

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
UNIDADE ACADÊMICA DE HUMANIDADES, CIÊNCIAS E  
EDUCAÇÃO - UNAHCE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - PPG  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**SÍLVIA APARECIDA PEREIRA FONTANA**

**UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO  
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM  
A ATUAÇÃO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Janine  
Moreira.

**CRICIÚMA  
2015**

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

F679e Fontana Sílvia Aparecida Pereira.

Um estudo sobre a formação profissional do agente comunitário de saúde e sua relação com a atuação no contexto da estratégia de saúde da família / Sílvia Aparecida Pereira Fontana ; orientadora : Janine Moreira. – Criciúma, SC : Ed. do Autor, 2015.

137 p. ; 21 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Educação, Criciúma, 2015.

1. Agentes comunitários de saúde – Formação.  
2. Formação profissional. 3. Educação em saúde. 4. Saúde da Família. I. Título.

CDD. 22. ed. 362.12


**SILVIA APARECIDA PEREIRA FONTANA**

**“UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO  
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM  
A ATUAÇÃO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA”**

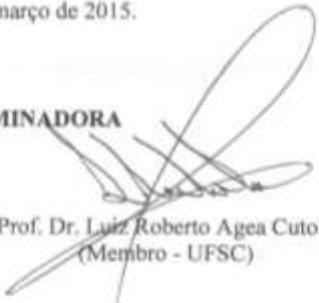
Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Educação no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 31 de março de 2015.


**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dra. Janine Moreira  
(Orientadora - UNESC)



Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo  
(Membro - UFSC)



Prof. Dr. Antonio Serafim Pereira  
(Membro - UNESC)

Prof. Dra. Fabiane Ferraz  
(Suplente - UNESC)

Prof. Dr. Vidalcír Ortigara  
Coordenador do PPGE-UNESC



Silvia Aparecida Pereira Fontana  
Mestranda



Dedico este trabalho a Keler Írio Fontana, esposo, melhor amigo, meu porto seguro. Obrigada por me fazer tão feliz, por ser preocupar comigo, e acima de tudo, por suportar minhas angústias, medos e inseguranças. Obrigada por me fazer entender que a vida é feita de escolhas e de momentos. Agradeço de coração tudo que fez e faz por mim. Amo-te sempre.



## AGRADECIMENTOS

A DEUS pela vida, saúde, sabedoria e por ouvir as minhas preces.

À minha mãe, Maria Salete, por ser a melhor mãe do mundo, meu amor por você é infinito.

Ao pai João Batista *in memoriam*, por ser meu anjo protetor.

À minha família, meus irmãos (Eduardo e Humberto), sobrinhos (João Pedro e Maria Clara) e minhas cunhadas (Carmelina *in memoriam* e Emanoella), por existirem em minha vida. Em especial à Carmem, que me mostrou o que é lutar e amar a vida até o último instante.

Às minhas amigas de sempre, Amanda, Bruna, Carla e Paula. Obrigada por me fazerem esquecer os problemas da vida em nossos encontros. Todas moram em meu coração.

Às amigas enfermeiras Kelli e Silvia. Obrigada por compartilharem comigo no mestrado os momentos de angústias, sofrimentos e também de alegrias dessa caminhada, amei nossa convivência, desejo que sejamos sempre muito próximas.

Às minhas amigas de graduação Ana Paula, Liliana, Margarete, Rosângela, Sirlei e a sempre querida professora Evelyn pelo apoio, risadas, lembranças. Sou muito grata à amizade de vocês. Que sejamos sempre próximas mesmo distantes.

À minha equipe de trabalho da Unidade de Saúde da Vila Beatriz, em especial a amiga Daiana. Dai: você é mais que uma amiga, é uma irmã, obrigada por tudo, principalmente por entender meus momentos de aflição.

À tia Fátima, que além de ótima professora, foi minha parceira corrigindo as produções do mestrado.

À amiga Josiane, pelo incentivo, obrigada por me fazer acreditar que era capaz. Agradeço de coração!

Às amigas de mestrado Aline, Daniela e Ione, por terem compartilhado comigo momentos tão agradáveis no decorrer do curso. Meninas, vocês são poderosas!

A todos os professores do PPGE, pelos ensinamentos.

Aos professores Antônio e Cutolo, pelas valiosas contribuições na Banca de Qualificação.

À querida secretária do PPGE Vanessa, pela dedicação e carinho.

A todos os profissionais de saúde da ESF pesquisada, pela disponibilidade em contribuir com esta pesquisa.

Aos usuários da ESF pesquisada, por se mostrarem tão dispostos e atenciosos comigo durante as entrevistas.

Aos ACS, sujeitos de estudo desta pesquisa. Agradeço de coração a disponibilidade, empenho e carinho. Eu acredito no trabalho de vocês.

A todos os amigos, que de um jeito ou outro, sempre estiveram presentes me dando apoio e coragem.

E o agradecimento mais que especial para a professora orientadora Janine Moreira. Obrigada por ser tão humana e especial, por seu carinho e generosidade. Nunca esquecerei seus ensinamentos, conselhos e sua simplicidade. Agradeço de coração a confiança em mim depositada..





