidade de saúde favorece a participação da comunidade nos serviços prestados a essa clientela.

Para Vasconcelos (1999b.) a atenção central da visita deve se voltar à família e à comunidade como entidades influenciadoras nos processos geradores de

agravos a saúde dos indivíduos, os quais são regidos pela relação com o meio a que estão exposta e com as pessoas.

Para Filho (2009) prestar assistência à saúde domiciliar é compreender o contexto sócio - econômico e cultural que envolve os hábitos de higiene e alimentação da família. É se comprometer com o processo de trabalho compreendendo o contexto em que as pessoas estão inseridas e bem como suas dificuldades.

É relevante ainda salientar que os agentes realizam outros papéis em sua unidade de saúde: atividades educativas de promoção e prevenção além de transmitir em suas práticas diárias importantes informações de cuidados com a saúde, incorporando certos conteúdos biomédicos em suas atividades, o que lhes confere certo prestígio social (NUNES et al, 2002; RODRIGUES; ASSIS, 2005).

O Ministério da Saúde completa as informações supracitadas mencionando inúmeras atribuições aos ACS, o que lhes exigem bastante organização e planejamento: trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea, realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea (BRASIL, 2012 p.48-49).

É importante frisar que o agente deve estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde bem como, ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades.

Para finalizar, torna-se importante refletir sobre um sério problema que tem impactado o cotidiano desses profissionais da Saúde o gerenciamento do tempo. O que se vem percebendo ao longo dos quatro anos de prática profissional à frente de uma unidade de saúde é a dificuldade encontrada por esses profissionais em relação a organização e planejamento das atividades, assim como o gerenciamento

do tempo, pois o papel desse profissional vem sendo distorcido, ora pelo super dimensionamento, ora pelo excesso de burocracia (papéis, formulários e documentos, preenchidos pelos ACS em anexo – anexo 1 ficha A, anexo 2 ficha B HAN, anexo 3 ficha B HA, anexo 4 ficha B DIA, anexo 5 ficha GES, anexo 6 ficha TUB p.p 146-156), documentos esses, que na maioria das vezes, apresentam repetições de dados que poderiam ser sintetizados e informatizados para agilizar o serviço, ao invés de acabar por fadigar e sobrecarregar de tarefas esses profissionais, acarretando diversas dificuldades no trabalho cotidiano desses agentes. É o que discutir-se-á no transcórre do trabalho.

6.3 As demandas e dificuldades do trabalho dos Agentes Comunitários

Apresentados os papéis dos agentes no cotidiano das unidades de saúde, depara-se com várias dificuldades, que emergem a partir da burocracia relacionada às atividades que esses profissionais executam. É importante mencionar que não se está aqui afirmando ser desnecessário tal processo administrativo, porquanto são importantes em seu processo de trabalho.

Uma das dificuldades encontradas pelo agente advém da sua configuração junto à comunidade, podendo facilitar processos, mas também trazendo alguns entraves. O que se busca esclarecer é que por compartilharem o mesmo cenário que os usuários, os ACS podem estreitar demais os laços com a comunidade podendo emergir diversos conflitos, o que pode ocasionar problemas para equipe.

Seabra (2006) relata que se os laços de amizade que ampliam as possibilidades de acesso a residência dos usuários, podem em outras ocasiões provocar inimizades e conflitos com moradores, e, em vez de facilitar, criam mais problemas para a equipe da ESF.

Durante o processo de investigação achou-se pertinente registrar no caderno de campo, no dia 27/05/11, um fato ocorrido na unidade e registrado nos livros de ocorrência, no dia 09/08/10. A razão de buscar tal ocorrência se deve pela necessidade de discutir a dificuldade mencionada. Observou-se que, ao surgir um

conflito entre o Agente e o usuário, ocorreu uma ruptura do elo entre a unidade de saúde e a família. Percebeu-se que, em alguns casos em que ocorrem conflitos, conforme exposto, passa a existir a recusa do usuário em receber o referido Agente de Saúde. Em outros casos, os próprios agentes se recusam a fazer as visitas, conforme se pode perceber no relato a seguir:

No dia 09/08/2010 uma das agentes chegou à unidade de saúde relatando que havia sido agredida por uma paciente, pois sua consulta marcada com uma determinada especialidade médica havia sido entregue muito em cima da hora. A agente relatou que tentou explicar que a referência havia chegado no final do expediente do dia anterior, mas que mesmo assim tentou entregar, porém ela não havia sido encontrada. A ACS relatou que mesmo tendo feito a comunicação do fato a paciente ela a agrediu verbalmente. Posteriormente, a agente relatou que não faria mais visita a essa residência (LIVRO DE OCORRÊNCIAS DA UNIDADE BÁSICA DO AREAL, 09/08/2010).

Salienta-se que ao se analisar superficialmente o depoimento, só é possível perceber o problema de comunicação entre agente e paciente: a ACS não comunicou com antecedência o dia e hora da consulta. Porém, por meio dos registros do caderno de campo, pode-se verificar indícios que mostram que o motivo da agente comunitária não querer retornar à residência do usuário se deve pelas agressões ali recebidas, conforme relatado pela ACS:

A ACS relatou que pelo fato de ser vizinha a usuária se sentiu no direito de ofendê-la, pois acredita que agente comunitária tem a obrigação de trabalhar em tempo integral, não tem hora para entrar no trabalho, almoçar e terminar o trabalho, pois é moradora da comunidade, então ela deve voltar à casa dos pacientes quantas vezes for necessário até encontrá-los. A paciente se esquece que não é a única usuária da unidade e como ela existem outros inúmeros que não encontramos e temos que retornar várias vezes à em suas residências, isso demanda tempo e desperdício de serviço. É obrigação do usuário também se responsabilizar pelo seu atendimento e procurar informação a respeito de exames e consultas, pois sempre deixamos um bilhete em suas residências, para procurar a unidade, quando não os encontramos em casa (LIVRO DE OCORRÊNCIAS DA UNIDADE BÁSICA DO AREAL, 09/08/2010).

O relato revela sinais de uma prática sociocultural que surge no cotidiano do trabalho do agente e simultaneamente demonstra a forma como os usuários

concebem como deveria ser a atitude desses profissionais de saúde: estar disponível a qualquer momento. Enquanto os ACS atendem aos anseios dos usuários ele é bem visto, mas no momento que se nega ou que se encontra impossibilitado de resolver determinada demanda, devido à complexidade do sistema ou por razões particulares, o elo com a comunidade pode ser rompido.

Outra dificuldade encontrada na dinâmica do agente é a pressão exercida pelas lideranças locais. Pode-se observar essa problemática no seguinte depoimento apreendido no grupo focal (21/05/12) – questão 4 :

Uma fragilidade que observo é que lideranças comunitárias acabam deixando os ACS muito vulneráveis em relação à conduta. São pressionados a marcarem consultas, exames entre outros serviços. Aí eles preferem não se posicionar (ENF 03).

Fica visível no relato supracitado a dificuldade que esses profissionais enfrentam voltadas às relações de poder que se estabelecem entre duas instituições sociais: a Unidade Básica de Saúde e a Associação de Moradores. Portanto, torna-se relevante salientar que o agente comunitário fica à margem de um problema que se configura, em muitos casos, a partir de questões de ordem política no interior das comunidades locais. É importante frisar que em muitos casos os agentes são indicados pelas próprias lideranças comunitárias, acarretando uma perda da autonomia desse funcionário ao se deparar com tal enfrentamento. O depoimento do enfermeiro a seguir permite perceber indícios (GINZBURG, 1989) de tal prática social:

O ACS não se sente capaz **desse papel**. Ele acha que não tem capacidade, sente-se em um papel menor, diminuído (Enf 02).

Esse tipo de pressão faz com que os ACS se esquivem não se sentindo capazes para o exercício de sua prática profissional, perdendo a autonomia para solucionar os problemas da comunidade e em decorrência, sua identidade profissional.

Segundo Kruehl (2006) o ACS possui uma série de características que contribuem para que a comunidade estabeleça um imaginário para o referido

profissional que dificulta a sua ação como mediador entre a unidade e a comunidade:

Graças a todas essas características profissionais e às situações que se apresentam aos agentes de saúde, forma-se uma imagem à comunidade de um ator dotado de uma capacidade ímpar de resolução e decisão, o que não necessariamente é uma imagem real. Cria-se um monstro, a comunidade desunida, acomodada e dependente em excesso que se recusa a procurar a unidade de saúde para marcar uma simples consulta e, que, ao ter sua vontade negada, une-se, para voltar-se contra o trabalhador que ali está para auxiliar (p. 147).

Outra dificuldade que deve ser destacada é o excesso de atividades burocráticas atribuídas aos profissionais da ESF. Uma queixa frequente dos ACS é a quantidade de relatórios que eles preenchem em sua rotina de trabalho e que devem ser atualizadas mensalmente (ficha A de cadastro das famílias Anexo 2, fichas B de Hanseníase Anexo 3, ficha B de hipertensos Anexo 4, ficha B de diabéticos Anexo 5, ficha B de gestante Anexo 6, ficha B de tuberculoso Anexo 7 devem ser atualizadas, ver anexos p.p 152 à 163). Essa demanda administrativa se justifica pelo fato de o serviço depender da quantificação dos serviços ofertados à população, portanto são avaliados critérios de produtividade.

Segundo o estudo de Silva e Trad (2005) os serviços de ESF são avaliados quanto ao produto do trabalho, isto é, a quantificação da produtividade do serviço na unidade de saúde e no município. Sendo assim, é necessário o preenchimento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que segundo os autores citados, serve para atender a demanda da gestão de saúde municipal.

Para os autores o preenchimento do SIAB serve mais para atender às necessidades da coordenação municipal do que para realizar avaliação da atenção a saúde prestada. Essa mesma demanda burocrática também é relatada pelos ACS de Botucatu no estudo de Gonçalves (2006).

A ausência ou falta de profissionais no campo realizando visitas é outro fator apontado pelos agentes, impactando a sua ação e dificultando o seu trabalho cotidiano. Ao serem questionados sobre a carga laboral (pergunta 11 do questionário dos agentes) e os estabelecimentos dos prazos pela gestão municipal,

obteve-se unanimidade nas respostas: a sobrecarga de trabalho e sua relação com o número de agentes por área: (ou obteve-se com unanimidade ou não, não existe certa unanimidade)

Sempre fico sobrecarregada, pois falta agente de saúde. (ACS017)

Todos os meses fico sobrecarregada, pois cubro duas áreas com 160 famílias (ACS06)

Fico sobrecarregada, quando tem alguém de férias, porque além de fazer nossa área temos que entregar referência na área da pessoa que está de férias (ACS30).

Me sinto sobrecarregada, não pela minha microárea, mas pelas áreas que temos que cobrir (cobrir). (ACS20)

A opção por trazer alguns depoimentos deve-se à perspectiva metodológica a que se está vinculada – qualitativa, não cabendo reproduzir diversos relatos que se enquadram dentro desta mesma ótica.

É importante ressaltar que a sobrecarga de trabalho citada na maioria dos relatos dos agentes se deve a diversas razões: a primeira, como já foi mencionado, se deve ao fato de muitas unidades em Angra dos Reis terem um número de agentes inferior ao necessário em relação ao número de famílias atendidas. Esse problema também é apontado por Medeiros (2008) com equipes do PSF da Lapa (RJ) e do PACS de Paquetá no interior do Rio de Janeiro. A segunda é decorrente da primeira, pois o número inadequado de ACS provoca o aumento do número famílias a serem atendidas por cada agente, como se pode observar no depoimento (pergunta 11 do questionário dos agentes):

Sobrecarregada, porque temos um número de famílias muito alto. (ACS019)

Segundo a Portaria nº 648 recomenda-se que cada equipe de ESF tenha até 12 ACS, e que cada agente comunitário acompanhe no máximo 750 pessoas, favorecendo uma cobertura de 100% da área adscrita.

Nas unidades onde a pesquisa foi realizada (município de Angra dos Reis) o número varia entre três a sete agentes de acordo com o tamanho da área e o número de famílias. É importante destacar que o número de profissionais ainda é inferior às demandas da comunidade (Distrito I e II) investigada.

Outro aspecto relevante a ser evidenciado, e que caminha próximo ao relato do agente, é com relação ao número de famílias atendidas: entre 106 a 230. No caso dos distritos estudados, ainda deve-se considerar a cobertura das microáreas por falta de ACS.

Micro área é o nome dado à divisão da área de abrangência de uma unidade. Uma unidade possui uma área de abrangência, ou seja, local que abrange seu território de atendimento, essa área é dividida em várias micro áreas para facilitar o acompanhamento, possuindo um agente comunitário responsável pelo cadastramento, atualização e acompanhamento das famílias pertencentes a essas localidades.

A partir da análise desses fatos nota-se a coerência no discurso dos ACS, ao relatarem a sobrecarga de trabalho, porque a maioria desses profissionais acompanha um número de famílias superior ao estabelecido pelo ministério da saúde. Baseado nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e ficha SSA2 de 2012 os agentes fazem uma média de 242 visitas mensais. Medeiros (2008) afirma que essa situação ocorre em vários municípios.

A terceira razão emerge dos relatos dos ACS como atividades extras que não estão determinadas em suas atribuições, por exemplo: ficar responsável pela recepção da unidade de saúde. Como a ESF não possui recepcionista em sua composição, na maioria das vezes quem faz esse serviço são os agentes, realizando um rodízio entre eles para que possam realizar as visitas domiciliares. Os depoimentos revelam tal procedimento da unidade com os agentes (pergunta 11 do questionário) dos agentes:

Fico sobrecarregada, quando existem várias atividades em que eu preciso me ausentar da comunidade. (ACS031)

Sempre fico sobrecarregada, pois falta agente de saúde – recepção (ACS17)

Fico sobrecarregada, quando faço serviços que não é atribuição do agente comunitário –recepção. (ACS32)

Pode-se notar nos relatos que os agentes expõem que ficam sobrecarregados devido a sua ausência da unidade, desestruturando sua rotina diária de trabalho e

acarretando um aumento em sua demanda de trabalho nos dias posteriores a sua ausência. O mesmo ocorre quando precisam parar suas visitas domiciliares para permanecer na recepção devido a ausência de recepcionista.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às suas atribuições (BRASIL, 2012 p.50).

Outro fator relevante, que interfere na dinâmica de trabalho desses profissionais é a questão climática, conforme disposto a seguir (pergunta 11 do questionário dos agentes):

Às vezes fico sobrecarregada, depende do tempo (muita chuva) e do mês (muitos feriados). (ACS09)

A condição climática pode causar dificuldades para o ACS, provocando transtornos no seu processo de trabalho. Segundo Queiroz et. al (2005) os ACS estão submetidos diariamente a diversos fatores de riscos, como altas e baixas temperaturas, poeira, fumaça, vírus, bactérias além dos riscos psíquicos.

Considerando ainda o relato do ACS 09, é preciso perceber que a semana com feriado agrava e dificulta o seu trabalho, pois diminui o número de horas trabalhadas. A sobrecarga ocorre pela permanência das metas estabelecidas pela gestão municipal.

Por fim, a última dificuldade apontada na pesquisa refere-se à organização e planejamento das atividades dos agentes comunitários.

Os ACS possuem um número específico de famílias que devem ser acompanhadas mensalmente de acordo com a divisão estabelecida em sua microárea. Além disso, os ACS devem participar dos grupos educativos realizados nas unidades de saúde com intuito de acompanhar os pacientes promovendo a saúde dos mesmos. Os ACS devem cumprir uma carga horária de oito horas diárias e distribuir nesse horário o número necessário de visitas para cumprir a meta mensal. Eles também devem organizar suas informações imprescindíveis no preenchimento

dos relatórios que os mesmos devem entregar mensalmente à enfermeira da unidade, para ser encaminhado ao Ministério da Saúde via SIAB.

Pode-se observar nos relatos supracitados as dificuldades de organização e planejamento na realização de suas atividades. Saber gerenciar o tempo de maneira eficiente é fundamental para um bom desempenho como ACS. É importante ressaltar que as atividades a serem executadas durante o cotidiano do agente são extensas e diversos imprevistos podem acontecer. Segundo Krueh (2006) o agente sabe qual a meta a ser atingida, até o final de cada mês, e deve se organizar para tanto. No entanto, observa-se em alguns depoimentos, que os agentes não conseguem organizar suas atividades, ficando sobrecarregados, queixando-se de não ter tempo nem para se alimentar. A narrativa a seguir serve de pistas (GINZBURG, 1989) que revelam a falta de organização do tempo das ACS, dificultando a sua rotina de trabalho (pergunta 11 do questionário dos agentes).