## RESUMO

Esta pesquisa buscou analisar como se dá o processo de formação profissional do Agente Comunitário de Saúde e sua atuação no contexto da Estratégia de Saúde da Família, em um bairro central no Município de Criciúma/ SC. O objeto de estudo é a formação recebida para atuar como membro da ESF, e os sujeitos da pesquisa são os ACS do referido bairro. Para tanto, o trabalho foi organizado da seguinte forma: Educação Permanente em Saúde, Inserção do profissional Agente Comunitário de Saúde no SUS, Quem é o ACS? , Requisitos, atribuições e capacitação do ACS, Profissionalização do ACS e formação. Trata-se de uma pesquisa empírica, qualitativa, que visa como resultado esperado oferecer subsídios para a discussão sobre a formação do ACS. Os dados foram analisados pela análise de categoria. Foram realizadas entrevistas semi estruturadas com os ACS, demais funcionários da ESF e usuários da USF. Os resultados encontrados nesta pesquisa mostraram que os ACS estudados não recebem o curso introdutório de formação inicial e continuada, exigido pela lei 11.350/2006, para atuarem como ACS. Os mesmos iniciaram suas atividades somente com as orientações iniciais repassadas pela responsável da equipe. O processo formativo foi acontecendo no cotidiano do trabalho. Somente após alguns anos receberam a etapa inicial do curso de formação previsto na proposta curricular de formação técnica do ACS, criada em 2004. As etapas seguintes que conferiam a titulação de técnicos não foram concluídas no município estudado. Os resultados também mostram que as ACS em estudo tem clareza de suas funções/atribuições na ESF, no entanto, em função de uma série de fatores como falta/carência de profissionais, ausência de autonomia, acabam desempenhando atividades que não são específicas da sua profissão, caracterizando o desvio de função. As ACS mostraram-se satisfeitas no desempenho do seu trabalho, satisfação essa relacionada em ajudar, acolher o usuário, mas ao mesmo tempo se percebem desvalorizadas, devido ao baixo salário e pouco reconhecimento profissional. Sendo assim, evidenciei com este estudo que os gestores do SUS têm diante de si um desafio importante, que se constitui em oferecer uma formação de qualidade, que venha a atender os desafios do novo modelo de saúde proposto para a ESF, como também de buscar soluções para os entraves estruturais que dificultam o desempenho profissional dentro do SUS.

**Palavras-chave:** Educação Permanente em Saúde. Atuação do Agente Comunitário de Saúde. Formação do Agente Comunitário de Saúde.



## ABSTRACT

This research aimed to analyze how the professional training process of the Community Health Agent and their role in the context of the Family Health Strategy is conducted, in a central neighborhood in the city of Criciúma / SC. The object of the study is the training received to act as member of the FHS, and the subjects of the study are the ACS of the mentioned neighborhood. Thus, the paper was organized as follows: Permanent Healthcare Education, Insertion of the Professional Community Health Agent in SUS, Who are the ACS?, Requirements, responsibilities and training of the ACS, Professional development and training of the ACS. This is an empirical research, qualitative, which aims as an expected result provide insight to the discussion on the training of the ACS. The data was analyzed by category of analysis. Semi-structured interviews were conducted with the ACS, other employees of the ESF and users of the USF. The findings of this study showed that the studied ACS do not receive course of inicial and continuing education, required by law 11.350 / 2006, to act as ACS. They started their activities only with the initial guidelines passed by the responsible of the staff. The training process happened in daily work, in the form of specific training. Only after a few years they received the initial stage of the training course foreseen in the curriculum proposal of technical training of the ACS, established in 2004. The following steps that checked the certification of technicians were not completed in the city studied. The results also show that the ACS under study has clarity of its functions / tasks in the FHS, however, due to a number of factors such as lack / shortage of professionals, lack of autonomy, they end up performing activities that are not specific to their profession, characterizing the deviation of function. The ACS were satisfied in the performance of their work, satisfaction related in helping, receiving the user, but at the same time they notice they were devalued, due to low pay and little professional recognition. Thus, the study showed that the SUS managers are faced with a major challenge, which is to offer a quality training that will meet the challenges of the new health model proposed for the ESF, as well as to seek solutions to the structural barriers that hinder the job performance within the SUS.

**Keywords:** Permanent Healthcare Education. Role of the Community Health Agent. Community Health Agent Training.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACE - Agente de Combate às Endemias  
ACS - Agente Comunitário de Saúde  
APS – Atenção Primária da Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
CONEP - Comissão Nacional de Saúde  
EFOS- Escola de Formação em Saúde  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
MS - Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PNACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários  
PNEPS- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PSF - Programa Saúde da Família  
SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense  
USF - Unidade de Saúde da Família  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido





## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO .....	21
1.2 PERCURSO METODOLÓGICO .....	30
<b>1.2.1 Abordagem da Pesquisa</b> .....	<b>31</b>
<b>3 A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SUS</b> .....	<b>45</b>
3.1 QUEM É O ACS? .....	49
3.2 REQUISITOS, ATRIBUIÇÕES E CAPACITAÇÃO DO ACS .....	50
3.3 PROFISSIONALIZAÇÃO DO ACS E FORMAÇÃO .....	58
<b>4 FORMAÇÃO E TRABALHO DO ACS</b> .....	<b>71</b>
4.1 FORMAÇÃO DO ACS .....	71
4.2 FUNÇÃO DESEMPENHADA PELOS ACS .....	83
4.3 ENTENDIMENTO DO TRABALHO DO ACS .....	91
4.4 SENTIMENTO EM RELAÇÃO SECUNDÁRIA À EXECUÇÃO DO SEU TRABALHO .....	99
4.5 RELAÇÃO DAS ACS COM A COMUNIDADE .....	105
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>114</b>
<b>APÊNDICE(S)</b> .....	<b>120</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	<b>121</b>
<b>APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	<b>122</b>
<b>APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	<b>123</b>
<b>APÊNDICE D – Transcrição da Entrevista com ACS</b> .....	<b>124</b>
<b>APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> ...	<b>136</b>



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

O então Programa Saúde da Família (PSF) – hoje Estratégia Saúde da Família (ESF) - foi estruturado no ano de 1993, dentro de uma proposta de implementação da APS (Atenção Primária da Saúde) (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010). Faz-se necessário conceituar o termo APS para entendermos onde a ESF se localiza.

O termo é uma tradução habitual do que a língua inglesa chamou de Primary Care[...]Primary significa primordial, principal, fundamental, essencial. A língua portuguesa não tem sido tão generosa com a tradução corretamente utilizada no Brasil. (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010, p.55)

A palavra Primário em português significa “elementar, rudimentar, acanhado, limitado, medíocre” (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010, p.55).

Se pararmos para refletir, notaremos que é recorrente nos documentos oficiais do Ministério da Saúde dirigindo-se à APS a utilização do termo Atenção Básica da Saúde (ABS). Se consultarmos o dicionário, teremos um significado mais expressivo da palavra básico, “o que serve de base, essencial, principal, fundamental” (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010, p.56). Assim, o termo “Básico” em português se aproxima do sentido do termo “Primário” na língua inglesa.

A palavra care da expressão Primary Care é, sem dúvida, a menos polêmica. Algumas vezes é traduzida como cuidado, outras como atenção, ou ainda como assistência. Sendo que hoje, a palavra cuidado melhor traduziria o que se pretende em termos de construção teórico-prática da APS” (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010, p.56).