Fico sobrecarregada, sem tempo até para comer. (ACS35)

Fico sobrecarregada, mas damos conta das atividades. (ACS023)

Esses relatos revelam a dificuldade de gerenciar o tempo das visitas, pois quando chega a um determinado período do mês em que o prazo para cumprir a meta está se esgotando e ainda faltam muitas famílias para visitar, alguns ACS fazem visitas até no horário de suas refeições para atender aos prazos.

Para Wagner (2003) as pessoas não precisam ser escravas do tempo para acompanhar o ritmo de vida atual, entretanto, é necessário buscar a otimização das atividades prioritárias em relação ao tempo disponível para conseguir executá-las.

Flores (2011) destaca que o tempo não pode ser administrado (pois é imutável), somente as atividades a serem executadas no decorrer do tempo o podem ser.

Para que os agentes consigam exercer todas as suas funções, independente das adversidades (entregas de referências não previstas, reuniões e cursos inesperados, ficar na recepção, tempo chuvoso, entre outros) é preciso estabelecer

um planejamento estratégico. A dificuldade de planejamento das atividades diárias de grande parte dos ACS foi observada nos seguintes depoimentos, quando questionados como organizavam suas atividades diárias (pergunta 8 do questionário dos agentes).

Começo minha atividades onde parei no dia seguinte. (ACS25)

Normalmente visito as famílias por ordem de cadastramento, priorizo as entregas de referências. (ACS 05).

Sempre dou preferência à entrega de referência e depois sigo com as visitas domiciliares. (ACS11)

Não planejo, apenas saio para visitar aqueles que são menos problemáticos e depois sim os outros, para dar mais atenção. (ACS16).

Observou-se nos relatos da maioria dos ACS, que não há nenhum critério em relação ao planejamento do número de famílias que devem visitar por dia, para conseguirem atingir a meta. Dessa forma, ao serem surpreendidos quando solicitados a participar de uma reunião fora da unidade, ou convocados para realizar algum curso ou ficar na recepção, dificilmente não ficarão sobrecarregados. Outro ponto observado é a prioridade dada pelo ACS à entrega de referência em relação à visita domiciliar, um momento em que o ACS pode aproveitar para realizar sua visita e acompanhamento à família. Outra questão relevante é a falta de critério de planejamento relatado por alguns agentes comunitários “começo a visita por onde parei” ou “apenas não planejo, saio para visitar” isso revela a necessidade de uma formação desses profissionais nessa temática.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica os ACS devem:

Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês (Brasil, 2012 p.49).

Observando o último relato o ACS às vezes por desconhecimento da necessidade e importância desse planejamento prévio acaba invertendo o sentido da visita domiciliar, a prioridade passa a ser visitada por último.

Segundo Oliveira (1999) o planejamento estratégico é um processo contínuo de gerenciamento de ações que permite às organizações: estabelecer um parâmetro, prevenir imprevistos, organizar e otimizar recursos e estabelecer resultados, analisar os ambientes e as situações internos e externos, estabelecendo estratégias para atingir a meta desejada. O autor ainda considera relevante que o planejamento seja dinâmico, devendo ser concebido como um processo contínuo, pois deve estar sempre se renovando e se atualizando.

Levando em conta o fato dos ACS apresentarem dificuldades com o planejamento e com a organização de suas atividades, e considerando a soma dos diversos fatores já mencionados anteriormente, este estudo buscou como forma de minimização do impacto no trabalho cotidiano dos agentes a elaboração de um produto, uma proposta de Educação Permanente, mais especificamente para a Organização e Planejamento do Serviço para ACS, como objetivo de auxiliar esses profissionais no gerenciamento do seu tempo.

6.4 Educação Permanente para agentes comunitários: um processo de mudança na concepção da prática de capacitação profissional

As diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde, documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999b), enfatizam a necessidade de que, face o novo perfil de atuação para o Agente Comunitário de Saúde, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica em que os programas de formação desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e também, que seja capaz de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.

Ao Ministério da Saúde compete apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da atenção básica (BRASIL, 2012 p.29).

O enfermeiro da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica descritas nesta portaria, tem a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, comum aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS, contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros. Além disso o enfermeiro deve contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e com menos frequência (BRASIL, 2012 pp. 46,61).

Assim, fica evidenciada, a partir da Política Nacional de Atenção Básica a relação entre o papel do enfermeiro em relação a formação do agente e a criação do produto desta dissertação.

Segundo Bachilli et al (2008) o ACS é um cidadão que emerge da comunidade e se integra à equipe de saúde sem conhecimento prévio. Portanto, essa formação deve ser conferida pela instituição executora das políticas públicas de saúde, dando-lhe acesso a novas práticas, mediante treinamento e Educação Permanente.

A educação permanente explicitada no documento referente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, é concebida como estratégia sistemática e global, devendo abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso.

O documento ainda menciona que, no âmbito de uma estratégia sustentável com caráter mais amplo, a educação permanente pode ter um começo e um fim determinados e, simultaneamente, serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional.

Dessa maneira pode-se perceber, que apesar de todo o processo de capacitação ter como proposta a melhoria do desempenho do profissional, nem sempre essa ação configura um processo estratégico de mudança institucional, requisito fundamental no processo de educação permanente (BRASIL, 2009).

Convém ressaltar que todo o processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere, por isso torna-se importante um estudo prévio do grupo a ser alcançado (ibden).

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente (2009), diferente da educação continuada que representa uma continuidade do modelo escolar centralizado na atualização de conhecimentos, onde conceitua a prática enquanto campo de aplicação do conhecimento especializado, distanciando a prática do saber, desconectando o saber como solução dos problemas práticos, a educação permanente representa um processo de mudança na concepção da prática de capacitação profissional, conforme se pode visualizar a seguir:

Incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem, modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer, colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores, abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar e ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias (BRASIL, 2009, p.44).

Atualmente, pode-se perceber a importância da qualificação do ACS, pois se esse profissional possui conhecimento teórico-científico fornecido pela equipe, ele conseguirá transmiti-lo de forma mais acessível à população, o que permite diferenciar e qualificar essa ação proporcionando maior qualidade e produtividade ao serviço oferecido.

A educação do Agente Comunitário de Saúde surge do reconhecimento da necessidade de sistematizar e socializar os saberes fundamentais à formação desses profissionais, saberes esses que transcendem o nível local e confrontam uma base comum ao trabalho.

A busca de alternativas que propiciasse a construção de programas de ensino com tais características levou à incorporação do conceito de competência, cuja compreensão passa, necessariamente, pela relação de duas questões centrais: educação e trabalho (BRASIL, 1999b, p.4). O conceito de competência é expresso no documento como “a capacidade pessoal de articular conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes a situações concretas de trabalho”.

Trazer à tona essa questão – a relação educação-trabalho e o conceito de competência - torna-se fundamental para visualizar os pressupostos que estão na base deste documento que direciona a formação dos profissionais na área da saúde na atualidade.

É importante que se compreenda que as diretrizes mencionadas no início desse item e implementadas em 1999 - Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde – foram elaboradas no governo de Fernando Henrique Cardoso. Segundo Ramos (2010, p.51) as políticas de educação profissional técnica na área da saúde se alinharam às políticas educacionais do referido governo, bem como “as orientações do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), financiador do programa, em parceria como o governo brasileiro”. Para a autora, a expressão mais significativa do atrelamento à política neoliberal do então governo denomina-se Pedagogia das Competências.

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) apropriou-se e difundiu tal pedagogia por intermédio do Sistema de Certificação de Competências do Profae.

A autora, em outra obra (RAMOS, 2001, p.145) menciona que essa educação seria o “ponto de articulação entre a escola e o mundo do trabalho, com a função de qualificar, requalificar e reprofissionalizar trabalhadores em geral”.

Qual a razão de se apropriar de tal discussão? É importante que se perceba que a tendência de se tomar a competência como referência para a gestão do trabalho, inverte a lógica de uma ordenação que apresenta em seu bojo as grades de promoção, carreira e salário em substituição à qualificação expressa pelo título e

diploma. Essa perspectiva nos movimenta para uma concepção que abandona a dimensão social – o coletivo – para uma dimensão individualista de competência que culpabiliza o sujeito. Em decorrência dessa ideologia neoliberal, atualmente o discurso já não é a falta de emprego, cuja responsabilidade recai sobre o estado, mas a falta de atualização e qualificação do trabalhador, daí a necessidade da certificação.

Em outras palavras, a primeira lógica prioriza as relações sociais tecidas entre trabalhadores e entre esses e as gerências, caracterizando o caráter coletivo e político. A segunda lógica – Pedagogia das Competências – pela conotação individualista que recai sobre si tende para uma perspectiva despolitizadora (RAMOS, 2001).

Assim, o que se tem visto é que para exercer a atividade de ACS o nível fundamental de escolaridade é exigido, porém, o próprio Ministério da Saúde afirma que a profissionalização desses trabalhadores deve considerar as perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil, que apontam para elevação da escolaridade e para compreensão do processo produtivo de uma maneira ampla, valorização da cultura, do trabalho e da tomada de decisão (BRASIL, 2004a).

O documento supracitado refere-se ainda à elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional não se limitando a exigência da formalização da formação profissional técnica de nível médio. Refere-se ao reconhecimento da educação básica como direito de todos os trabalhadores, de forma que esse profissional sinta-se capaz de tomar atitudes, de ser autônomo, possua domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de autoplanejamento, de gerenciar o tempo e espaço de trabalho, trabalhar e interagir com a equipe sem se sentir deslocado (Ibdem).

Para Ramos (2010, p.53) em termos conceituais, o estado buscava reconstruir a concepção de competência que estava vinculada a ótica funcionalista. Tentava-se relacioná-la com o “desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores em saúde para enfrentar os acontecimentos dos processos de trabalho na sua complexidade, heterogeneidade e imprevisibilidade”.

Pensando nos pressupostos apresentados e na formação no campo da Enfermagem como uma ação educativa, considerada neste trabalho como um eixo norteador que se concretiza nos vários espaços de realização das práticas de Enfermagem em geral e especialmente no campo da Saúde Coletiva, procurou-se pensar a ação do ACS como um ponto relevante para a formação profissional na interioridade da ESF, no que se refere ao cuidado de Enfermagem em Saúde Pública. Essa demanda movimenta a necessidade de identificar a visita domiciliar como um ambiente pedagógico capaz de potencializar a prática educativa.

Ao conceber a visita na perspectiva mencionada, considera-se que o diálogo estabelecido entre o Agente e a comunidade local onde está inserida a Unidade de Saúde, se torna uma potência na possibilidade de produção de conhecimentos capazes de proporcionar a melhoria da intervenção da ESF para os usuários, pois a partir da mediação do ACS ocorrem os movimentos de troca e construção entre os saberes científico (equipe multidisciplinar) e popular.

Dessa forma, a prática educativa almejada pelo produto desta dissertação – proposta de Educação Permanente – propõe um processo de formação que reconhecendo os limites da relação hierarquizada entre os sujeitos, onde pressupõe ser um sujeito que pensa e o outro, o objeto pensado, substituí tal ótica pela reciprocidade entre os atores sociais e atua tendo a solidariedade e a participação como centralidade de suas ações.

Considerando a potencialidade do diálogo, da mediação, da construção de saberes numa perspectiva diatópica, buscou-se nessa potência um aparato teórico-metodológico norteador dos princípios que orientaram as práticas educativas na formação: o diálogo e a capacidade de ouvir o que outro tem a dizer sobre si sua família. Assim, o ACS toma como ponto fundante o saber anterior das pessoas, acreditando que todos têm um conhecimento a partir de suas experiências e vivências, de suas condições concretas de existência, sem esquecer que o agente por fazer parte da própria comunidade possui a capacidade de compreensão ampliada por emergir da própria cultura.

Essa concepção de prática educativa e saúde coletiva está centrada no pensamento de Freire, na concepção crítica de compreensão do mundo e no caráter

histórico determinados pelos condicionantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença.

A intenção é superar o modelo normatizador, tradicional e conservador, onde se considera que em um processo educativo somente o sujeito conhecedor é detentor do conhecimento e, o outro, o que aprende nada sabe. Ao partir da perspectiva freireana, o curso propõe desenvolver uma formação capaz de permitir que o agente estabeleça um movimento contínuo de diálogo e troca de experiências com a comunidade local: “não há o diálogo verdadeiro se não há nos seus sujeitos um pensar verdadeiro. Pensar crítico. Pensar que não aceitando a dicotomia mundo-homem, reconhece entre eles uma inquebrantável solidariedade” (FREIRE, 1987, p. 47).

Ao acreditar-se que a ESF possui a potencialidade de atuar na promoção da saúde, superando a prática tradicional, que coloca o usuário do sistema de saúde em uma posição passiva diante dos serviços, vai-se compreendê-la como um processo educativo crítico, capaz de intervir na realidade. Romão (2002) menciona que na perspectiva freiriana não é possível educar sem a perspectiva crítica da realidade, pois Freire (1987,p142) defende que:

Jamais é possível ensinar a ler e escrever sem a “leitura”, a “re-leitura”, a “leitura” e a “escrita” da realidade, é possível, em certos casos, trabalhar com populações na “leitura”, na “re-leitura” e na “escrita” da realidade, sem o ensino da leitura e da escrita de palavras (p. 142).

Ao tecer tais reflexões Freire procura discutir a importância da reflexão crítica sobre o mundo vivido, pois não é possível alfabetizar sem a leitura crítica da realidade, embora seja possível fazer uma leitura crítica da realidade sem ser alfabetizado, mas em hipótese alguma é possível realizar o letramento verdadeiro sem a educação política, sem conscientização.

Partindo do referido pressuposto, torna-se necessário perceber a relevância da pedagogia dialógica que atua na horizontalização dos saberes. Entender tal importância permite afirmar que o diálogo adquire significado, pois nessa ótica a aula magistral da pedagogia tradicional perde espaço porque não há inteligentes e

estúpidos, quem sabe mais e quem sabe menos, mas a reunião de pessoas diferentes que possuem graus diferenciados de conhecimentos e habilidades.

Seguindo tal lógica de compreensão, cabe ressaltar que ao se buscar como proposta educar agentes para que realizem um processo de mediação (FREIRE, 1987) entre os usuários e a unidade de saúde, requer reconhecer que ensinar “é, pois, necessariamente tomar decisões, seja individualmente, seja com outros profissionais, seja ainda com alunos e alunas, e, portanto nunca um ato puramente técnico, desligado da política e da ideologia” (LIMA, 2000).

Para Freire, a relação horizontal entre os sujeitos permite que o diálogo pronuncie o mundo e, nesse encontro, os sujeitos que pronunciam o mundo, estabelecem um ato de criação. Partindo desse pressuposto, o autor apresenta algumas suposições para a educação dialógica e para o diálogo: um pensar verdadeiro, um pensar crítico, pensar que percebe a realidade como processo. (verificar que educação dialógica e diálogo são a mesma coisa nesse contexto)

Tornar credível a construção de uma relação dialógica é pretender articular a dimensão individual e coletiva do processo educativo. Essa proposta pressupõe a compreensão do outro como sujeito, detentor de um determinado conhecimento e não mero receptor de informações.

Dessa forma, o curso apresenta em seu bojo a fundamentação política, teórica e metodológica que implica no respeito ao universo cultural dos usuários, e principalmente na concepção de saberes - popular e científico - pensado de forma dinâmica, pois é partindo do referido movimento que o agente comunitário será capaz de elaborar um conhecimento que poderá auxiliar a saúde da comunidade onde reside e atua.

Portanto, entende-se que em um processo contínuo de intercâmbio, somado a atitude de abertura ao saber do outro, dar-se-á a possibilidade de uma construção compartilhada do conhecimento e de formas de cuidado diferenciadas a partir dessa construção.

Assim, o ACS durante o curso terá a oportunidade de, a partir da visita domiciliar, aprender a planejar conteúdo de um procedimento da ESF como um ato

educativo. É prioridade da formação possibilitar que o agente, ao se deparar com informações dos usuários sobre si e sua família, tenha habilidade e conhecimento para realizar a devolução organizada de tais demandas, de forma sistematizada e acrescentada daqueles elementos que o usuário lhe entregou de forma desestruturada.

Essa ação parte da compreensão da realidade que se deve considerar por parte dos usuários em situação de risco. O que se ressalta é que estando em diálogo o agente comunitário com esses sujeitos é fundamental conhecer não só a objetividade (realidade) em que estão inseridos, mas, a consciência crítica que tenham desta objetividade (FREIRE, 1987).

Portanto, o curso prioriza o reconhecimento dos conteúdos advindos dos diálogos com os usuários. Esses diálogos podem permitir, a partir da situação dos sujeitos no mundo e que se manifesta nas suas formas de agir, o planejamento de assuntos a serem abordados pela equipe da ESF nas próximas visitas. Isso implica perceber a prática de educação em saúde compartilhada (FREIRE, 1987), ou seja, construída coletivamente podendo enfatizar processos de desconstrução de conceitos, valores e posturas.

7 PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO DO TEMPO NA VISITA DOMICILIAR

Pensar na administração do tempo durante a visita domiciliar do ACS requer primeiro conhecer as concepções de tempo ao longo da história e posteriormente os seus desdobramentos na racionalização do trabalho, bem como a história da visita domiciliar para, posteriormente, refletir sobre a concepção de tempo.

Esse movimento supracitado – compreensão das concepções de tempo – é relevante pela possibilidade de facilitar a organização e planejamento das ações do ACS. Dessa forma, pretende-se, neste capítulo, trazer à tona aspectos que possam minimizar o impacto na organização do serviço do referido profissional de saúde.

Para isso tomar-se-á como base a concepção de tempo pós-industrialização, para posteriormente refletir sobre o gerenciamento do tempo, o planejamento e a organização do serviço dos ACS, dando destaque à visita domiciliar. A intenção é aperfeiçoar os serviços e o direcionamento da ação tendo como referência a escala de risco de Coelho assim como, cronogramas e gráficos que foram elaborados como apoio ao produto desta dissertação.

7.1 Sobre o tempo

A intenção nesse momento é apresentar as concepções de tempo no decorrer da história da humanidade, compreendendo a influência das questões culturais, bem como suas transformações. Para tal procedimento serão utilizados os seguintes autores: Elias (1998), Whitrow (1993; 2005), Mello, Fugulin e Gaidzinski (2007) e Mancini (2007).

De acordo com Elias (1998) o tempo faz parte de símbolos que os homens são capazes de captar, aprender e aprimorar, e em determinada etapa da evolução da sociedade, acabam incorporando-se ao seu contexto e aos seus hábitos, tornando-se familiar, como os meios de orientação.

Para o autor, a autorregulação em relação à cronologia só se instaurou progressivamente ao longo da evolução humana. Foi em um estágio relativamente tardio, que o tempo se tornou símbolo de coesão universal e inelutável.

Para Whitrow (2005) as ideias acerca da natureza do tempo foram reformuladas e moldadas segundo cultura, filosofia, religião, ciências, arte e pessoas. Para o autor, em suas várias facetas, elas serviram de padrão da experiência humana na presença e em contraste com a fantasia da vida eterna.

O autor afirma ainda, que as civilizações da antiguidade não tinham a mesma necessidade de medir o tempo que os Estados na era moderna, sem falar das sociedades industrializadas da contemporaneidade, onde o tempo é fator fundamental.

Ao longo da história da humanidade percebem-se estágios ou concepções diferenciadas de tempo. Para Elias (1998) a concepção de tempo ocorre de maneira cíclica, descontínua e qualitativa, assumindo uma linearidade, com uma perspectiva evolutiva, progressiva e quantitativa, evidenciando caracteres de irreversibilidade. Para o autor, as sociedades pré-modernas utilizavam outros recursos para a medição de tempo, como a natureza: os movimentos do sol, da lua e das estrelas.

As ações e produções dessas sociedades, bem como suas ações cotidianas, se relacionavam com tal mensuração: o momento que acordavam e adormeciam, as colheitas e festas, tudo estava articulado e dependia da natureza.

Mello, Fugulin e Gaidzinski (2007) reiteram mencionando que as “atividades eram coletivas, a medição do tempo mantinha uma relação com a natureza e, portanto, o tempo era passivamente determinado, isto é, mal chegava a se experimentar sua determinação e tampouco a se refletir sobre ele” (p.88).

Elias (1998, p.42) alude que a determinação do tempo nas sociedades pré-modernas eram passivas. Nessas sociedades determinavam-se temporalmente as atividades pautando-se no ritmo das punções biológicas: “comemos quando sentimos fome e nos deitamos quando nos sentimos cansados”.

Whitrow (1993) reitera a assertiva mencionando que a medição do tempo, nesse período, possuía tal conotação – passiva -, pois se vinculava aos eventos da natureza. O autor ressalta ainda, que nas sociedades pré-modernas a relação se desenvolvia a partir da interdependência entre os seres humanos e a natureza, o que não acarretava, como na atualidade, uma obsessão sobre a questão do tempo.

Na era moderna a sociedade desenvolveu um impulso complexo de autorregulação e de sensibilidade do tempo. Nesse momento, o tempo exerce um controle sobre os gestos, comportamentos, atitudes, de fora para dentro sob a forma de relógios, calendários e outros símbolos.

Nas últimas décadas do século XVI e no século XVII são estabelecidas as bases da ciência moderna com as obras de Copérnico, Kepler, Galileu, Newton e Descartes. É nesse período, por meio do discurso do Método Cartesiano, que o dualismo espírito/matéria encontra seu extremo (SILVA, 2010).

Para Whitrow (2005) é nesse momento que a sociedade passa a conceber a divisão nas orientações científicas, onde facilmente são identificadas as ciências que tratam das coisas do espírito e as ciências que tratam das coisas da matéria isoladas da natureza. O homem começa a se diferenciar dos outros animais por sua capacidade de raciocinar se colocando em um grau de superioridade. Pode-se perceber isso facilmente pela sua busca material e consumismo.

Para Silva (2010) desde o princípio da modernidade nos encontramos no centro da disputa entre homem e natureza, da qual a ciência não é senão uma parte. As corriqueiras divisões do universo, sujeito e objeto, sociedade e cultura, mentem e o corpo apenas serve para suscitar equívocos.

Para a autora, em diversos momentos da vida se está atravessado pela sutileza temporal, referindo-se ao tempo como se ele tivesse uma forma objetiva de existência, e os pensadores já mencionados, que estudaram as questões relativas a ele, seguiram essa mesma orientação, buscando entendê-lo em sua natureza primeira, decifrando suas múltiplas concepções.

Para Silva (2010) a expressão “o tempo” dá a impressão de que, independente do que possa ocorrer, o tempo não para, ele está correndo, ele é

dinâmico. “Esses modo de expressar ao falar do “tempo” contribuem para distorcer a reflexão. Eles fortalecem incessantemente o mito do tempo como uma coisa de certo modo presente, existente e como tal, determinável e mensurável pelo homem” (ELIAS, 1998, p. 39).

Ao longo da trajetória histórica, a palavra “tempo” foi tomando diferentes conotações e dimensões, de acordo com a necessidade de orientação da vida prática da sociedade; desde os grupos que inicialmente sequer possuíam uma noção do tempo, àqueles que o concebem da forma mais sistematizada possível, como a sociedade capitalista contemporânea.

Dessa forma, pode-se perceber que essa compreensão do tempo, construída a partir da matriz moderna, emerge em nossa sociedade pela exteriorização do objeto ao sujeito, como se os dois constituíssem realidades diferentes. Isso pode ser facilmente identificado nas investigações clássicas da filosofia como, por exemplo, “a razão”, “a natureza”, “o conhecimento” ou da física, “o átomo”, “o tempo”, “o espaço”. Ignora-se a reflexão do conjunto, dos processos, como se as coisas fossem dadas, existissem e pronto, como se não sofressem transformações, não tivessem diferentes significados derivados dos diferentes contextos (SILVA 2010 p.168).

De acordo com Elias (1998) com a invenção do relógio e dos calendários como instrumentos de regulação do tempo, esse passa a se relacionar ao seu novo papel cronológico. Nesse sentido, Whitrow (1993) afirma que, progressivamente, a consciência do homem sobre o tempo cronológico foi aumentando de forma contínua, passando a viver, cada vez mais, em função do relógio. O autor ainda afirma que o tempo ganha destaque na era moderna com a revolução industrial, onde o tempo está diretamente ligado às questões de produtividade. Nesse momento o tempo passa a ter uma relação direta com o trabalho, representando um dos recursos fundamentais de uma organização racional.

Sennett (2009) em relação ao pensamento moderno, o tempo artificial e ao mecanicismo, tece o seguinte comentário:

Isaac Newton, afinal, falara da natureza como uma gigantesca máquina, visão levada ao extremo no século XVIII [...] abraçavam uma visão de aperfeiçoamento racional, progresso e perfectibilidade do homem, com base na eficiência de novas maquinarias (p. 99).

Sennett (2009) menciona que essa concepção trazia em seu bojo a ideia da abundância produzida pela mecanização: “como consumidores a máquina prometia então melhorar e já no século XXI melhorou infinitamente nossa qualidade de vida” (p. 99).

Entretanto, não era permitido ainda perceber, que essa concepção de tempo mecânico, engendrava nas nossas ações, em nossos corpos uma forma de agir. A compartimentalização, a dicotomia e a fragmentação da linha de montagem deixariam marcas nos corpos, nos hábitos nos comportamentos da humanidade: “[...] não vemos seres humanos, apenas uma prensa funcionando sozinha, um robô que aos olhos modernos parece um autômato primitivo – mas um engenho que, mais uma vez, logo viria a ser concretizado pela máquina a vapor” (p.115).

Assim, é relevante salientar, que a partir da Revolução Industrial, o tempo mecânico, pautado no pensamento cartesiano, onde o relógio foi a principal metáfora, racionaliza as ações de trabalho. O tempo nas fábricas passou a seguir horários rígidos, rotinas predefinidas e tarefas repetitivas. A vida humana sofreu um impacto na transformação e na concepção de tempo. A inter-relação entre a racionalização do tempo e a mecanização do trabalho transformou todo o sistema de valores, burocratizando a rotina da administração, como as máquinas tornam rotineira a produção (HARVEY,1992).

Segundo a ótica supracitada, no final do século XIX e início do século XX, influenciado pelo taylorismo, a organização científica do trabalho buscou racionalizar o tempo por intermédio do ritmo de trabalho, colocando como um dos pontos centrais a administração científica: introdução do cronômetro, divisão de fases de trabalho (linha de montagem), que servirão para determinar o tempo mínimo de cada atividade e sua produção.

Segundo Tomas Wood (1992) “Taylor desenvolveu uma série de princípios baseados na separação entre trabalho mental e físico e na fragmentação das tarefas” (p. 8). Para o autor, a concepção mecanicista permitiu a partir de sua

filosofia o surgimento da produção em massa, no seio da indústria automobilística: fordismo.

O conceito-chave que emerge da concepção de produção em massa – fordismo, não é a ideia de linha contínua, como se pensa no senso comum, mas a completa inter-cambialidade entre as suas partes e a simplificação em sua montagem (TOMAS WOOD, 1992, p. 9). Em contrapartida, o autor chama a atenção para a superespecialização laboral do operário decorrentes da necessidade de diminuição do tempo e ritmo de trabalho, acarretando a perda das habilidades genéricas do trabalhador.

É importante salientar que esse paradigma de produção influenciou múltiplas áreas de trabalho devido ao controle do tempo e o significativo aumento na produtividade, não se restringindo apenas à indústria automobilística. Entretanto, com as transformações sociais e econômicas, os princípios administrativos do paradigma taylorista-fordista tornou-se impraticável, devido ao modelo implacável do capitalismo flexível: *Toyotismo*.

Novamente no âmbito da indústria automobilística, na década de 1950, a Toyota programou uma linha de montagem obedecendo a outros padrões laborais, dentre eles: ao contrário do trabalhador especializado, um operário que exercesse múltiplas funções, a retirada do estoque e a implantação do sistema “*Just-in-Time*”, sistema que opera com redução de estoques intermediários, obrigando aos membros do processo a antecipar os problemas evitando a ocorrência de erros.

Antunes (1998) menciona que o padrão flexível de acumulação do capital promoveu a modificação do trabalhador exigindo uma constante qualificação, uma participação maior nos processos e em sua responsabilidade, multifuncional e polivalente. Para o autor, no âmbito social, diversas são as consequências: trabalhadores perdem direitos trabalhistas com a privatização dos setores públicos, impacto nos organismos sindicais acarretando a adesão dos trabalhadores ao projeto do capital, produção vinculada à demanda, se não existe demanda ocorrem demissões em larga escala, a qualificação é o principal argumento para demissões, trabalho precário (terceirização), exclusão de jovens e idosos do mercado de trabalho, aumento do trabalho feminino com baixa remuneração.

Assim, verifica-se que a gestão do tempo sofreu a influência dos processos de trabalho, em decorrência dos desempenhos coletivos e individuais e, conseqüentemente, da produtividade (MELLO, FUGULIN E GAIDZINSKI, 2007, p. 88).

Dessa forma, ressalta-se que, as organizações de saúde, como qualquer outro tipo de organização, também possuem a demanda, que advém do controle de custos. Esse controle possibilita o ajustamento da correção de dispositivos que tendem a aumentar a produtividade, a otimização de recursos e a qualidade do serviço para o usuário.

Na produção de trabalho na área da saúde, o labor representa uma dimensão complexa, pois é um fator da produção isolado, mas enredado aos agentes que realizam somados aos usuários atendidos. Essa complexidade ainda aumenta se levar-se em consideração, que os processos mencionados somam-se aos aspectos emocionais dos sujeitos. Portanto, os profissionais de saúde “assumem papéis de verdadeiros arquitetos na construção da prática diária” (MELLO, FUGULIN E GAIDZINSKI, 2007, p. 89).

Partindo da singularidade do trabalho na área da saúde é importante discutir essa especificidade no próximo item deste capítulo.

7.2 O tempo e a influência no trabalho de saúde: a visita domiciliar em destaque

A falta de conhecimento a respeito do gerenciamento do tempo e do planejamento das atividades levam os ACS à suprimirem o tempo para a realização da sua principal atividade: a visita domiciliar.

Mello, Fugulin e Gaidzinski (2007) afirmam que o tempo é um fator determinante no trabalho e, conseqüentemente, na produtividade do trabalhador, seja qual for a tarefa desempenhada.

Pensando nas especificidades do trabalho em saúde, como proceder nas visitas domiciliares para que o ACS consiga gerenciar melhor o seu tempo durante as visitas?

Antes de adentrar especificamente na discussão relacionada ao planejamento e organização do tempo durante a visita domiciliar, é importante salientar que o processo de trabalho em saúde, como trabalho vivo e dinâmico, está sujeito a constantes transformações, que se manifestam no ato do trabalho por intermédio de ações não premeditadas, mas que se constroem ao longo de um atendimento, o que torna ainda mais complexo o ato de planejar tal procedimento.

O trabalho de saúde se dá num espaço de autonomia do trabalhador e independente de sua função sempre existirá a possibilidade de criar, de ir além, pois o atendimento a cada usuário acarreta uma demanda diferenciada de trabalho na tentativa de suprir os problemas enfrentados pelos usuários do sistema público (REIBNTIZ E PRADO, 2003, p. 439).

Assim, partindo de tal discussão torna-se necessário expor alguns aspectos relacionados à visita propriamente dita, para que se possa intervir no planejamento desta atividade contribuindo com aspectos como o gerenciamento do tempo dos ACS.

Considerando as transformações ocorridas ao longo da história da enfermagem, mais especificamente em relação à visita domiciliar, conforme exposto em parágrafos anteriores, o Programa de Saúde da Família, na década de 1990, ao assumir uma nova postura, no que se refere à estruturação do serviço de saúde, comprometeu-se em prestar uma assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, tendo em vista a real necessidade, para identificar os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo (SOUSA, 2000).

Segundo Santos e Kirschbaum (2008) a utilização da visita domiciliária nos serviços de saúde coletiva, tornou-se fundamental para a reflexão sobre este instrumento de assistência com o objetivo de planejar a assistência de forma

integral, buscando compreender cada indivíduo no contexto social em que está inserido. Takahashi (2001) reforça essa ótica ao afirmar que:

A visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações (TAKAHASHI, 2001, pp. 43-46).

Partindo das reflexões supracitadas, percebe-se que a visita domiciliar permite uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. É um instrumento que possibilita identificar como os indivíduos se expressam na família, as formas de trabalho e vida dos membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como esses podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação dessa situação familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas e ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade (FONSECA E BERTOLOZZI, 1997).

A partir do diálogo, a escuta ativa entre os ACS e a comunidade, a visita domiciliar desencadeia na formação de vínculo, ponto fundamental para o sucesso da ESF.

Assim, pensar o diálogo como ponto de partida da visita domiciliar é um princípio a ser considerado na ação de “cuidar”. O que se busca enfatizar é que o cuidado é um aspecto relevante da ação não só do enfermeiro, mas de todo profissional que milita no campo da saúde.