Os autores acima nos dizem que a APS não tem um sentido único, por vezes, as apropriações, usos e sentidos têm sido utilizados “tanto por forças conservadoras quanto por forças progressistas [...] não existe um sentido de APS que não esteja impregnado de uma concepção saúde-doença como pressuposto” (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010, p.56). Hoje, as forças conservadoras e progressistas negociam entre si. As forças conservadoras preocupam-se com os custos do setor saúde, e visualizam na APS a possibilidade de economia, ao passo que os

progressistas se ocupam com as desigualdades sanitárias e vislumbra a hipótese de se construir cidadania pelo enfoque da saúde.

Podemos classificar a APS em três modalidades, a seguir:

**Atenção Primária Seletiva:** Caracteriza-se por criação de programas de impacto a comunidades específicas (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010).

Voltada a atender a classe mais desfavorecida (pobre), como exemplo o PSF, que foi desenhado para o mapa da fome no Brasil, a época eram cerca de 32 milhões de brasileiros famintos. Era exclusivamente voltada aos excluídos (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010).

**Atenção Primária Clássica:** Baseia-se em prevalência, centra o atendimento clínico, baseia-se nas doenças mais comuns, no indivíduo e no médico. É médico-centrada, doença-centrada, o médico tem a capacidade de recuperar a saúde da maioria dos sujeitos. Não possibilita a interdisciplinaridade, os demais profissionais não participam. Não promove educação em saúde, tampouco prevenção, é apenas a figura do médico resolutivo (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010).

**Atenção Primária de Saúde Ampliada:** Está baseada na Vigilância da Saúde, no cuidado transversal, na integralidade das ações (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010). Vinculada às ações integrais da saúde, ela trata, cura e recupera, também realiza atividades de promoção e prevenção de doenças. É interdisciplinar, não se centra na figura do médico, é equipe-centrada, trabalha com a adscrição da clientela. Trata-se de um novo modelo de tratar doenças, não se destina apenas aos excluídos (pobres). Segundo os autores, é essa APS Ampliada que o governo resolveu chamar de Atenção Básica. Sendo utilizado o significado de básico como essencial, mesmo que o senso comum considere básico como simples. Aqui entra a ESF como uma estratégia de reorganização de atenção à saúde.

Desta forma, o PSF, desenhando em 1993 e consolidado em 1994, era um programa seletivo, voltado aos excluídos. Quando se tornou ESF deixou de ser um programa para pobres e passou a ser uma estratégia ampliada de atenção, não nos permitindo utilizar um termo como sinônimo do outro, pois são considerados modelos diferentes de atenção.

Faz-se necessário elucidar que antes da criação do PSF propriamente dito existia um pré-projeto (ideia inicial), chamado Programa Saúde Comunitária. Este programa assemelha-se com o PSF na composição da equipe, no entanto, contava com psicólogo e dentista. Todos os pressupostos do Programa Saúde Comunitária eram centrados

na comunidade e não na família. A mudança de nome, de Saúde Comunitária para Saúde da Família, embora aparentemente inofensiva, está carregada de ideologia (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010).

A primeira questão que se coloca é porque Saúde Comunitária é uma nomenclatura diretamente relacionada ao Movimento de Medicina Geral Comunitária, que, por sua vez, foi uma das sementes do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, germinadas na primeira metade da década de 1970. (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010, p.67)

A outra questão é que quando se estabelece a família como foco de atenção, “a determinação social perde sua força como produtora de saúde e doença e, conseqüentemente, a intervenção sobre ela perde sentido” (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010, p.67).

A criação do PSF foi uma tentativa de mudar este pressuposto, o foco passa a ser a família, mesmo que não se proceda assim na prática. Com a mudança de nome, os problemas passam a ser, teoricamente, familiares e não comunitários, embora, do modo como foi concebido, ele não corresponda a esta redução de atender à família, estando seus princípios voltados para atender mais a comunidade do que a família. Tal assertiva pode ser confirmada com os autores a seguir.

[...] o PSF tem como princípio atender muito mais a comunidade do que a família propriamente dita. A base territorial não é familiar, porém não se trata de negar a família como estrutura social, mas colocá-la em seu lugar, submetida à organização da sociedade. (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010, p.67)

Os autores fazem a crítica do termo porque, desta forma, os problemas passam a ser vistos como sendo familiares e não comunitários, culpabilizando-se a vítima. Isso demonstra que a mudança de nome foi uma atitude conservadora, e que essa alteração de nome signifique que o PSF tinha seu foco na saúde-familiar. “Não há como procurar um marco teórico da saúde familiar no PSF, ele não existe, a base do PSF é o território onde vivem famílias compostas por pessoas” (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010, p.67).

A mudança de Programa Saúde da Família para Estratégia de Saúde da Família deve-se ao fato desse programa não atender mais ao projeto político em voga, pensava-se em algo maior. Assim, ele deixa de ser apenas um programa e ganha corpo de uma estratégia que reorientaria o modelo de atenção até então vigente, surgindo então, a ESF. “O PSF deixou de ter as limitações de um programa [...] mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a APS e consolidou os princípios do SUS, portanto não poderia ser mais lido como programa” (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2010, p.68).

Em 2006, foi aprovada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 648, de 28 de março, que diz respeito à aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, descrevendo com clareza o que considera ABS:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p.1)

Esse modo de ver a APS está relacionado com a modalidade de atenção primária de saúde ampliada, a que originou a ESF. Passaram-se oito anos da aprovação desta Portaria que consolida a atenção básica, mas ainda estamos longe de sua efetivação tal como é legislada. A ESF é, sem dúvida, uma estratégia completa de atenção, que visa atender os sujeitos em todas as dimensões, mas o que temos na atualidade ainda é

uma saúde fragmentada, baseada na clínica médica e em resolução de problemas, com pouca ou quase nenhuma interdisciplinaridade e sem participação social.

A Estratégia de Saúde da Família é composta por uma equipe multiprofissional, constituída por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Este tem se revelado um dos atores centrais no que diz respeito à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos.