Refletindo sobre o potencial do diálogo, como um fundamento significativo da visita domiciliar, cita-se Freire (1987, p.45) que menciona que “não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronuncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há, amor que a infunda”.

Nesse sentido, é importante que se perceba o que o autor ressalta sobre a pedagogia dialógica, pois considerando que a ação do ACS é uma prática educativa na perspectiva da promoção da saúde, o ato da visita domiciliar é uma relação onde se estabelece um processo de educação: “O homem dialógico, que é crítico, sabe que, se o poder de fazer, de criar, de transformar, é um poder dos homens, sabe também que podem eles, em situação concreta, alienados, ter este poder prejudicado” (FREIRE, 1987, p. 46).

Portanto, parte-se do pressuposto que a ESF tem por objetivo a promoção da saúde e requer considerar que toda a ação procura transformar os hábitos, comportamentos dos usuários da comunidade atendida pelo ACS e Unidade Básica de Saúde.

Kebian e Acioli (2011) corroboram com tal afirmativa destacando o papel da escuta ativa e do diálogo, ressaltando que para entender os problemas que afetam um usuário e buscar a melhor solução, é necessário primeiro escutá-lo, deixar que relate suas queixas. Para isso, a visita domiciliar se mostra como um momento propício, já que o usuário está na intimidade de seu lar.

Os autores ainda acrescentam que a escuta ativa e as observações realizadas na visita domiciliar podem determinar a implementação de atividades de educação em saúde às famílias, com a finalidade de promover a saúde e prevenir as doenças.

Neste contexto Lopes, Saupe e Massaroli (2008) ao falar da escuta qualificada proporcionada pela visita domiciliar afirmam que:

A visita domiciliar, compreendida como método, técnica e instrumento, constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde. (LOPES; SAUPE E MASSAROLI, 2008, p. 242).

Nas vistas domiciliares são realizadas ações educativas, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de suporte educativo, para que os indivíduos tenham condições de se tornar autônomos em realizar seus cuidados. A

visita domiciliar representa um contato direto dos profissionais de saúde com a população de risco que se encontra enferma, assim como, seus familiares para coleta de informações e orientações.

Corroborando com tal afirmativa Lacerd *et al.* (2006, p.93) conclui afirmando que: “é por intermédio da visita, que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde”. Considerando toda a complexidade que envolve a visita domiciliar cabe questionar: como desenvolver uma visita que atenda as demandas dos usuários com eficiência sem desperdício de tempo?

Segundo Coelho (2002) há duas formas de visita: **visita de fim** com finalidades específicas, onde se pretende alcançar um objetivo específico por intermédio da visita. E **visita meio** aquela que tem objetivo de promover a saúde, realizar prevenção de agravos, fazer busca ativa, ou seja, uma abordagem estratégica da família.

O autor acrescenta que as visitas devem ser realizadas inicialmente em equipe, possibilitando o entrosamento dos profissionais e agendamento de tarefas entre a equipe multiprofissional em conformidade com um debate em grupo. Nesse momento o ACS deve sempre encabeçar o grupo, procurando-se legitimar a sua representatividade.

Para que tal atividade não seja prejudicada é necessário que haja organização, planejamento e principalmente a gestão do tempo. É necessário conhecer as áreas de risco, identificar os casos prioritários e a partir daí planejar as práticas de intervenção. Uma visita planejada se torna ágil, prática e resolutive. Segundo Coelho e Savassi (2004) é princípio fundamental do SUS a equidade, o que significa que se torna necessário tratar desigualmente os desiguais. Assim, surgem várias dificuldades, dentre elas há que se determinar uma maneira de diferenciar as famílias que necessitam de prioridades no atendimento domiciliar.

Partindo deste princípio, baseamos a avaliação de risco para organização do serviço, na escala de risco de Coelho, pois ela se baseia na ficha A do SIAB, uma ficha preenchida pelos ACS no momento do cadastramento.

As informações obtidas com a ficha supracitada permitem a ESF reconhecer diversos indicadores: demográficos, socioeconômicos e nosológicos. O dado produzido, referente às famílias da sua área de abrangência, permite a equipe de saúde realizar o planejamento estratégico.

Segundo Coelho e Savassi (2011) a escala é baseada em sentinelas de risco². O estabelecimento destas sentinelas é realizado durante a avaliação no decorrer da primeira visita domiciliar pelo ACS. Os agentes elegem informações da Ficha A como sentinelas para avaliação das situações a que as famílias possam estar expostas no dia-a-dia, e a partir daí realiza-se a pontuação de risco familiar.

Quadro 01. Dados da Ficha A do SIAB (sentinelas de risco) e escore de pontuação de risco.

• Dados da Ficha A	Escore	
• Acamado	03	
• Deficiência Física	03	
• Deficiência mental		03
• Baixas condições de saneamento	03	
• Desnutrição (Grave)		03
• Drogadição		02
• Desemprego		02
• Analfabetismo		01
• Menor de seis meses		01
• Maior de 70 anos	01	
• Hipertensão Arterial Sistêmica		01
• Diabetes Mellitus	01	
• Relação Morador/cômodo		
• Se maior que 1	03	
• Se igual a 1		02
• Se menor que 1	0	

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco, que varia de R1 risco menor a R3 risco máximo.

² As Sentinelas de riscos utilizadas na escala de Coelho: são variáveis contidas na ficha A do SIAB. Esta ficha deve ser preenchida na primeira visita que o ACS faz a família. Nesta ficha contém aspectos demográficos, socioeconômicos e nosológicos.

Quadro.2 Classificação das famílias segundo a pontuação

Escore 5 ou 6 =(R1)
Escore 7 ou 8 =(R2)
Maior que 9 =(R3)

Organizar e aperfeiçoar a execução das atividades evita o desperdício de tempo, pois as necessidades e demandas das famílias serão conhecidas e a partir daí estabelecer-se-á uma hierarquia de prioridades. Segundo Estrada, Flores e Schimith (2011) a gestão do tempo tem ganhado destaque nos dias atuais pela necessidade de obter um melhor aproveitamento do tempo e atingir a eficiência esperada.

Utilizando a classificação de risco o ACS consegue identificar as prioridades, podendo desenvolver um planejamento de ação e intervenção, dando maior agilidade ao processo.

O planejamento consiste em observar esses aspectos e programar para o cotidiano as atividades importantes para o alcance dos objetivos traçados. Para que isso ocorra é necessário disciplina e empenho de cada profissional.

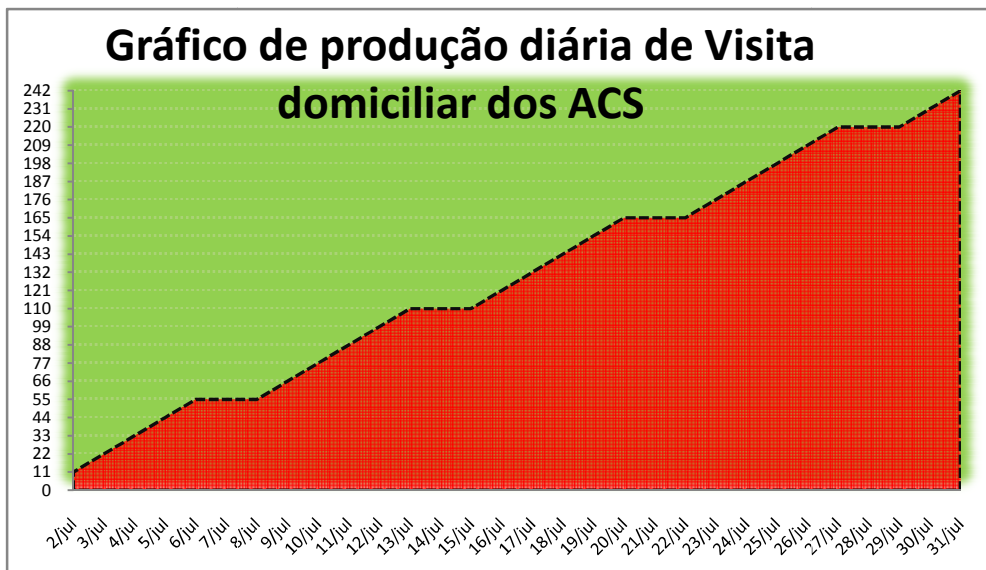
Para Estrada, Flores e Schimith (2011) ao priorizar tarefas, para melhor gerir o seu dia de trabalho, ocorre uma redução do estresse, ansiedade, aumentando a confiança e até mesmo a autoestima do profissional. Pensando nisso foi criado um cronograma mensal das atividades, delimitando cada atividade desempenhada por dias da semana, assim como o número de visitas que devem realizar-se naquele mês, as prioridades, reuniões, cursos entre outros, para que a partir daí se estabeleça um planejamento das atividades, que os agentes devem realizar. Tendo o cronograma pronto o ACS pode calcular quantas visitas ele pode fazer por dia para não se sobrecarregar. Foi desenvolvido um gráfico para acompanhar o andamento das visitas que este ACS está realizando diariamente. O gráfico funciona como um termômetro. O ACS precisa se manter na linha tracejada, se ele ficar abaixo precisará acelerar ou aumentar o número de visitas diárias para se recuperar, se ficar acima da linha está adiantado pode ficar tranquilo sem perder o foco em sua

organização e em seu planejamento. Para que o ACS consiga manter-se na média receberá uma formação onde aprenderá alguns roteiros e exercícios para que consiga executar a visita domiciliar de forma mais dinâmica, conseguindo gerenciar seu tempo.

Quadro 3. Cronograma de planejamento mensal das atividades

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
		01	02	03
06	07	08	09	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24
27	28	29	30	31

Fig.1 Gráfico de produção diária de visita domiciliar dos ACS



Partindo dos princípios discutidos anteriormente, torna-se necessário priorizar alguns aspectos da visita domiciliar e estabelecer alguns parâmetros, para evitar desperdício do tempo no desenvolvimento dessa atividade para alcançar a qualidade desejada. Portanto, além da Escala de Coelho utilizada na classificação de risco, para organização das visitas domiciliares aos grupos de risco foram elaborados alguns roteiros para dinamizar e direcionar esta atividade realizada pelos agentes comunitários de saúde, auxiliando-os no gerenciamento do tempo. Esses roteiros podem ser modificados conforme a necessidade e realidade local, pois como já mencionado anteriormente, o trabalho em saúde é vivo e dinâmico e está sujeito a transformações constantes.

Kelly (2002) afirma que a capacidade de usar o tempo de maneira bem sucedida produzindo resultados desperdiçando o mínimo de tempo possível é, atualmente, uma habilidade essencial em âmbito pessoal e profissional.

O tempo é imutável e por isso não se pode administrá-lo, somente as atividades a serem executadas no decorrer do tempo. Logo se conclui que se pode decidir o que fazer no decorrer de um dia. São essas as atitudes e comportamentos que podem ser gerenciados, dando organização às atividades que devem ser executadas, fazendo com que tenhamos o controle do que fazemos com nosso tempo (FLORES, 2011).

Gerenciar o tempo é uma questão de decisão, escolha de gastar o tempo fazendo algo que agrega valor ou com coisas superficiais. Foster (2009) corrobora afirmando que é possível decidir e agir quanto à maneira como se utiliza o tempo, preenchendo-o com trivialidades ou com atividades que agreguem valor.

Para que haja eficiência e eficácia na gestão do tempo Covey (2011) considera que são necessários: decisão firme de querer exercer o controle sobre o tempo, priorização das atividades considerando-se a importância de organizar e executar a atividade conforme a prioridade, ter disciplina e ser proativo.

Para gerenciar o tempo com eficiência é importante começar a organizar as funções desejadas. O importante é que as atividades estejam sempre alinhadas a um foco principal que é o objetivo (meta). No trabalho é exigida uma determinada

agilidade na execução das atividades, tendo como prioridade da qualidade do serviço executado. Atividades que são realizadas com qualidade e sem desperdício de tempo atingem o objetivo de qualquer Organização.

É importante destacar que diferente de outros recursos, o tempo é distribuído de maneira igual e bem democrática entre as pessoas. Contudo, apesar dessa democrática distribuição, algumas pessoas conseguem realizar uma grande quantidade de coisas num dia, outros, ao final do dia, têm o sentimento de que não fizeram nada. Como explicar tal situação se ambos tiveram os mesmo tempo à disposição? Hara *et al* (2006) afirmam que não existe falta de tempo, mas sim falta de prioridade. Ao deixar-se de fazer algo, é porque se fez outra coisa no lugar. Prioridade é o que tem valor, o que é importante, mas, confunde-se importância com urgência. Ao invés de agir na importância, reagimos à urgência (p.3).

Covey (2011) reintegra afirmando que um profissional proativo é aquele que tem iniciativa e responsabilidade para fazer os fatos acontecerem. Para um ACS ser proativo em uma visita domiciliar significa apresentar soluções quando estiver diante de um problema, aproveitar a iniciativa para fazer tudo que é preciso, em harmonia com seus princípios, para que as tarefas sejam cumpridas.

8 PRODUTO: EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O ato de educar é um processo relevante para construção e socialização dos saberes (FREIRE, 1987). Para atuar na equipe de saúde da família, é recomendado que os membros da equipe sejam capacitados, por intermédio de curso introdutório. E essa formação deve ocorrer concomitantemente ao início do trabalho das Estratégias de Saúde da Família.

A Educação é um processo que deve ser permanente, pois ela insere uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes de atuação, interferindo diretamente nas políticas de saúde (MEDEIROS, 2008).

Para que os processos de formação não permeiem pelo espaço de apenas certificar profissionais, ele precisa vislumbrar por abordagem de aprendizagem significativa, estimulando a capacidade criativa, bem como produzir sentidos, autoanálise e reflexão.

Pensando nisso, buscou-se vários caminhos para desenvolver uma formação para os ACS, que não se resumisse aos encontros e caísse no esquecimento, mas que fosse uma formação que se aplique ao seu cotidiano, tornando sua prática mais dinâmica e eficaz.

As atividades educativas foram organizadas e desenvolvidas com objetivo de alcançar as expectativas dos ACS de Angra dos Reis, podendo ser adaptada e implantada em outros municípios. Os conhecimentos que forem trocados entre os saberes formais e informais construirão e viabilizarão a autorreflexão para os profissionais.

É importante criar situações que possibilitem o diálogo, permitindo que o sujeito em foco, “receba formação” participando ativamente do processo de construção do saber. Esse movimento se torna possível se for permitido ao sujeito ouvir a si próprio e perceber onde está o problema, para que ele mesmo possa ajudar na construção de uma solução. Rompendo com as barreiras da

aprendizagem bancária, onde só se recebe o conhecimento e acaba por não se construir nada: “Ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria produção ou construção” (FREIRE, 1996 p.21).

Paulo Freire aborda esse aspecto, que diz respeito à autonomia e a identidade do educando e que deve ser respeitado para possibilitar um ambiente de construção com liberdade. O autor ainda acrescenta que “Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos sabemos alguma coisa. Todos ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”(1989 p.15).

Para que as sonhadas mudanças de práticas no cotidiano de trabalho em saúde aconteçam é fundamental que haja capacidade de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que se seja capaz de problematizá-las – não de forma subjetiva - mas de forma objetiva, dando sentido ao trabalho de cada equipe e construindo novos pactos 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, pelo menos no nosso caso (CECCIM, 2005).

8.1 Metodologia do Produto

A construção do conteúdo da proposta de formação ocorreu mediante observações sistemáticas documentadas em caderno de campo (GINZBURG, 1986) ao longo de dois anos de pesquisa, no município de Angra dos Reis, mais especificamente II distrito sanitário, assim como por meio da realização de grupo focal (MINAYO, 2007) com quatro enfermeiros das Unidades de Saúde da Família de Angra dos Reis, que auxiliou na formulação do conteúdo a ser ministrado no curso para os ACS na utilização de questionários (ALVES, 2001) para os próprios Agentes Comunitários de Saúde do I e II distrito de Angra dos Reis, antes e após (VALIDAÇÃO DO CURSO) a ministração do curso, na tentativa de buscar indícios que levariam à sua efetiva implementação. Na etapa seguinte, de sistematização desse conteúdo, foi realizada uma revisão de literatura para garantir a

fundamentação científica, porque isso é condição essencial para preservar a segurança do leitor e definir apropriadamente os conceitos constantes em um material educativo (ECHER, 2005).

Os módulos do curso foram desenvolvidos a partir da identificação dos principais problemas observados por meio de análise do caderno de campo, grupo focal com os enfermeiros e questionários respondidos pelos próprios Agentes Comunitários de Saúde. A partir dessas ferramentas pôde ser observado que os principais problemas eram: falta de conhecimento a respeito das políticas de saúde (contextualização e evolução das políticas de Saúde e o SUS e a inserção do ACS, assim como, sua importância no mercado de trabalho), dificuldade em planejar e organizar suas atividades, gerenciamento do tempo, comunicação e trabalho em equipe, liderança e a grande queixa falta de formação.

Para se atingir os objetivos propostos neste estudo, realizou-se uma pesquisa bibliográfica para selecionar o conteúdo da formação. Para tanto, um estudo preliminar foi realizado sendo definidos os objetivos, o assunto a ser contemplado, a mensagem a ser transmitida e o público-alvo a ser atingido. Pesquisas em bases de dados literários foram realizadas para aprofundamento do conhecimento da pesquisadora na temática abordada.

Todo o processo de construção do curso foi permeado pela atenção voltada à adaptação da linguagem para que se adequasse ao grupo alvo. Este trabalho se caracterizou pela identificação dos termos técnicos e a transformação deles para a linguagem popular, de modo a facilitar a compreensão dos agentes, criando uma aproximação do grupo com instrutor do curso. O emprego de termos técnicos deve se restringir ao estritamente necessário e, nesse caso, os devidos esclarecimentos devem ser feitos mediante a utilização de exemplos (DOACK, 1996 *apud* REBERTE, 2009).

Considerou-se a necessidade de incluir algumas ilustrações no material didático, com objetivo de tornar a leitura descontraída e de fácil compreensão (ECHER, 2005).

Definiu-se que seriam incluídas ilustrações prontas, selecionadas a partir de outros materiais e que as respectivas fontes seriam citadas no material didático. Este estudo foi realizado mediante consulta a imagens disponibilizadas em páginas eletrônicas.

Após a composição de todo os módulos da Educação Permanente, foi realizado o trabalho de edição do material. Foi desenvolvido um roteiro preliminar indicativo para publicação.

O produto final deste estudo foi uma proposta de Educação Permanente e a confecção de um material didático. O curso possui cinco módulos de oito horas cada, totalizando uma carga horária total de 40 horas. As aulas foram ministradas apenas aos sábados no período matutino e vespertino.

Buscou-se, a cada dia de ministração do curso, desenvolver a criticidade dos ACS, levando-os a compreender a cultura local em que estão inseridos. No final de cada encontro, uma atividade era delegada aos ACS para ser realizada ao longo da semana, baseada nos conceitos aplicados naquele módulo, de forma que o objetivo do curso foi que os conceitos fossem aplicados na prática cotidiana. Também era estimulado que os ACS envolvessem os demais integrantes de sua equipe nesse processo.

Para que o curso se tornasse inovador, motivador e revigorante foram utilizados algumas estratégias como: dinâmicas e estratégias criativas, atividades em grupo, vídeos de motivação, com recursos de fácil acesso de maneira que os ACS possam reproduzi-los em suas equipes ou comunidades.

A perspectiva dialógica de Freire (1987) emergia nos debates e discussões a respeito das temáticas. A intenção era problematizar os conflitos estimulados para que coletivamente os ACS encontrassem as respostas para os problemas indicados por eles. A possibilidade de construir o conhecimento por meio da discussão é enriquecedora, pois os ACS perceberam que é possível buscar soluções na própria realidade e que o seu colega em outras unidades também passa por conflitos semelhantes ou piores.

A discussão e diálogo, na perspectiva freireana, possibilitou observar como o coletivo foi capaz de resolver problemas que individualmente o agente acreditava não ter saída.

Definiu-se as etapas sequenciais dos módulos a serem desenvolvidas no processo de elaboração:

Módulo I: 1ª Parte: Evolução do Sistema Público de Saúde Brasileiro; 2ª Parte: Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família. A criação deste módulo se deu pela necessidade de contextualizar para o agente comunitário a história da Saúde Pública. É importante que se perceba a relação deste módulo com o capítulo intitulado: Trajetória das Políticas de Saúde no Brasil, exposto na primeira parte da revisão da literatura desta dissertação.

O surgimento da referida demanda no produto emergiu da observação, no/do cotidiano da unidade de saúde, realizada por meio do caderno de campo. Com esse instrumento foi possível perceber a referida lacuna – falta de conhecimentos sobre a história das políticas de saúde -, dos referidos profissionais com relação ao seu campo de atuação e a conseqüente evolução das políticas de saúde, para possibilitar que esses profissionais entendam o cenário de saúde em que estão inseridos.

Este módulo foi composto de oito horas de duração sendo dividido em dois períodos: 1ª parte pela manhã e 2ª parte no período vespertino. O módulo iniciou com uma prévia apresentação do curso e dos participantes (ACS) de forma dinâmica. Posteriormente foi propiciado um momento de reflexão por intermédio dos vídeos sobre a política de saúde.

Módulo II: Agente Comunitário de Saúde um agente de mudanças. O depoimento dos agentes comunitários, obtidos a partir dos questionários, permitiu se observar as dificuldades desses profissionais e, entender que parte dessas dificuldades são oriundas do desconhecimento de suas atribuições, como se estabelece a sua inserção (ACS) no serviço de saúde e a dimensão de suas contribuições nesse cenário de mudança no contexto das políticas em saúde.

Logo, este módulo foi criado baseado nesses parâmetros, contextualizando a importância desse profissional, sua inserção, leis que o amparam e suas atribuições. O módulo tem duração de oito horas divididas em dois períodos. Foram realizadas dinâmicas que contribuíram para que o ACS entenda a necessidade do trabalho coletivo.

Neste módulo foram utilizados vídeos com objetivo de gerar momentos de discussão levando os agentes fazer uma análise crítica de como está sendo o trabalho realizado junto à sua equipe.

Módulo III: 1ª Parte: Comunicação oral e escrita; 2ª Parte: Organização do Trabalho e Gerenciamento do tempo.

Este módulo se baseou nas observações e anotações realizadas no caderno de campo, grupo focal e questionário dos agentes comunitários. Observou-se muitas queixas em relação à comunicação, organização e planejamento das atividades tanto por parte dos agentes, quanto por parte dos enfermeiros.

Por esse motivo foi criado este módulo que se divide em duas partes, com oito horas de duração: 1ª parte voltada para as questões da comunicação oral, utilizando dinâmicas e vídeos. A intenção é problematizar os fatores que influenciam e interferem na comunicação. A 2ª parte está voltada para as questões de organização das atividades dos agentes e de planejamento do tempo nas visitas domiciliares. Nessa parte do módulo o agente comunitário aprenderá classificar o risco por meio da Escala de Coelho na tentativa de aprender a organizar e direcionar suas visitas, atendendo as prioridades dos usuários.

Outro aspecto importante deste módulo é a aprendizagem sobre alguns roteiros de visita domiciliar direcionados para os grupos de risco, para que o conteúdo de sua visita seja baseado em critérios.

Nesse momento do curso, o ACS reflete sobre a relação do tempo demandado em cada visita domiciliar, aprendendo a planejar suas atividades diárias e mensais a partir de um cronograma.

Assim, o agente pode prever o tempo disponível para a realização de suas visitas domiciliares. É importante perceber que essa previsão é flexibilizada de acordo com o quadro e contexto de cada usuário e família visitada.

O planejamento para a organização do agente comunitário, apesar de quantificar o número de visitas a serem realizadas diariamente, pode sofrer alterações ao longo do mês, pois será acompanhada de produtividade pelo gráfico desenvolvido exclusivamente para essa finalidade, auxiliando o agente comunitário a gerenciar melhor o tempo.

Módulo IV: 1ª Parte: Liderança e Transferência de responsabilidade; 2ª Parte: Relacionamento interpessoal e Motivação.

O agente comunitário exerce um papel de liderança na comunidade por ser pertencente a ela, por esse motivo percebemos a necessidade da inserção desta temática ao curso.

Este módulo terá oito horas sendo dividido em dois momentos: 1ª Parte aborda-se a liderança e as responsabilidades (zona de conforto); e na 2ª parte aborda-se o relacionamento entre a equipe, a comunidade e a motivação para o trabalho.

Neste módulo foram utilizados vídeos para ilustrar e problematizar o conteúdo apresentado. Realizou-se várias dinâmicas de grupo com objetivo de gerar discussões pertinentes à temática do módulo.

Módulo V: Apresentação dos trabalhos realizados durante o curso e dinâmicas de grupo.

Este módulo foi criado com objetivo de avaliar a compreensão dos agentes comunitários dos conteúdos ministrados que foram aplicados na prática.

O módulo tem duração de oito horas, como objetivo de observar os resultados alcançados pelo grupo. Durante todo o curso os agentes foram estimulados a aplicar, em suas unidades de saúde, o conteúdo ministrado.

Este módulo permitiu aos agentes apresentar o resumo das atividades realizadas ao longo de todo o curso que teve duração de um mês, totalizando 40 horas, as aulas eram ministradas aos sábados no período matutino e vespertino.

É importante salientar algumas parcerias que foram estabelecidas para realização desta Educação Permanente. Além da parceria dos enfermeiros das respectivas unidades participantes (Serra d'água, Banqueta, Campo Belo, Nova Angra, Areal, Centro), foi realizado uma parceria com UniFOA que ofereceu um Kit com uniforme completo, para todos os agentes comunitários que participaram do curso. O Kit era composto de camisa, boné e mochila.

Realizou-se, também, uma parceria com a Usina Eletronuclear que patrocinou o lanche, durante todo o curso, para todos os agentes comunitários (manhã e tarde).

Outra parceria realizada foi com a subsecretaria de treinamento e desenvolvimento da prefeitura de Angra dos Reis, que nos cedeu o espaço para aplicação do curso (com aparelho de data show, caixa de som), além de disponibilizar os certificados da própria prefeitura, para que este curso pudesse ser utilizado pelos agentes em caso de avaliação de desempenho entre os funcionários da prefeitura, valorizando a importância deste curso para os agentes.

Com base nos módulos mencionados, foi elaborada a apresentação do material didático em forma de CD.

8.2 Apresentação e Validação do Produto

O principal objetivo do curso foi a orientação dos ACS em relação à organização e o planejamento de suas atividades, baseado em conceitos de gerenciamento do tempo. Utilizou-se a Escala de Coelho para orientar o mapeamento de risco, dinamizando as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde.

A Escala de risco de Coelho é um instrumento simples, onde se pode captar os riscos familiares por intermédio da ficha A do SIAB (ver anexo), logo na primeira

visita domiciliar dos ACS. Segundo Coelho e Savassi (2004) a escala demonstrou ser um instrumento simples e eficiente de análise do risco familiar, não necessitando de criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática.

Os autores salientam que somente o uso sistemático da Escala de Coelho como instrumento de reorganização da demanda das visitas domiciliares, e posterior avaliação de seu impacto na comunidade, poderá confirmar sua aplicabilidade na Estratégia Saúde da família.

O quadro 01 exibido no capítulo anterior na pág. nº107 ilustra os dados da Ficha A do SIAB e o escore de pontuação de risco da Escala de Coelho. Ele exemplifica como é realizada a classificação das famílias segundo a pontuação.

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com Escore total, a classificação de risco, que varia de R1 risco menor a R3 risco máximo, conforme mostrado no quadro 2 do capítulo anterior pág. nº108.

Ao serem questionados a respeito se a Escala de Coelho facilitaria as visitas (pergunta 3 questionário de validação), as narrativas a seguir revelam a importância dessa Escala (1994) para o planejamento e organização do serviço do ACS na Estratégia de Saúde da Família:

Ela não só facilita as visitas, mas fica melhor na hora de passar para equipe (ACS 14).

Assim posso está dando mais atenção as famílias necessitadas (ACS 33).

Quando se conhece a causa a ser trabalhada, facilita a nossa forma de agir (ACS 22).

A escala de Coelho facilita no direcionamento das visitas (ACS 01).

Facilita na sinalização das famílias que precisa de mais atenção e intervenção da equipe (ACS 34).

A Escala de Coelho me preparou melhor para uma visita domiciliar mais produtiva (ACS11).

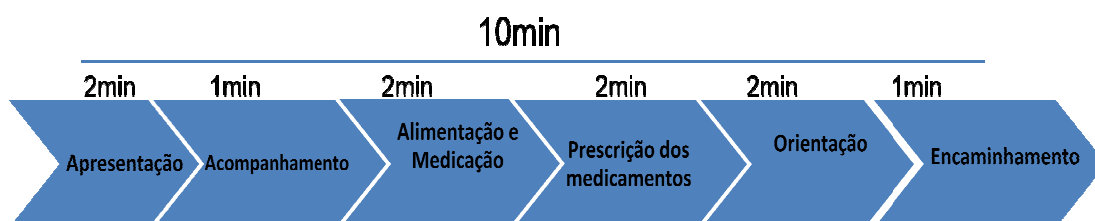
Depois desse curso eu estou aprendendo a usar melhor a escala de Coelho, isso facilita muito minhas vistas (ACS 32).

Observou-se nos relatos dos agentes que a Escala de Coelho representou um instrumento facilitador da organização do seu trabalho, pois por intermédio desta escala os ACS perceberam a possibilidade de planejar suas ações e direcionar sua atenção às famílias de risco. A escala trouxe para o ACS uma segurança ao auxiliá-los na classificação das famílias de risco que necessitam de um cuidado mais apurado e uma atenção maior. Essa segurança é observada também na fala da ACS que diz que a Escala facilita não só na visita, mas também na hora de passar o caso para equipe, eles se sentem seguros em passar um caso uma vez que a escala o confirma como risco.

Além da Escala de Coelho utilizada para classificar o risco e para organização as visitas domiciliares aos grupos de risco, foram elaborados roteiros para dinamizar e direcionar esta atividade realizada pelos agentes.

É relevante ressaltar que esses roteiros podem ser modificados conforme a necessidade da realidade local. Para Estrada, Flores e Schimith (2011) ao se priorizar tarefas, para melhor gerir o seu dia de trabalho, ocorre uma redução do estresse, ansiedade, aumentando a confiança e até mesmo a autoestima do profissional. Pensando nisso, foram criados os seguintes roteiros para realização das visitas aos grupos de risco.

Visitas domiciliares a Hipertensos e Diabéticos



1.0 - Perguntar como ele está e pedir o seu cartão 2.0 min.

2.0 - Essa etapa se diferencia no caso de Hipertenso e Diabéticos

Se Hipertenso: verificar se o paciente tem aferido sua pressão arterial regularmente, anotar a última aferição realizada no mês, assim como a última consulta realizada e orientar sua importância - 1.0 min.

Se Diabético: verificar se o paciente tem verificado regularmente sua glicose, anotar a última verificação, assim como a última consulta realizada no mês e orientar sua importância – 1.0 min.

3.0 - Perguntar a respeito da alimentação e medicação. 2.0 min.

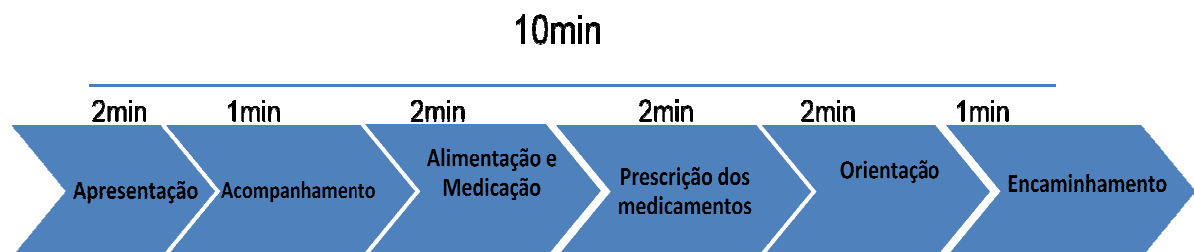
Pacientes que fazem uso de insulina (pedir para ver onde armazenam a insulina, a dosagem que usam e quantas vezes ao dia e se fazem o controle do HGT (teste de glicose no sangue com as fitas)).

4.0 - Verificar os medicamentos que o paciente está tomando, observar a prescrição e (atualizar os registros, realizar orientação de como os medicamentos devem ser tomados). 2.0 min.

5.0- Realizar orientação aos hipertensos e diabéticos, assim como, aos outros membros da família, quanto à importância de prevenir os problemas relacionados à hipertensão arterial e aos fatores de risco (tabagismo, etilismo, consumo de sal, obesidade, sedentarismo e estresse) em todas as visitas. 2.0 min.

6.0- Encaminhar o paciente e os membros da família, quando necessário, para Unidade Básica de Saúde. 1.0min.

Visitas domiciliares a Pacientes Acamados



1.0 - Pedir o cartão do paciente para o acompanhante. 2.0 min.

2.0 - Anotar a última consulta realizada no mês e orientar sua importância e agendar a próxima. 1.0 min.