Sendo o ACS um morador do bairro ou região onde atua, o intuito é que ele contribua significativamente para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) e para o aumento da eficácia das ações de educação para a saúde, pois ele compartilha o mesmo contexto social, cultural e linguístico de sua área de atuação, é conhecedor do local e é conhecido pela população, sendo “um deles”, o que facilitaria a relação entre ambos. Ele tem a incumbência de visitar todas as casas do território sob sua responsabilidade, anotar tudo o que possa contribuir para a melhoria da saúde da comunidade, passando a ser o elo entre a comunidade e a UBS.

Percebo o Agente de Saúde como um profissional importante no contexto da ESF, na prática, entretanto, o ACS restringe-se a visitar as famílias, recolher assinaturas e distribuir informações referentes a agendamento de consultas e reuniões, funções nas quais a comunidade atribui a ele, como tenho observado na qualidade de enfermeira de uma ESF. Outro ponto observado relaciona-se ao desvio de funções do ACS, o mesmo desenvolve atividades que não se referem especificamente às suas atribuições, já mencionadas anteriormente. Desempenham funções administrativas, por vezes, cobrindo faltas de trabalhadores do setor administrativo, da recepção e até mesmo da equipe de higienização. Parece que seu trabalho pode ser substituído com muita naturalidade, é visto pelos demais colegas de trabalho como “o quebra-galho”, inferiorizando sua atividade, se comparada aos demais profissionais da ESF e da própria UBS.

Penso que a comunidade em geral, e a própria equipe de saúde, conseguirá ampliar seu olhar sobre o papel profissional e social do ACS quando, de fato, suas funções e atribuições estabelecidas pela legislação forem efetivadas na prática, ou seja, no desempenho de suas atividades cotidianas. E isto implica em se oferecer formação, ambiente, estrutura e autonomia necessária para o seu desenvolvimento e crescimento profissional, assim como garantia de melhores condições de trabalho e remuneração.

A formação do ACS busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional, possibilitando aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de planejamento, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários, como ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho (BRASIL, 2004).

Para que esta coesão entre o papel profissional e social do ACS, em termos do que é legislado e do que é vivenciado na prática dos serviços de saúde, ocorra precisamos resgatar alguns pontos que, sob meu olhar de pesquisadora, acabam interferindo e prejudicando a prática deste profissional. O ACS possui uma imensa variedade de atividades, as quais, muitas vezes, não seguem a direção do papel que deveria exercer na atenção básica. Estas questões, interrogações decorrem de minha inquietação como enfermeira de ESF. Como ele está sendo preparado? Qual sua formação para desempenhar seu papel? Como ele é percebido pelos demais membros da equipe? Qual seu vínculo empregatício? Por que os mesmos são desviados de sua função, desempenhando papel de outros profissionais?

Para desvelar tais interrogações, me reportarei à trajetória de Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, função que exerci por quase dez anos, presenciando situações que me deixaram bastante inquieta em relação ao trabalho realizado no Programa Saúde da Família, hoje, Estratégia Saúde da Família, em especial, em relação à figura do ACS.

Uma destas inquietações relaciona-se com o preparo e a formação dos agentes. Na realidade, na maioria dos municípios pequenos, eles iniciam seu trabalho sem receber formação inicial, são orientados pela enfermeira responsável pelo programa, caracterizando um processo formativo aligeirado, aprendendo o mínimo possível de instrumentos para desenvolverem na prática. Trata-se de uma pseudoformação, no sentido de breve formação. As autoras abaixo encontraram a mesma situação em que os ACS, apesar de desenvolverem uma atividade de grande responsabilidade e complexidade, com função educativa, na maioria das vezes recebem uma formação ligada ao serviço. Ou seja, aprendem no dia a dia, seguindo as orientações prévias recebidas pelo enfermeiro responsável. Inicialmente, acompanham as agentes com mais experiência, depois de algum tempo, passam a realizar suas visitas e acompanhar as famílias individualmente.



Apesar de desenvolver um trabalho complexo, caracterizado principalmente pela dimensão educativa, em geral, a sua formação profissional tem-se caracterizado pela precariedade e diversidade [...] a formação profissional restringia-se em geral à capacitação em serviço, realizada pelo enfermeiro supervisor [...]. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.266)

Vale lembrar que há alguns anos atrás o Ministério da Saúde disponibilizou a primeira etapa de formação, que seria parte de um processo mais abrangente, de tornar este profissional técnico em ACS, na qual trabalhei como mediadora e que considerei bastante proveitosa, onde se articulava teoria e prática, com aulas de concentração (em sala de aula) e períodos de dispersão (na área de trabalho). A concentração diz respeito à sala de aula (teoria), devendo abrigar em média 30 alunos, já na dispersão (prática), os ACS realizavam suas atividades em suas unidades de saúde, sendo supervisionados pelos enfermeiros que coordenavam as atividades de campo, essas atividades eram desenvolvidas em seu horário de trabalho, sendo que, para a dispersão, o mediador era responsável no mínimo por 06 ACS, e no máximo por 10 (FOGAÇA, 2011).

Esta mesma capacitação oferecida aos ACS despertou algumas reações negativas por parte dos gestores municipais, visto que, a princípio, ela seria oferecida pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, ficaria sob responsabilidade do município financiar e organizar as capacitações subsequentes. Os gestores questionavam a viabilidade de se investir em capacitação técnica para profissionais que, em função da remuneração, por vezes precária, como também os vínculos empregatícios, acabam não permanecendo por muito tempo nesta função.

Muitos ACS vão procurar formação técnica em outras áreas, visando melhores condições de trabalho e remuneração, financiada com recursos próprios, digo, formação técnica em outras áreas, porque em nossa região não existe escola que ofereça formação técnica em Agente Comunitário de Saúde.

Desta forma, percebo que o ACS é visto pela comunidade, por alguns colegas da UBS, como também pelo gestor municipal, como um profissional menos importante, se comparado aos demais membros da equipe. Parece-me claro que este rótulo atribuído ao agente está

relacionado com o desvio de sua função, ao não cumprimento das suas atribuições delimitadas na lei, citada anteriormente. Qualquer atividade que tenha que ser trabalhada com a comunidade e com as famílias é dispensado aos mesmos, embora, muitas vezes, desvinculadas do âmbito da saúde, como identificar crianças que estão fora da escola, repassar reclamações de depósitos de lixo, de buracos nas ruas, até identificação de gados.