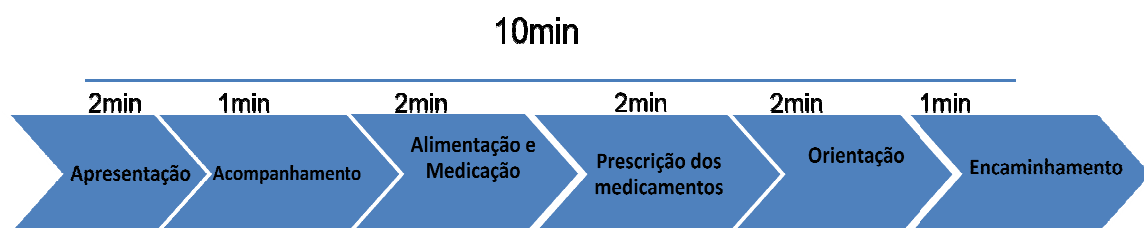
3.0 - Perguntar a respeito da alimentação e a medicação. 2.0 min.

4.0 - Verificar os medicamentos que o paciente está tomando, observar a prescrição e realizar orientação (atualizar os registros, realizar orientação de como os medicamentos devem ser tomados). 2.0 min.

5.0 - Realizar orientação ao paciente e aos outros membros da família, quanto à importância de prevenir os problemas relacionados ao seu problema de saúde e aos fatores de risco por ser um paciente acamado (principalmente os problemas relacionados à pele e pneumonias), assim como suas complicações. 2.0 min.

6.0 - Observar presença de feridas ou lesões na pele e a higiene do paciente. Orientar a respeito de manter a casa sempre bem arejada para evitar problemas como a tuberculose. Encaminhar o paciente e os membros da família, quando necessário, para Unidade Básica de Saúde. 1.0 min.

Visitas domiciliares a Gestante



1.0 - Pedir o cartão do paciente para o acompanhante. 2.0 min.

2.0 - Anotar a última consulta realizada pela gestante assim como peso, pressão arterial e vacinas e orientar sua importância (nesse momento é importante observar se a gestante tem faltado às consultas ou se está em atraso vacinal, é o que chamamos de busca ativa). 1.0 min.

3.0 - Perguntar a respeito da alimentação e a medicação. Se for observado alguma alteração como, por exemplo: a gestante relata não tomar determinado

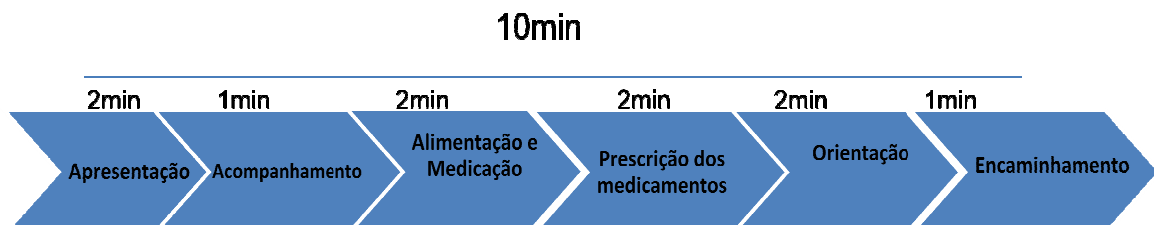
medicamento devido a intolerância, pois relata que passa mal sempre que toma determinado medicamento, relata também que não está se alimentando e tem perdido peso, esta deve ser encaminhada para Unidade de saúde. 2.0 min.

4.0 - Verificar os medicamentos que a paciente está tomando, observar a prescrição e realizar orientação. 2.0 min.

5.0 - Realizar orientação a gestante e aos outros membros da família, quanto à importância de prevenir os problemas relacionados à gestação e aos fatores de risco (tabagismo, etilismo, uso de drogas, consumo de sal, obesidade, sedentarismo e estresse, toxoplasmose, HIV entre outras). 2.0 min.

6.0 – Orientar e encorajar a gestante sobre a importância amamentação exclusiva nos primeiros seis meses. Encaminhar a paciente e os membros da família, quando necessário, para Unidade Básica de saúde. 1.0 min.

Visitas domiciliares a Puerpera



1.0 - Pedir o cartão da puerpera e o da criança. 1.0 min.

2.0 - Orientar a puerpera a importância da consulta puerperal. 2.0 min.

3.0 - Orientar a respeito da amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses e da vacinação da criança. 2.0 min.

4.0 - Observar a amamentação e realizar orientação. 2.0 min.

5.0 - Realizar orientação à puerpera e aos outros membros da família quanto à importância dos cuidados com a higiene para prevenir infecções tanto no bebê, quanto na puerpera. Orientar sobre a importância de uma boa alimentação para a

puerpera ter boa condição de amamentar. Encaminhar a paciente e os membros da família, quando necessário, para unidade básica de saúde (falar a respeito do planejamento familiar). 3 min.

Segundo o roteiro estabelecido para as visitas domiciliares, para cada paciente a mais que for encontrado nessa classificação de risco na família acrescentam-se mais cinco minutos a essa visita. Lembrando-se que a visita não é realizada apenas a um membro da família que se encontra em situação de risco, a visita deve ser direcionada a todos os membros da família.

Dessa forma, em uma residência onde se encontram cinco pacientes hipertensos, o primeiro atendimento terá 10 minutos e os outros quatro pacientes hipertensos mais cinco minutos, pois os passos de pegar o cartão para olhar e realizar a orientação podem ser realizados a todos integrantes da família de uma só vez, assim como os encaminhamentos. Contabilizando um tempo total de 30 minutos por visita.

O que se pretende com isso não é tornar a visita domiciliar um ato cronológico, metódico e mecânico, mas construir um roteiro dinâmico, para direcionar essa atividade, para que ela seja realizada com qualidade. Pois muitos agentes se queixam por não saber o quê fazer, ou o quê perguntar, ou o quê observar nas visitas a grupos de risco e por essa razão acabam não fazendo de maneira eficaz.

O que se busca esclarecer é que entre duas espécies de padrões de medidas - tempo e espaço – há que se levar em consideração a sua interdependência: “toda mudança no ‘espaço’ é uma mudança no ‘tempo’ e, toda mudança no ‘tempo’ é uma mudança no ‘espaço’”. (ELIAS, 1998, p. 81). Assim, é fundamental que o agente perceba a necessidade de mudança na rotina do tempo de visita domiciliar ao constatar a mudança no espaço: aumento no número de pessoas a serem visitadas e alguma intercorrência (problema social ou emergência).

Segundo Covey (2011), administrar o tempo não consiste, apenas em ser eficiente, realizando mais tarefas no decorrer do tempo, mas utilizar o tempo da melhor forma.

Os relatos dos agentes ao serem questionados a respeito de como eles se sentem em relação à organização e realização das visitas após a formação (pergunta 11 do questionário de validação) foram os seguintes:

Eu visitava antes e às vezes ficava muito tempo além do necessário, pois o paciente muitas vezes começa a falar e eu ficava dando corda. Hoje eu valorizo melhor o tempo na casa do paciente. (ACS 02)

Ficou bem melhor, consigo organizar mais minhas vistas, dando melhor atenção a meus clientes que necessitam de mim: diabéticos, hipertensos, gestantes. (ACS32)

Consigo fazer um número maior de visitas e com mais qualidade. (ACS03)

Antes era uma loucura saía desesperada para completar a meta agora faço com mais firmeza e oriento melhor os pacientes. (ACS13)

Os relatos revelam que ao dar um direcionamento para os ACS, o serviço se tornou mais dinâmico e mais qualitativo, pois as visitas tomaram um foco. O roteiro permitiu ao ACS chegar à residência da família sabendo o que deve priorizar, sabendo que deve prestar atenção na fala do paciente, mas que a visita não deve perder o foco com conversas esparsas, pois isso os levará a perder tempo. A valorização do tempo é observada na fala dos ACS, assim com a priorização das atividades e busca da qualidade na atividade realizada.

Outros dois instrumentos utilizados para organização do trabalho dos Agentes na formação foram: o cronograma de planejamento de atividades diárias e o gráfico de acompanhamento de visitas domiciliares conforme já mencionado no capítulo anterior que podem ser encontrados respectivamente página. nº 109.

O cronograma possibilita que os ACS possam planejar suas atividades diárias, podendo prever feriados ou eventualidades. Também permite ao agente planejar a quantidade de visitas que fará por dia, entre outras atividades. Nesse momento o ACS deve pegar o número de famílias que deverá visitar por mês e dividir pelo número de dias que ele terá para fazer suas visitas. Como ilustra o cronograma (quadro 3) e gráfico (fig. 1) na página nº109 no capítulo anterior.

O cronograma foi dado para todos os ACS no momento da aplicação do curso sendo orientado que eles fizessem seus planejamentos diários para o mês em vigência, lembrando-se de anotar as reuniões, feriados, dias em que precisam sair para ir ao médico ou a reunião dos filhos, pois tudo isso irá influenciar no tempo que eles terão para realizar suas tarefas diárias.

Após a confecção do cronograma, onde o agente já identificava o número de visitas que deveria realizar no mês planejado, contendo a quantidade de dias disponíveis, ele desenvolvia o gráfico (fig. 1), pág. nº109. O gráfico deve ser atualizado mensalmente de forma individual por todos os agentes. Esse instrumento servirá de termômetro para que esses profissionais possam acompanhar a realização de suas visitas de forma dinâmica.

Por exemplo: um ACS que deve realizar 242 vistas domiciliares (entre visitas de rotina, retorno e entrega de referência), tendo 22 dias para cumprir sua meta deverá realizar 11 visitas diárias, evitando sua sobrecarga no final do mês e realizando as visitas de forma tranquila e com qualidade.

Todos os dias os ACS devem registrar a quantidade de visitas realizadas no gráfico, a linha tracejada significa que o ACS atingiu o objetivo desejado (está atingindo sua meta).

Caso o agente encontre alguma dificuldade, passando a constar na área vermelha do gráfico (está atrasado em suas visitas), ele deverá reprogramar suas visitas, para que termine suas atividades mensais com o atendimento pretendido para o referido mês.

Ao serem perguntados de que maneira ficaram organizadas suas atividades diárias (Pergunta 5 do questionário de validação) os ACS relataram que o cronograma e o gráfico são uma ferramenta que permite a organização do tempo e podemos observar esses indícios nos seguintes depoimentos:

Através do cronograma, **realizo as devidas atividades** tendo como apoio a equipe multidisciplinar e organização e planejamento para as visitas domiciliares. (ACS 01)

Depois que aprendemos a utilizar o cronograma e gráfico ficou mais objetivo e mais bem dividido minhas atividades, assim como dando mais **qualidade** às visitas (ACS02)

Através do curso aprendemos a fazer o cronograma que me deu mais **direcionamento em meu trabalho**. (ACS12)

Ficou **mais organizado**, consigo cobrir toda área além de outras atividades (ACS27)

Após fazer o curso me sinto mais preparada e com mais facilidade em me **organizar nas visitas** domiciliares. Consegui me desenrolar bem nas visitas dando atenção melhor e com mais qualidade. (ACS34)

Os depoimentos revelam sinais, indícios da avaliação do produto, ao descrever que o cronograma e o gráfico se configuraram como importantes ferramentas para a organização das atividades, principalmente a visita domiciliar.

Com o uso dos instrumentos citados foi possível observar um aumento na produtividade desses profissionais, pois esses conseguiram organizar melhor suas atividades. Em muitos relatos observou-se que a qualidade do atendimento desses profissionais também melhorou, pois se sentiam menos sobrecarregados ao realizar sua atividade de maneira planejada sabendo que daria tempo para completá-la no prazo determinado.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Agente Comunitário de Saúde é o profissional da equipe de Estratégia Saúde da Família que estabelece o contato com a família dos usuários e a unidade básica de saúde, pois esses profissionais adentram esse espaço familiar cotidianamente, tornando-se o elo de comunicação da comunidade.

Esse contato diário com a comunidade é fundamental, pois estabelece o estreitamento de laços permitindo a acessibilidade dos usuários a Unidade de Saúde, assim como a realização da promoção da saúde e formação de vínculos com a equipe de saúde.

O fato de o agente ter um papel de destaque na consolidação da Estratégia Saúde da Família torna cada vez mais importante a necessidade de formação desse profissional para inserção dentro da equipe multidisciplinar da ESF.

O presente estudo propôs e atingiu o objetivo de identificar os principais problemas que dificultam a atividade do ACS na ESF, no município de Angra dos Reis, por intermédio de observação sistemática, por meio da aplicação de uma formação em organização e planejamento em saúde e elaboração de um manual para tal segmento profissional. E especificamente, identificar os fatores que dificultam as ações dos ACS no desenvolvimento do seu trabalho; investigar qual o conhecimento que os ACS possuem de sua prática profissional no município de Angra dos Reis; refletir sobre a rotina de trabalho e o gerenciamento do tempo do agente no município de Angra dos Reis; verificar como os agentes comunitários organizam e planejam suas atividades; criar uma proposta de Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde de Angra dos Reis, relacionado à organização e planejamento do tempo no serviço de saúde.

Ao realizar-se uma síntese dos discursos apresentados, observou-se que: em relação ao perfil, o agente comunitário é um profissional que emerge da própria comunidade, sendo pessoas com habilidades para lidar com a comunidade, fato que auxilia na inserção desses profissionais no contexto familiar. Outra característica

encontrada no perfil do agente é a capacidade de se comunicar com as pessoas pela capacidade natural de liderança que exerce na sociedade.

Em relação ao papel desse profissional na equipe de saúde, pode-se destacar a importância da sua articulação entre a comunidade a respectiva unidade de saúde.

Outra observação importante emerge das visitas domiciliares, pois os agentes e os enfermeiros as destacam como sendo a atividade mais importante que os ACS realizam.

A respeito das demandas e dificuldades destacam-se: os conflitos entre agentes e usuários, onde se observou dificuldade de comunicação entre as partes, refletindo a dificuldade de acesso de ambas as partes; pressão das lideranças locais (associação de moradores), fazendo com que o agente perca a autonomia para solucionar os problemas da comunidade; o excesso de atividades e sobrecarga de trabalho para os agentes e escassez de profissionais foram os pontos mais destacados nos discursos.

A partir dos problemas levantados foi elaborado e aplicado um curso de formação em Planejamento e Organização do Serviço de Saúde para os Agentes Comunitários de Saúde do I e II distrito sanitário de saúde de Angra dos Reis, no primeiro semestre de 2012. O curso contou com cinco módulos distribuídos em 40h. Os módulos partiram desde a Evolução da saúde pública no Brasil até a inserção do agente comunitário para contextualizá-lo no cenário onde está inserido. E discorreu a respeito do planejamento e organização do tempo. Utilizou como ferramenta de apoio a Escala de risco de Coelho e criou duas novas ferramentas: cronograma de atividades diárias e um gráfico de visitas diárias, que serviram de guias para que o objetivo do curso fosse alcançado.

Pode-se observar na análise dos discursos dos agentes um destaque para a importância da classificação de risco, para organização do tempo e planejamento de suas ações durante a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família.

Portanto, o curso de formação realizado com os ACS dos distritos I e II no município de Angra dos Reis atingiu seus objetivos, ao tornar a visita mais eficiente

e simultaneamente permitindo maior segurança no encaminhamento dos casos para a equipe da Unidade Básica de Saúde.

Outro aspecto importante a ser ressaltado foi com relação à importância da Escala de Coelho utilizada no curso permitindo a classificação prévia dos usuários e o estabelecimento do cronograma das famílias a serem visitadas no decorrer do mês. Os relatos apresentados demonstram que a escala permite a classificação de risco e direciona as visitas, facilitando atividades e evitando desperdício de tempo.

É importante frisar que os instrumentos apresentados como ferramentas (cronograma e o gráfico) de organização do tempo se mostraram eficientes para o desenvolvimento e planejamento das atividades diárias dos agentes.

Deve-se destacar que esta pesquisa contribuiu para uma mudança no processo de inserção desse profissional nas unidades de saúde, assim como nas políticas de capacitação desse profissional, destacando a importância da educação Permanente no contexto de mudanças no perfil e desempenho do agente comunitário.

No final da realização desta pesquisa observou-se alguns impactos interessantes no município de Angra dos Reis, em relação à atividade do Agente Comunitário de Saúde: com relação ao discurso dos ACS ao longo da pesquisa - que no município de Angra dos Reis havia um número de agentes comunitários inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, fato que levava a sobrecarga desses profissionais. Após a realização deste estudo e intervenção no município com o referido curso, houve uma mudança significativa desse cenário, pois o município realizou um processo seletivo, por meio de concurso público, para que as unidades completassem seu quadro de agentes comunitários. Esse processo seletivo representou uma grande mudança no processo de inserção desses profissionais, dando a legitimidade de assumir essas vagas por intermédio de um processo democrático.

Outro impacto provocado com o curso emerge da inserção desse profissional na unidade de saúde. Pode-se observar que, anteriormente, muitos conseguiam fazer parte da equipe por indicações de autoridades e com a participação da

associação de moradores, fato que os deixava muito vulneráveis às questões políticas.

Outra mudança significativa, após a apresentação da proposta de Educação Permanente (produto desta dissertação) para os Agentes Comunitários de Saúde aos gestores da atenção básica de Saúde do município de Angra dos Reis, foi a implantação obrigatória do curso no município de Angra dos Reis para todos os agentes comunitários com o acompanhamento de sua aplicação prática.

Deste modo, pode-se concluir que para ocorrer uma mudança na prática do cotidiano de trabalho da atenção primária de saúde, é fundamental que haja a formação dos agentes de saúde na tentativa de ampliar e potencializar o diálogo com as concepções que surgem da realidade local, permitindo a problematização de questões coletivas que emergem dos hábitos dos sujeitos e dificultam a instauração da promoção da saúde na busca de uma consciência crítica deste profissional, que o aproxime do conhecimento dos conceitos da atenção integral em saúde de maneira humanizada e de qualidade. Sendo necessário para que essa realidade aconteça organização e planejamento das ações.

10 REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: Heloisa Marcolino. (Org.). **Projeto Multiplica SUS: (Re) Descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, v.1,p.23-40, 2005, Disponível em < <http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>> Acessado: 15/03/11.

ALMEIDA M. C. P. de; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface - Botucatu, v.5, n.9, p.150-153, jun/jun2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf> >Acessado:03/01/12.

ALVES, Nilda. 'Decifrando o pergaminho – o cotidiano das escolas nas lógicas das redes cotidianas'. IN OLIVEIRA, Inês Barbosa; ALVES, Nilda. **Pesquisa no/do cotidiano das escolas – sobre redes de saberes**. Rio de Janeiro: DP et *Alii*, 2008.

AUGUSTIN, E. S. Planejamento pessoal como base e ligação para o planejamento estratégico organizacional. 2008. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, área de concentração em gerência da produção. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS, 2008. Disponível em: < ascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_arquivos/12/TDE-2008-12-02T140951Z-1778/Publico/EZIANESAMARAAUGUSTIN.pdf> Acessado: 15/12/12.

AUGUSTO I, FRANCO L.H.R.O. Aspectos históricos da assistência de enfermagem domiciliar. Revista LAES /HAES, São Paulo v.1, n.5, p50-52, 1980. Disponível em< <http://www.fen.ufg.br/revista/v.10/n1/v10n1a20.htm>>Acessado: 03/06/12.

BACHILLI, R.G. et al. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13 n.1, p.51-60, 2008. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413> Acessado: 04/11/12.

BERTOLOZZI, M.R., GRECO, R.M. As políticas de Saúde no Brasil e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo v.30, n.3, p380-398 ,dez/1996. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>>Acessado: 04/06/12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas de Agentes Comunitários de Saúde. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1994. Disponível em < <http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/pacs01.pdf>> Acessado:15/07/12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde** /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.64 p.: il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em< <http://>

bvsmms.saude.gov.br/publicações/referencial_Curricular_ACS.pdf>Acessado: 11/07/12.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997. Disponível em< http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/cd09_16.pdf>Acessado: 05/08/12.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/ SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF, 1999b. Disponível em< http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/cd09_16.pdf> Acessado: 05/08/12.

BRASIL. Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção. **Senado Federal**, 2006. Disponível em<<http://dtr2001.saude.gov.br/sãs/PORTARIAS/GM/GM-648.html>> Acessado: 03/07/12.

BRASIL. Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica para Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Senado Federal**, 2011. Disponível em <http://www.saovicente.sp.gov.br/Portaria2488_5046-041111_SES-MTh.php> Acessado: 03/07/12.

BRASIL, Constituição 1988. Constituição da república Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de ação programática. Disponível em< <http://dap.saude.gov.br/atencobasica.php>> Acessado: 27/08/11.

BRASIL. **Mensagem apresentada ao Congresso Nacional por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1949 pelo General Eurico Gaspar Dutra, Presidente da República**. Rio de Janeiro, 1949. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1949.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Programa Saúde da Família. Disponível em< <http://www.portalsaude.gov.br> >Acessado:11/09/12.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em< <http://dab.saude.br/> >Acesado:05/08/12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. **ABC do SUS, doutrinas e princípios**. Brasília: secretaria nacional de assistência à saúde, 1990. Disponível em <<http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/ABCdoSUS.pdf>> acessado: 21/07/12.

BRASIL. Ministério da Saúde. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941 – 1992 – Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos RH saúde, novembro, 1993; ano 1, v.1, n.1. 218.p Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv1n1.pdf>> Acessado: 17/05/12.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. DF: **Senado Federal**, 1990. Disponível em <<http://www.pge.sp.gov.br/cen.trodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>>Acessado: 03/09/12.

BRAZIELLAS, Maria L. M. **Metodologia da pesquisa**. Rio de Janeiro: editora Central da Universidade Gama Filho, 1996.

BRAVO, M,I,S. Política de Saúde no Brasil.: Trajetória histórica. In: **Capacitação para conselheiros de saúde – textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE,2001.Disponível em<http://www.fnepas.org.br/pdfservico_social_saude/texto1-5.pdf> Acessado:06/07/12.

BRODERSEN, G.; RODRIGUES,I. F.;DELAZERE,J.C.As interfaces do olhar sobre família. Família Saúde Desenvolvimento, Curitiba, v.7, n.1, p.69-74, jan/abr.2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br>> Acessado:15/09/12.

CARDOSO, C.L. Relações interpessoais na equipe do programa de saúde da família. Revista Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais v.7, n.1,Jan/jun 2004, no prelo.Disponível em<<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Relaoes.pdf>>Acessado: 17/09/12.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafios ambiciosos e necessários. Interface. Botucatu. v.9, n.16, p.30-56, fev2004/fev. 2005. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br>>Acessado: 10/10/12.

COELHO, Flávio Lucio G; SAVASSI, Leonardo CM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 1, n 2,p.19-26, 2004. Disponível em <<http://www.rbmfcc.org.br>> Acessado: 07/08/12.

COTTA, R.M.M et.al. Organização do Trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e serviço de saúde. v.15, n.3, p.7-18 jul/set de 2006. Disponível em<http://portal.saude.gov.br/porta/arquivos/pdf/1artigo_organizacao_trabalho.pdf> Acessado: 08/04/12.

DALL'AGNOL, C.M; Trench, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. Rv. Gaúcha Enferm. v.20, n.1, p.5-25, jan,1999. Disponível em < <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23448/000265360.pdf?sequence=1> > Acessado 10/08/13.

DIAS, F.G. **Educação Ambiental: Princípios e práticas**. 9ªed.São Paulo: Gaia, 2004.

ECHER, I.C. Elaboração de Manuais de Orientação para o Cuidado em Saúde. Relato de caso. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo. v.13, n.5, p.754-757 [online]set/out.2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf> > Acessado: 21/03/10.

ELIAS, N. **Sobre o tempo**. Traduzido por Ribeiro V. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ELIAS, P.E. Estado e Saúde os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo em perspectiva, São Paulo, v.18, n.3,p.41-46, jul/set,2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01022-88392004000300005> > Acessado: 05/05/12.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In GIOVANELLA, L. **Políticas e sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe militar à reforma sanitária. In GIOVANELLA, L. **Políticas e sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ESTRADA, R.J.S ;FLORES,G.T; SCHIMITH, C.D.S. Gestão do Tempo como apoio ao Planejamento Estratégico Pessoal. Revista de Administração - UFSM, Santa Maria, v.4, n.1, p.315-332, mai/ago 2011. Disponível em < <http://cascavel.ufsm.br> > Acessado:08/11/12

FALLANTE BSC, BARREIRA IA. Significados da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública nas décadas de 20 e 30. **Escola Anna Nery**. Revista Enfermagem. v. 2,n.3, p.72-86. 1998.

FERREIRA, M.A.L. E MOURA, A.A.G. Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das conferências nacionais de saúde. Recife:Fiocruz,2006. Disponível em <http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/.../politica_rh_analise_cns.pdf> Acessado: 11/08/12.

FIGUEIREDO, I.M. de. et al. Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, nº2, p. 262-267, abr./jun. 2009. Disponível em < <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a22.pdf> >Acessado: 06/01/12.

FIGUEIREDO, Nélia Maria. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2005.

FILHO, J de M. **O Cotidiano de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: relação com os usuários e equipe de saúde**. Botucatu, 2004. p. Dissertação (mestrado) Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2004.

FLORES, G.T. **Gestão do Tempo como Contribuição ao Planejamento Estratégico Pessoal**. Santa Maria: UFSM, 2011, 155p. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Administração, em Gestão Estratégica. Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2001. Disponível em <http://w3.ufsm.br/ppga/dissertações/2011/GilbertoTimmFlores_resu.pdf> Acessado: 28/12/12.

FRANCO, T. B; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3.ed. São Paulo; Huncitec, 2006. Cap.3, p.55-124.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17ªed. Rio de Janeiro: Paz na Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completa**. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GINZBURG, Carlo. **Mitos, Emblemas, Sinais. Morfologia e História**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GOMES, A. C. **Invenção do trabalhismo**. Rio de Janeiro: Vértice, 1988. 'Ideologia e trabalho no Estado Novo'. In PANDOLFI, D. **Repensando o Estado Novo**: Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1992. 349 p.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento: as bases da política da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde. *Educar em Revista*, Curitiba, n.25, p. 127-141, nov.2004/jan.2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article/view/2242/1874.pdf>> Acessado: 10/08/12.

HOCHMAN, G. "O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v.16, supl.1, p.313-331, fev./mai, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702009000500015> Acessado: 05/06/12.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores de bairros – região Sudeste (Rio de Janeiro): Informação de Angra dos Reis**, 2010.

JORGE, M.B.J et al. Concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua prática no programa de saúde da família. *Revista Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.128-136 jul./dez 2007. Disponível em <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/05concepcao.pdf>> Acessado: 10/08/12.

JUNIOR, A.P E JUNIOR, L.C. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, set./dez. 2006. Disponível em < http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf>Acessado: 05/06/12

KEBIAN, L.V.A; ACIOLI, S. A visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do Enfermeiro e do Agente Comunitário de Saúde. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.403-409, março/maio 2011. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>> Acessado: 20/12/12.

KELLY, W. E. Harnessing the river of time: theoretical framework of time use efficiency with suggestions for counselors. **Journal of Employment Counseling**, n.39, 12-21, 2002.

LACERDA. M.R; GIOCOMOZII, C.M; OLINISKI, SR; TRUPPEL, T.C. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*. v.15, n.2, p88-95, set 2005/jul 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902006000200009&script=sci_arttext> Acessado: 16/11/12.

LAKATOS, E. M. *Metodologia Científica*. 5ªed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEVY, F.M; MATOS, P.E.S; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.197-203, jan/fev 2004. Disponível em <<http://www.sciello.br>> acessado:10/11/12.

LIMA, A. L. G. S. de e PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. 10, n.3, p.1037-51, set.-dez. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19311.pdf>> Acessado em 05/06/12.

LOPES, W. de O; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, v.7, n.2, p.241-247, Abr/Jun, 2008. Disponível em <<http://edueojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/5012/3247>> Acessado: 03/01/13.

LUZ, M T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v1, n.1, p.77-96. 1991. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>>Acessado em 05/06/12.

MACHADO, H. Programa de saúde da família: entrevista I. *Revista brasileira de enfermagem*. 2000,53(NE).

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARQUES, R.M. **O Planejamento estratégico Pessoal a saúde como suporte para o planejamento individual.** Santa Maria: UFSM, 2011. 100p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção em Gestão de Produção. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS, 2011. Disponível em <[http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_arquivos/12/TDE-2012-0903T121701Z3628/Publico/MARQUES,% 20 ANDREA% 20 RODRIGUES.pdf](http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_arquivos/12/TDE-2012-0903T121701Z3628/Publico/MARQUES,%20ANDREA%20RODRIGUES.pdf)> Acessado : 10/01/13.

MARTINS, G. de A. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicada / Gilberto de Andrade Martins, Carlos Renato Theophilo. São Paulo: Atlas, 2007.

MEDEIROS, C.da S. **O processo ensino- aprendizagem do agente comunitário de saúde: a interface entre a teoria e a prática.** Rio de Janeiro- Estácio de Sá, 2008.110p. Dissertação (mestrado) – Programa de pós-graduação em saúde da família. Unoversidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <http://www.ebookcult.com.br/produto/O_processo_ensino_aprendizagem_do_agente_comunitario_de_saude_a_interface_entre_teorica_e_pratica-7333> Acessado:12/12/12.

MELLO MC, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. Acta Paul Enferm, São Paulo, v.20, n.1, Jan/mar 2007 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002007000100015&script=sci_abstract&lng=pt> Acessado: 10/01/13.

MEIRA, R.M.M.B.P. **O agente comunitário de saúde: convergências e divergências, na percepção dos próprios agentes, dos médicos, enfermeiros e usuários do serviço de saúde.** Botucatu,2008.161p. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista de Medicina “Julio Mesquita Filho - UNESPBotucatu,SP,2008.Disponível em<http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2008/meira_rmmbp_me_botfm.pdf> Acessado: 16/08/12.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª edição. São Paulo, Editora: Hucitrc ,2004.

MINAYO, M.C.S, DESLANDES, S. F. e GOMES, R. **Pesquisa Social.Teoria Método e Criatividade.** 26º ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOROSINI, Márcia Valéria G.C..**Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 11p.

MORAES, N. A. **Saúde e poder na República Velha: 1914-1930. Rio de Janeiro, 1983.** Dissertação (mestrado) Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro,1983.

MUNIZ, E. S. A. **Basta aplicar uma injeção? Saúde, doença e desenvolvimento :** o Programa de Erradicação da Boubá no Brasil (1956-1961) / Érico Silva Alves

Muniz. Rio de Janeiro: 2009, 139 p. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <<http://www.fiocruz.br/ppghcs/media/dissertacaoericomuniz.pdf>> Acessado:13/10/12.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F. da; RAMOS, Z. do V.O. **A vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde.** [Texto para discussão 735]. 2000. 33p. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br> >. Acesso em: 24/07/12.

NUNES, M.O et al. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639-1646, Nov/dez2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311x2002000600018&script=sci_arttext>. Acessado: 15/09/12.

PAIM, J.S. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”.** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2002. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 175) in: O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892007000200011&script=sci_arttext> Acessado: 12/09/12.

OLIVEIRA, C. R. **Medicina e Estado – Origem e desenvolvimento da medicina social - Bahia: 1866-1896.** Rio de Janeiro,1983. Dissertação (Mestrado) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1983.

OLIVEIRA,R.G. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção de Anastácio, estado do Mato Grosso do Sul. Acta Scientiarum.Health Sciences. Maringá,v.25, n.1, p.95-101,2003. Disponível em <<http://www.hiv411.org/files/File/2011/health%20agent%20article%201.pdf>>. Acessado: 10/12/12.

RAMOS,M.N. **Pedagogia das competências:autonomia ou adaptação?** São Paulo:Cortez,2001.

REBERTE, Luciana Magnoni. **Celebrando a vida: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante.** São Paulo, 2008. 130p. Dissertação (Mestrado),Programa de Pós-Graduação área de concentração Enfermagem obstétrica e neonatal. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, SP, 2009.Disponível em<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/.../Luciana_Magnoni.pdf>Acessado: 18/12/12.

REINALDO A.M.S, Rocha R.M. Visita Domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã.Revista Eletrônica de Enfermagem,Goiás v.4,n.2,p.36-41, Nov/dez 2002. Disponível em<http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_2/pdf/visita.pdf> Acessado: 03/03/13.

Relatório do I seminário nacional do programa de reorientação da formação profissional em saúde II - pró-saúde II e I encontro nacional dos coordenadores dos

projetos selecionados para o pet-saúde. Brasília/df: hotel nacional, 2009. 456 p. Disponível em <<http://www.prosaude.org> > acessado: 02/11/12.

REIBNITZ, K.S; PRADO, M.L. CRIATIVIDADE E RELAÇÃO PEDAGÓGICA: em busca de caminhos para formação do profissional crítico criativo. Rev. Bras Enferm, Brasília, v.56, n.4, Jul/ago2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a28v56n4.pdf>> Acessado 12/11/12.