[...] o desvio de função denota a compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado, segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.267)

A questão do salário é importante na problematização destas questões. Se compararmos o seu salário com os demais membros da equipe, a situação revela-se ainda mais crítica, alguns municípios pagam um pouco mais de um salário mínimo, enquanto outros ficam apenas no mínimo, sem gratificação e vantagens salariais. O sentimento de desvalorização, que é compartilhado por todos os membros da equipe em que atuo, torna-se evidente quando consideramos o ACS como elo entre a Unidade e a Comunidade.

A Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, do Ministério da Saúde, que aprova as normas e diretrizes do programa de ACS e do PSF (BRASIL, 1997), estabeleceu as atribuições dos ACS, estabeleceu também as condições para a formação desses profissionais, a qual preconizava que a capacitação em serviço acontecesse de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do enfermeiro supervisor e com participação dos demais profissionais da equipe (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A qualificação profissional é composta por três dimensões: a conceitual - ligada à formação profissional -, a qualificação experimental - ligada ao conteúdo da formação, incluindo o saber do senso comum -, e a qualificação social - que se refere à qualificação no âmbito das relações sociais (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Por essa perspectiva, se analisarmos as características da qualificação predominante dos ACS até o momento anterior à proposição da

formação técnica, temos uma qualificação classificada, então, como de nível básico da educação profissional, portanto, não regulamentada, sem pré-requisitos e que não confere habilitação. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.267)

Somente em 2004 foi traçado um perfil de competências que definiu o trabalho e a formação dos ACS, foi criado um referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Tal curso tem por objetivo ir além da capacitação básica que era oferecida anteriormente, com cursos rápidos e treinamentos em serviço (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

No entanto, mesmo com a disposição de um referencial curricular para a formação técnica do ACS, o que observo na equipe de Saúde da Família onde trabalho é que ainda permanece o modelo de capacitação fragmentado, rápido, realizado no próprio espaço da unidade e coordenado pelo enfermeiro responsável.

Considerando estes aspectos, esta pesquisa procurará responder a seguinte questão: Qual a formação profissional do Agente Comunitário de Saúde e sua relação com a atuação no contexto da Estratégia de Saúde da Família?

Para levantar esta questão, os seguintes objetivos foram traçados:

## OBJETIVO GERAL

Analisar a formação profissional do Agente Comunitário de Saúde e sua relação com a atuação no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar qual a formação recebida pelo ACS;
- b) Analisar as funções desempenhadas pelo ACS na comunidade;
- c) Identificar como o ACS entende seu próprio trabalho;
- d) Analisar como o ACS se sente na execução de seu trabalho diário.

## 1.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste estudo, a metodologia é entendida como o “caminho e o instrumento próprio de abordagem da realidade” (MINAYO, 1998, p. 83).

De acordo com Minayo (2008, p.44), a metodologia é definida:

(a) como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer; (b) como a apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; (c) e como o que denominei “criatividade do pesquisador”, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações científicas.

De acordo com a autora, podemos entender metodologia desde a localização epistemológica da pesquisa até o caminho instrumental para abordagem da realidade, que inclui o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade, assim como o potencial criativo do pesquisador.

### **1.2.1 Abordagem da Pesquisa**

Esta pesquisa se constitui como uma pesquisa empírica, qualitativa, que visa, como resultado esperado, oferecer subsídios para a discussão sobre a formação do Agente Comunitário de Saúde e sua relação com a atuação no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2008, p.57)

Este conceito nos leva a várias interpretações, ou seja, a abordagem qualitativa se conforma adequadamente em investigações de grupos, ou segmentos delimitados, bem como pode ser utilizada nas histórias sociais, ou ainda para análises de discursos e documentos, permitindo o desvelamento de processos sociais ainda pouco conhecidos, propiciando novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos, e se caracteriza basicamente pela empiria (MINAYO, 2008).

### **1.2.2 Contexto e Procedimento da Pesquisa**

O estudo foi desenvolvido no Município de Criciúma, em um bairro próximo à região central. Escolhi pesquisar esta ESF em função da Unidade de Saúde da Família (USF) ser próxima da minha residência, e por querer compreender como se dá o processo de formação profissional do ACS, e como ele é visto pelos demais componentes desta equipe em um contexto diferente do meu.

Atualmente, a estrutura física desta unidade de saúde é dividida da seguinte forma: Recepção, Triagem, Sala de Vacina, Sala da Enfermeira, Farmácia, Consultório médico, Sala de Curativo, Sanitário, Sala de Preventivo com sanitário, Sala de Procedimentos, Expurgo, Sala de Esterilização, Copa e Sala de Reuniões.

Nesta Unidade de Saúde da Família, a população conta com grupos terapêuticos de gestante, hipertenso, diabético e tabagismo, realizado pela equipe, além dos serviços estabelecidos como procedimentos, aconselhamento, consultas, visitas domiciliares, entre outros.

A população abrangente desta USF é de 3.998 habitantes. A estratégia de Saúde da Família está dividida em cinco micro áreas, e conta com uma equipe composta de: 01 enfermeira, 01 médico, 02 técnicos de enfermagem, 05 Agentes Comunitários de Saúde, 01 auxiliar de limpeza.

Uma equipe de ESF composta por esse total de habitantes merece ser problematizada. Embora a legislação da ESF nos diga que cada equipe pode ser responsável pelo acompanhamento de, no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, se torna quase impossível trabalhar de forma integral com as famílias com esse número de cadastrados.

Sem dúvida, é preciso reconhecer os avanços advindos com o surgimento da ESF e com a reorganização do modelo de saúde, mas também se faz necessário refletir que a maneira como está sendo trabalhada a ESF não legitima a reorganização do modelo assistencial, que é trabalhar com promoção e prevenção da saúde, visando à integralidade das ações. Quando se tem uma região composta por um número tão expressivo de habitantes, o máximo que se pode fazer é reproduzir o modelo biomédico, conservador, baseado em clínica, que visa o diagnóstico e tratamento, esquecendo-se da promoção e prevenção.

### **1.2.3 Participantes da Pesquisa**

Participaram deste estudo os 05 ACS e todos os demais 05 membros da equipe que trabalham na ESF do bairro selecionado no Município de Criciúma. Também participaram 10 usuários do serviço desta Unidade, os quais foram escolhidos aleatoriamente dentre as pessoas da área de abrangência de atuação dos ACS do bairro em questão, conforme se dirigiam à UBS, no período de 24/03/2014 à 27/05/2014.