RODRIGUES, A.A.A.O.; ASSIS, M.M.A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas- BA. Baiana saúde pública, Salvador, v.29, n.2, p.273-285, 2005.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antônio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejamento ações e promovendo saúde**. Cap.2. P28-49. Porto Alegre: Artemed, 2003.

ROSEN G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec; 1994.

SANTOS E.M, KIRSCHBAUM D.I.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Rev. Eletr. Enf. [Internet], Goiás, v.10, n.1 p.220-227. Mar07/mar 2008. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm> acessado 10/12/12> Acessado: 14/12/12.

SCHIMITH, M.D.; LIMA M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em equipe do Programa Saúde da Família. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-149, nov/dez 2004. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acessado: 03/09/12.

SEABRA, D.C. **O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional**. Ribeirão Preto. 2006, 133f. Dissertação (Mestrado) , Programa de Pós-Graduação área de concentração Saúde e Comunidade. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-12092006-102648/pt-br.php>> Acessado: 15/09/12.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica - Revista de Saúde Pública, São Paulo: USP , v.34, n.3 p.316-19, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.com.br/créditos.html> > Acessado: 01/08/12.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface [online], Botucatu, v.9, n.9, p.25-38, set2004/fev.2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a03.pdf> > Acessado: 20/10/12.

SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo-SP, 2001. Disponível em < <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2001/sil001.pdf>> Acessado 03/09/12.

SOLLA. J.J.S.P. MEDINA. M.G. DANTAS. M.B.P. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Saúde em debate 1996: 51:4-15. in: **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.6 nov./dec. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102311x2002000600018&script=sci_arttext. Acessado: 08/08/12.

SOUZA, M.F. **Agentes Comunitários de saúde. Choque de povo!** São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, nº3, 2009. Disponível em: <WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci_artex&pid=s0103-73312009000300013> acessado em: 09/08/2012.

TAKAHASHI RF, OLIVEIRA MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: **Brasil IDS**. Manual de Enfermagem. Universidade de São Paulo, Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 43-46. Última Atualização: 9/26/2001 Disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br/.../files.do?...a_visita_domiciliaria_no_contexto> Acessado: 04/01/13.

TAMACKESKI, J.A. **Condições sociais de surgimento e implementação de uma política pública: Burocratas e Médicos na Formação das Políticas de Saúde no Brasil (1963-2004)**. Tese (doutorado) - Departamento de sociologia da Universidade de Brasília/UNB, 2007. Disponível em <<http://repositorio.bce.unb.br /handle/ 10482/ 1424> > Acessado: 01/11/12.

TORRES HC, Roque C, Nunes C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v.19 n.1, p:89-93. Jul./dez2010, 2011 Disponível em < <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a15.pdf>> Acessado: 04/01/13.

THOMAS WOOD JR. Fordismo, Toyotismo e volvismo: os caminhos da indústria em busca do tempo perdido. Revista de administração de empresas. São Paulo v.4, n. 32, p 6-18 , set/Out 1992. Disponível em <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S003475901992000400002.pdf> Acessado: 29/04/13.

TRAD, L.A.B. et.al . Estudos etnográfico de satisfação do usuário do programa de saúde da família (PSF) na Bahia. Ciência & Saúde Coletiva [online], v.7, n3, p 581-589, Mai/ago 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000300015>> Acessado: 06/01/13.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e atenção á saúde da família**. São Paulo: Huncetec, 1999b.

VIANA E DAL POZ. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p: 11-48, 1998. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>> Acessado: 09/07/12.

WHITROW, G. J. **O tempo na história: concepções de tempo da pré-história aos nossos dias.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa: Mayara Athanázio Diogo
Título do Projeto: O ensino em ciências da saúde na Estratégia Saúde da Família: metodologias aplicadas na capacitação de Agentes Comunitários de Saúde.
Coordenador do Projeto: Marcelo Paraíso Alves
Telefones de contato do Coordenador Projeto: (24) 98455583
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: UniFOA - <i>Campus</i> Universitário Olezio Galotti – Prédio 1 - Av.Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ. CEP: 27240-560 ou pelo telefone 3340- 8400, ramal 8540.

2- Informações ao participante ou responsável:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de Ensino em Ciências da Saúde na Estratégia Saúde da Família: metodologias aplicadas na capacitação de Agentes Comunitários de Saúde que tem como objetivo: Compreender os principais problemas que dificultam a atividade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Angra dos Reis, por intermédio de observação sistemática, propondo um curso de capacitação em organização e planejamento em saúde e elaboração de um material didático para tal segmento profissional. Para coleta de dados será utilizado como instrumentos de investigação: Caderno de campo, entrevista semi-estruturada aplicada através de um grupo focal direcionado aos enfermeiros das Estratégias de saúde da família (ESF) e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do II distrito de Angra dos Reis e o questionário semi-estruturado com questões abertas que será aplicado para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do referido distrito.

Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento. O senhor (a) será submetido a um questionário a colaborando assim, com os estudos e conseqüentemente com a elaboração do curso.

Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

- Durante a pesquisa, você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
- A sua participação como voluntário, não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.Sa. ou menor.
- Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante ou seu responsável o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo.
- Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Volta Redonda, _____ de _____ de 20____.

Participante: _____.

Responsável pelo participante: _____.

Questionário para os Agentes de Saúde do I e II distrito de Angra dos Reis

- 1)Você conhece os Programas do Ministério da Saúde ligados a atenção básica em especial a ESF?Cite quais programas você conhece.
- 2)Você conhece ou já leu algum manual do Ministério da Saúde? Cite quais:
- 3)Você sabe quais os fluxos da saúde do seu município, por exemplo para onde os pacientes devem ser encaminhados de acordo com suas necessidades?Ou encontra dificuldade para entender esse caminho e pede ajuda para o enfermeiro?
- 4)Quando você se depara a situações diferentes das habituais nas visitas domiciliares, você sabe associar a qual programa se refere?Ou acha difícil, pois são muitos programas?
- 5)Você sabe o que mapear risco?
- 6)Sabe qual a utilidade desse mapeamento? Em que isso pode agilizar sua atividade?
- 7)Você possui uma rotina específica para o ACS em sua unidade?
- 8)Como você organiza suas atividades diárias?Explique:
- 9)Você já teve algum curso que te auxiliasse na organização e planejamento de suas atividades?Quando?
- 10)Você em algum momento do mês fica sobrecarregado, com o serviço acumulado e precisa correr para dar conta dos prazos?
- 11) Quando surpreendido por uma atividade que não estava no cronograma da semana, você fica sobrecarrega, pois não da conta de tantas visitas e referências para entregar ou faz com tranqüilidade todas as atividades solicitadas sem problemas?
- 12)Você se sente parte integrante da equipe que você trabalha ou às vezes se sente deslocado?
- 13)Você acredita que é responsável tanto quanto os outros profissionais de sua equipe pelo processo de promoção, prevenção e proteção da saúde, assim como pelo seus resultados?
- 14)Como você acha que a sua comunidade vê a sua contribuição e a sua importância no serviço de saúde?
- 15)Você conhece e entende com clareza as suas atribuições?Sim ou Não
- 16)Cite qual atribuição que você considera mais importante para o agente comunitário, você realiza essa atividade com facilidade ou às vezes sente se despreparado para realizá-la?

17) Você conhece a portaria 648/GM de 28 de março de 2006? Sabe do que se trata?

18) Você conhece a portaria que regulamenta o exercício profissional do ACS?

19) Em que área de sua atividade você se sente mais despreparado, sem treinamento?

Roteiro do Grupo Focal : Realizado com os Enfermeiros da ESF e PACS do I e II distrito de Angra dos Reis

- 1) Quantos ACS trabalham em sua unidade de saúde?
- 2) Você observa dificuldade na organização do serviço dos seus ACS?
- 3) Se acima for afirmativa, em que áreas você observa essa dificuldade dos ACS?
- 4) Seus ACS tem facilidade de resolver problemas relacionados aos pacientes no nível de sua competência, ou sempre que encontram uma determinada dificuldade recorre a você?
- 5) Quando surpreendidos por determinados prazos e metas, seus agentes comunitários sempre conseguem cumpri-los ou encontram dificuldades?
- 6) Sua unidade possui uma rotina por escrito específica para as atividades diárias dos ACS?
- 7) Se a resposta da questão acima for negativa, você acha que seria possível criar uma rotina específica para os ACS de sua unidade, facilitando a organização do serviço destes profissionais e conseqüentemente o seu serviço?
- 8) Em relação as visitas domiciliares, a forma como seus ACS organizam essa atividade é eficaz, ou você acha que eles precisam apreender a planejar melhor essa atividade?
- 9) Quanto ao conteúdo dessas visitas, como você avalia essa tarefa? Excelente, boa, regular, ruim ou péssima.
- 10) Você avalia a necessidade de melhora do conteúdo dessas visitas, para que se tornem mais abrangente?
- 11) Hoje você poderia afirmar que seu ACS é um profissional pró-ativo ou acredita que ele ainda precisa ter acesso a cursos de capacitações, aprimoramentos, aperfeiçoamentos para que isso possa ser afirmado?
- 12) Como é a interação dos Agentes com a equipe? Ele se interage bem com todos os profissionais ou encontra dificuldades em se comunicar?
- 13) Seu ACS busca conhecimento a respeito dos programas,doenças e assuntos relacionados diretamente as suas atividades ou espera que você passe o conhecimento e informação para ele?
- 14) Você considera seus ACS bons administradores do tempo?
- 15) Como você acredita que as deficiências e dificuldades encontradas nos ACS podem ser superadas?

Questionário de Validação para os Agentes de Saúde do I e II distrito de Angra dos Reis.

- 1) Você sabe o que mapear risco?
- 2) Sabe para que se faz esse mapeamento? Em que isso pode agilizar sua atividade?
- 3) Você sabe Classificar risco segundo a escala de coelho? Isso facilita na hora de direcionar as visitas?
- 4) Você possui uma rotina específica para o Agente comunitário que poderia orientá-lo melhor como organizar o seu serviço em sua unidade?
- 5) Como ficou a organização de suas atividades diárias? Explique
- 6) Como você se portará quando for surpreendido por uma atividade que não estiver no cronograma da semana. Você ficará sobrecarregado, não dá conta de tantas visitas e referências para entregar ou fará com tranquilidade todas as atividades solicitadas sem problemas?
- 7) Você se sente parte integrante da equipe que você trabalha ou às vezes se sente deslocado?
- 8) Você acredita que é responsável tanto quanto os outros profissionais de sua equipe pelo processo de promoção, prevenção e proteção da saúde, assim como pelo seus resultados?
- 9) Após fazer o curso (atendendo as mudanças propostas como uso de apresentação, identificação, uso de uniforme, mapeando risco, etc) você acredita que o Agente comunitário de Angra dos Reis possa se tornar um Agente de mudança, na atenção primária?
- 10) O curso ajudou no esclarecimento de dúvidas a respeito do entendimento de suas atribuições? Sim ou Não
- 11) Após fazer o curso você se sentiu preparado ou com mais facilidade em se organizar na realização das visitas domiciliares.
- 12) Do que se trata a portaria 648/GM de 28 de março de 2006? Qual a sua importância para o Agente comunitário?
- 13) Você conhece a lei que regulamenta o exercício profissional do Agente comunitário. Se afirmativo, cite qual? O que isso significou para o agente comunitário de saúde?
- 14) Após fazer esse curso você se sente capacitado para planejar e organizar melhor suas atividades?
- 15) Dê Sugestões para o curso:



REITORIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS/CoEPS
Registro SIPAR – Ministério da Saúde: 25.000.158.694/2007-89



CoEPS
Processo Nº 120/11
CAAE 0141.0.446.000-11
Volta Redonda, 14 de março de 2012.

DO: CoEPS

Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

PARA: Sra. Mayara Athanázio Diogo

Curso de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente

Prezada Senhora:

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CoEPS) do UniFOA, após avaliação de análise crítica envolvendo os aspectos éticos, do projeto intitulado "O Ensino em ciências da saúde na estratégia de saúde da família: Metodologias aplicadas na capacitação de agentes comunitários", sob sua responsabilidade, esta dentro dos padrões éticos e atende a Resolução CNS 196/96, assim esta **aprovado**.

Vale ressaltar que, uma vez aprovado, o CoEPS passa a ser co-responsável pelo projeto no que tange aos aspectos éticos da pesquisa.

Em caso de **Projeto de Iniciação Científica** é necessário a análise do formulário pelo NUPE e aprovação da direção FOA/UniFOA, para dar início ao projeto.

Atenciosamente,

Rosana Paraglitia
Proj. Rosana Paraglitia
Presidente do Comitê de Ética
UniFOA

:: www.unifoa.edu.br ::

SEDE: Campus Três Poços
Av. Paulo Erlei A. Abrantes, 1325
Três Poços - V. Redonda - RJ
CEP: 27240-000
Tel.: (24) 3340-8400

Campus Aterrado
Av. Lucas Evangelista, 852
Aterrado - V. Redonda - RJ
CEP: 27215-630
Tel.: (24) 3338-2764 / 3338-2925

Campus Colina - Anexo HSJB
R. Nossa Sra. das Graças, 273
Colina - V. Redonda - RJ
CEP: 27253-610
Tel.: (24) 3340-8400

Campus Vila
R. 31, nº 43
Vila Sta Cecília - V. Redonda - RJ
CEP: 27260-530
Tel.: (24) 3348-5991

Campus Tangerinal
R. 28, nº 619
Tangerinal - V. Redonda - RJ
CEP: 27264-330
Tel.: (24) 3348-1441 / 3348-1314

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				UF [] []
ENDEREÇO			NÚMERO [] [] [] []	BAIRRO		CEP [] [] [] [] [] [] - [] [] []
MUNICÍPIO [] [] [] [] [] [] [] []	SEGMENTO [] []	ÁREA [] [] []	MICROÁREA [] []	FAMÍLIA [] [] [] []		DATA [] [] - [] [] [] - [] [] [] []

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		O CUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
NOME							

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNCIA A ESCOLA		O CUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		
NOME							

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

*ALC - Alcoolismo
CHA - Chagas
DEF - Deficiência
DIA - Diabetes*

*EPI - Epilepsia
GES - Gestação
HA - Hipertensão Arterial
TB - Tuberculose*

*HAN - Hanseníase
MAL - Malária*

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsável	_____
A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?			

OBSERVAÇÕES

FICHA B - GES		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA														ANO: _____																				
MUNICÍPIO		SEGMENTO		UNIDADE			ÁREA		MICROÁREA		NOME DO PROFISSIONAL:																									
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES																																				
Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina				Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida									Data da consulta de pré-natal					Fatores de risco	Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério											
			1	2	3	R	Mês de gestação									Mês de gestação						NV	NM	AB	1	2										
Nome:																																				
Endereço:																																				
			OBS:													Data da visita do Profissional																				
Nome:																																				
Endereço:																																				
			OBS:													Data da visita do Profissional																				

Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina				Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida									Data da consulta de pré-natal									Fatores de risco	Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério														
			1	2	3	R	Mês de gestação									Mês de gestação										NV	NM	AB	1	2													
Nome:																																											
Endereço:																																											
OBS:												Data da visita do Profissional									Sangramento																						
																					Edema																						
																					Diabetes																						
																					Pressão Alta																						
Nome:																																											
Endereço:																																											
OBS:												Data da visita do Profissional									Sangramento																						
																					Edema																						
																					Diabetes																						
																					Pressão Alta																						
Nome:																																											
Endereço:																																											
OBS:												Data da visita do Profissional									Sangramento																						
																					Edema																						
																					Diabetes																						
																					Pressão Alta																						

FICHA B - TB	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
MUNICÍPIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEGMENTO <input type="text"/> <input type="text"/>	UNIDADE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ÁREA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MICROÁREA <input type="text"/> <input type="text"/>	NOME DO PROFISSIONAL:	

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações			
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez				
Nome Endereço			Data da visita do														Nº de Comunicantes		
			Toma medicação diária															Comunicantes < 5 anos	
			Reações indesejáveis																
			Data da última consulta																
			Exame de escarro																
			Comunicantes examinados																
			< 5 anos com BCG																
Nome Endereço			Data da visita do														Nº de Comunicantes		
			Toma medicação diária															Comunicantes < 5 anos	
			Reações indesejáveis																
			Data da última consulta																
			Exame de escarro																
			Comunicantes examinados																
			< 5 anos com BCG																
Nome Endereço			Data da visita do														Nº de Comunicantes		
			Toma medicação diária															Comunicantes < 5 anos	
			Reações indesejáveis																
			Data da última consulta																
			Exame de escarro																
			Comunicantes examinados																
			< 5 anos com BCG																