Os ACS são os participantes centrais da pesquisa, sendo os usuários e demais profissionais de saúde considerados “informantes críticos” desta pesquisa, uma vez que não se constituem no objeto de estudo propriamente dito.

De acordo com Gómes, Flores e Jiménez (1996), informantes críticos podem ser descritos como: a seleção de pessoas que prestam ao pesquisador informações necessárias para compreender o significado e as ações que ocorrem em um determinado contexto. Optei por assim considerar os usuários para termos uma noção se a formação que o ACS

recebe reflete no seu processo de trabalho, no desempenho de suas atribuições, sob o olhar dos usuários, mesmo que o objetivo primordial esteja em reconhecer se a formação que o mesmo recebe é capaz de atender ou não a este novo modelo de atenção, que a ESF preconiza baseado na integralidade das ações. E consideramos os demais profissionais da equipe de ESF como informantes críticos para complementarmos nossa visão acerca do trabalho do ACS.

#### **1.2.4 Instrumentos de Pesquisa**

O presente estudo utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. As entrevistas com os profissionais foram gravadas com autorização por escrito dos participantes da pesquisa. A seguir foram transcritas, devolvidas aos profissionais para sua autorização final do uso de seu conteúdo na pesquisa. Na transcrição foi respeitada a fala dos entrevistados, tendo sido corrigidos alguns vícios de linguagem. As entrevistas com os usuários não foram gravadas. Durante sua realização as ideias foram registradas manualmente e mostradas ao entrevistado logo após, para sua autorização final do uso das informações. Isto ocorreu porque não seria viável voltar a cada usuário posteriormente para esta última autorização.

Para esta modalidade de abordagem, o roteiro deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. Os tópicos devem funcionar apenas como lembretes, devendo, na medida do possível, ser memorizados pelo investigador quando está em campo. [...] o roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas *conversas* e a absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância. (MINAYO, 2008, p.191)

Sendo assim, o roteiro deve possibilitar a conversa, o diálogo sobre as experiências do entrevistado, o roteiro não deve ser escrito de modo que induza a resposta do tipo sim ou não. A linguagem da entrevista deve permitir as várias narrativas possíveis das experiências, das vivências que o entrevistador vai avaliar, bem como as interpretações que o entrevistado emite sobre elas. Buscou-se garantir as

entrevistas desta forma, como se pode notar nas transcrições, sendo que uma delas é apresentada como exemplo no Apêndice D.

O Apêndice A consiste no roteiro da entrevista realizada com os agentes comunitários de saúde; o Apêndice B no roteiro com os demais profissionais da unidade de saúde e o Apêndice C com os usuários.

O trabalho de campo foi organizado do seguinte modo:

1º MOMENTO: Apresentação do projeto de pesquisa para a Enfermeira responsável pela ESF, posteriormente, apresentação para os Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais da equipe.

2º MOMENTO: Início das entrevistas, todas individuais. As primeiras entrevistas foram realizadas com as ACS, posteriormente com os demais membros da equipe, e finalizei com os usuários. Todas as entrevistas com os profissionais foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade de cada um, visando não atrapalhar a rotina do serviço. As Agentes Comunitárias se mostraram interessadas em participar da pesquisa, bem como os demais membros da equipe. Apenas uma funcionária não se mostrou muito satisfeita, no primeiro momento disse que não queria se comprometer, posteriormente, me abordou dizendo que tinha mudado de ideia e que aceitaria participar. Vale lembrar que todas participaram por vontade própria, sem cobranças da pesquisadora ou da responsável pela equipe. Já as entrevistas com os usuários foram realizadas com aqueles que compareceram na unidade de saúde no período de março a maio de 2014, nos dias em que eu estava presente e havia determinado para a realização das mesmas, assim ocorreu com sete usuários. Os outros três usuários foram entrevistados em seus domicílios; foram somente três porque não seria possível realizar as entrevistas com todos eles no domicílio uma vez que as entrevistas em casa demandam maior tempo; acreditava que os entrevistados, por estarem em seus espaços, se permitiriam dialogar mais, se sentiriam mais a vontade. Então, solicitei às ACS que me levassem em uma micro área, visto que não conhecia o território desta equipe; assim que chegamos, pedi permissão a cada um destes três moradores para entrar e apresentar o roteiro de entrevistas. Após este processo, questionei a cada usuário se gostaria de participar da pesquisa, de comum acordo, realizei as entrevistas. Ressalto que os ACSs não estavam presentes no momento da conversa, para evitar constrangimento do participante nas respostas, e também para não induzi-lo a responder de modo que o agradasse, ou mesmo para evitar



que se comprometesse a figura do profissional do qual se haveria de falar.

Com o término das entrevistas pude constatar que tanto as entrevistas realizadas no domicílio, bem como as realizadas na própria unidade de saúde, não apresentaram diferenças significativas nas respostas, acredito que os entrevistados falaram o que pensavam indiferente do espaço em que estavam.

3º MOMENTO: Organização e análise dos dados. Para assegurar e garantir a privacidade dos participantes, todos foram identificados por sua designação genérica (Usuário, ACS, Enfermeira...) e por número quando existiam mais de uma pessoa com a mesma designação (ACS 1, ACS 2, Usuário 1...).

### 1.2.5 Análise dos Dados

Utilizei como técnica de análise dos dados a análise por categoria proposta por Gomes (1994). Optei em utilizar a análise por categorias porque elas servem para nos orientar desde a coleta de dados, nos permitem organizar a busca pelos dados. Não estabeleci as categorias pós-análise porque optei por uma análise mais livre e geral.

A palavra *categoria*, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à ideia de *classe ou série*. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. Esse tipo requer uma fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador. Já as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas. (GOMES, 1994, p.70, grifos do autor)

As categorias foram pré-estabelecidas em função dos objetivos propostos, sendo elas:

- 1) Formação do ACS
- 2) Função desempenhada pelos ACS
- 3) Entendimento sobre seu próprio trabalho
- 4) Sentimento em relação à execução do seu trabalho

Mesmo tendo em vista que os participantes centrais desta pesquisa são os ACS, e que os demais participantes se constituem em informantes críticos, considero pertinente que na análise dos dados sejam apresentadas também suas falas, como um complemento em relação ao olhar do ACS.

### **1.2.6 Aspectos Éticos**

Por ser tratar de uma pesquisa em saúde realizada com seres humanos, faz-se necessário a utilização de um instrumento próprio que ampare a ética de forma legal, garantindo a confiabilidade, legitimidade e veracidade dos resultados encontrados. Neste estudo foram respeitados os preceitos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme previstos na Resolução n.º466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) que aprova e regulamenta as normas e diretrizes de pesquisas com seres humanos.

Assim, foram garantidos aos participantes da pesquisa: assegurar os seus direitos, bem como os deveres do pesquisador, explicação dos objetivos da pesquisa, sua natureza, métodos, objetivos, possíveis riscos, ou ônus financeiro; e como compromisso ético, garantir o sigilo, a privacidade, a proteção da imagem e o total anonimato; a liberdade de participação ou não da pesquisa, bem como o direito de desistência de sua participação em qualquer fase do processo, sem penalização ou prejuízo.

O processo de coleta de dados foi iniciado após explanação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Apêndice E, o qual será armazenado por um período igual ou superior a cinco anos.

A pesquisadora ficou à disposição para qualquer esclarecimento relacionado à pesquisa, em qualquer momento do estudo.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), e aprovado sob o Parecer nº 548.143, em 18/12/2013.

A presente dissertação está dividida nos seguintes capítulos: Educação Permanente em Saúde, onde abordo as diferenças existentes entre Educação Continuada e Educação Permanente na área da saúde constituindo-se em seu segundo capítulo. O terceiro capítulo trata da inserção do profissional ACS no SUS, caracterizando seu papel profissional, bem como seu processo formativo. Este capítulo elucida a trajetória de anos do profissional ACS e os fatos que contribuíram para que este profissional fosse inserido no SUS, especificamente na ESF. E, por fim, o último capítulo apresenta e analisa os dados da empiria, seguido das considerações finais desta pesquisa.

## 2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser definida como:

Estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde [...] A educação permanente pode ser entendida como **aprendizagem-trabalho**, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. (BRASIL, 2005, p.11, grifos do autor)

Na área da saúde, podemos entender a EPS como aquela que visa proporcionar aos profissionais uma prática reflexiva do cotidiano, com o envolvimento da equipe multidisciplinar. Difere da Educação Continuada, no sentido que esta visa o aperfeiçoamento técnico, individual, é instrumentalizadora, quase sempre realizada por categorias profissionais. Nesta última, o aprendizado consiste na transmissão de conteúdos, centrados em conhecimento, busca a atualização contínua dos conhecimentos específicos. A pedagogia é baseada na programação sistemática dos conteúdos, ou seja, os conteúdos são previamente selecionados, não partem da realidade local e não focalizam a transformação das práticas. As atividades educativas são construídas de modo desarticulado em relação à gestão e à organização do sistema. Já a educação permanente é um tipo de educação que permite aos sujeitos envolvidos, sejam usuários, profissionais de saúde e gestores, dialogar, problematizar as práticas de saúde vigentes. Possibilita à equipe multiprofissional criar condições e espaços de aproximação entre sistema de saúde, profissionais e usuários, visando uma atenção integral em saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Já na área da educação, a formação continuada de professores tem relação com atualização, uma forma de educação que possibilite a transmissão de conhecimentos científicos atualizados para os alunos (PRADA; FREITAS; FREITAS, 2010). O conceito de educação continuada foi e ainda é entendido como algo para preencher as lacunas encontradas na formação inicial, ou ainda como método para se ascender na carreira, adquirindo certificados de cursos para melhoria salarial, e não como metodologia de mudança da prática individual e coletiva.

Termos como capacitação, reciclagem e treinamento designam uma concepção tecnicista da educação e foram utilizados como ferramentas de inovação pedagógica ao longo dos anos. Podemos entender capacitação como a capacidade adquirida pelos profissionais através de um curso, considera os sujeitos como incapazes. Já reciclagem é um termo considerado ainda mais inadequado quando se fala em processo de formação, sendo comumente utilizado em processos industriais referentes à recuperação de lixo. E, por fim, o termo treinamento pode ser visto como algo para adquirir habilidades, fazendo uso de repetição, também bastante utilizado em processos industriais, mas em educação, a interação ocorre com pessoas, sendo esta concepção inadequada (PRADA, 1997 *apud* COSTA, 2004).

Hoje, tem-se um novo conceito de formação continuada em educação, visto como ferramenta que auxilia os educadores no processo de ensino-aprendizagem de seus alunos, instigando a buscar novos conhecimentos, tanto para seu desenvolvimento profissional, bem como para a transformação de sua prática. Para tal, a instituição escolar precisa proporcionar recurso e tempo necessário para que os profissionais possam compreender a realidade deste espaço, analisá-la, para, em seguida, transformá-la. Desta forma, pode-se proporcionar através da educação continuada uma melhoria na prática docente individual e coletiva (PRADA; FREITAS; FREITAS, 2010).

A educação continuada passa, então, a ser percebida como um trabalho reflexivo da prática, rompendo com a ideia de formação voltada para o acúmulo de cursos, conhecimentos e técnicas. Através do trabalho reflexivo da sua prática, busca uma forma de reconstrução permanente de uma identidade pessoal e profissional (COSTA, 2004). Essa perspectiva de educação continuada na educação assemelha-se à educação permanente utilizada na saúde, ambas buscam a reflexão da prática, permitem a problematização da realidade.

Fez-se necessário contextualizar e resgatar as aproximações existentes entre os termos abordados na educação e na saúde para entendermos algumas considerações presentes neste trabalho.

Retomando a discussão no campo da saúde, considero que a efetivação da EPS nos serviços de saúde será possível quando todos os atores envolvidos no processo de construção de atenção integral, dispensarem um olhar diferenciado em relação aos usuários, utilizando, para isso, uma ferramenta muito simples, como escutar, compreender e estabelecer vínculos. Perceber que cada sujeito é único e tem suas particularidades, sua subjetividade. Não considero adequado o modo como nós, profissionais de saúde, nos percebemos em relação aos

usuários como donos do saber, acreditamos que a formação recebida nas instituições de ensino, por si só, é suficiente para resolver os problemas de saúde da coletividade. Impomos normas e rotinas e acreditamos que elas sejam cumpridas rigorosamente, afinal, somos nós quem estudamos, acreditamos saber sempre o que é melhor para o outro. Porém, ainda que para esta prática educativa ocorrer seja fundamental um olhar diferenciado do profissional, também são necessárias condições de trabalho possibilitadoras de espaços de “parada para discussão”, juntamente com os profissionais, os gestores e os usuários (nem sempre juntos!) para a discussão das questões cotidianas dos serviços. Estas condições de trabalho envolvem desde o fluxo de trabalho até condições de democracia nos serviços, passando pela confiança necessária entre todos seus participantes. É uma questão individual, cultural e estrutural.

A EPS é uma estratégia que busca a construção de processos mais eficazes para o desenvolvimento dos profissionais de saúde e parte da realidade concreta, é participativa. Entende que as pessoas (usuários, pacientes) só incorporam o aprendizado quando isso faz sentido para elas, e é justamente esta capacidade de desenvolver a autonomia, de estabelecer relações de vínculo com a coletividade que produz sentido para os profissionais e, por que não, para os usuários. Não podemos esquecer que o trabalho de saúde é baseado numa relação entre pessoas e, por isso, precisamos considerar as ideias, os valores e as concepções que cada um traz consigo.

Entendo que o SUS, desde a sua criação, já trouxe uma séria de contribuições e mudanças nas práticas de saúde, porém, não o suficiente para que se assegure o direito constitucional de oferecer saúde de qualidade para todos. Para que novas mudanças ocorram, seria necessário acontecer grandes transformações na formação e desenvolvimento dos profissionais da área (BRASIL, 2005). “Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de **ensinar e aprender**” (BRASIL, 2005, p.5, grifos do autor). Destaco que a formação é muito importante, mas eles devem se cruzar com os aspectos estruturais anteriormente comentados.

Um dos objetivos da educação permanente em saúde está em melhorar a formação dos profissionais e, conseqüentemente, contribuir para o fortalecimento e efetivação do SUS, no sentido de os sujeitos implicados se sentirem capazes deles mesmos realizarem as mudanças que lhes cabem, e de reivindicá-las quando são outras instâncias responsáveis por elas.

No contexto atual, tenho observado que a formação de profissionais da saúde tem se baseado no modelo conservador, voltado para a tecnicidade, especificidade e objetividade, estando este processo de formação totalmente alheio à organização setorial, à gestão e ao olhar crítico sobre o cuidado.

Para ocorrer mudanças nos processos de formação, todos os envolvidos precisam entender que as propostas “não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais, sem levar em conta as realidades locais” (BRASIL, 2005, p.7). As propostas devem surgir de acordo com a realidade de cada local, articuladas entre si, o macro e o micro, e a partir de então, criar uma metodologia que problematize as ações, envolvendo todos os segmentos para a resolução dos problemas.

Nesta realidade local, procura-se levar em consideração todos os atores<sup>1</sup> que atuam na área da saúde, sendo que todos podem ser questionados a repensarem suas práticas, seu envolvimento com a equipe e seu próprio perfil. As instituições de ensino têm um papel importante neste processo de mudança, no sentido de rever o tipo de formação oferecida. “Num trabalho articulado entre o Sistema de Saúde e as instituições de ensino, a educação permanente será capaz de reorganizar, simultaneamente, os serviços e os processos formativos, transformando as práticas educativas e as de saúde”, (BRASIL, 2005, p.8).

A educação problematizadora visa potencializar a aprendizagem do aluno, instiga-o a desenvolver sua visão crítica, permitindo desenvolver sua capacidade de observação da realidade e atuar sobre ela. Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções (BRASIL, 2005, p.7).

Freire, estudioso da educação popular, parte de uma concepção de educação problematizadora, a qual se caracteriza por ser libertadora, dialógica e transformadora. Nas palavras do próprio Freire “a educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar ou de narrar, de transferir, ou de transmitir “conhecimentos” e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação “bancária”, mas um ato cognoscente” (FREIRE, 2011. p.94).

---

<sup>1</sup>Em saúde, os atores são indivíduos, grupos ou instituições capazes de interferir de forma ética e/ou política numa determinada situação, de acordo com um projeto próprio (BRASIL, 2005, p.8).

A educação problematizadora vem para contrapor o que Freire chama de educação bancária, um tipo de educação baseado no depósito de conhecimentos prontos no aluno, onde a relação professor-aluno baseia-se na concepção de que o professor é o detentor do conhecimento e o aluno mero receptor.

Pode-se dizer que o sentido de problematização da teoria freireana e do Ministério da Saúde não é necessariamente o mesmo, ainda que guarde um eixo semelhante, o de pensar a realidade criticamente, situando as situações específicas em seus contextos. Em Freire, não se pode deixar de colocar no eixo da problematização a intenção política de transformação da realidade, no sentido de uma sociedade justa, igualitária e não opressora. Esta intenção também foi a que moveu a Reforma Sanitária Brasileira, movimento que desencadeou o estabelecimento do SUS. Mesmo assim, o fato de o Ministério da Saúde utilizar o termo “problematizadora” não nos autoriza a designarmos esta proposta como alinhada à concepção freireana.

Uma proposta de transformação das práticas de saúde e formação dos profissionais seria oferecer uma educação que possibilite a reflexão crítica em relação ao trabalho executado, assim como possibilite a experimentação da alteridade com a população (CECCIM; FEURWERKER, 2004). Alteridade no sentido de como eu vejo o outro? Como percebo o diferente? E como posso aprender e ensinar com este outro, formando assim, não só profissionais de saúde, e sim profissionais para o SUS?

A ideia da educação permanente em saúde é de que os profissionais possam contribuir com os seus saberes para transformar a prática de saúde e a própria organização institucional. Assim, não basta que estes sejam apenas capacitados<sup>2</sup>, que recebam transmissão de novos conhecimentos, pois o saber técnico sozinho não dá conta de resolver todas as lacunas encontradas no sistema. A formação, a construção de novos saberes terá que envolver também os valores, as ideias, a subjetividade, os aspectos culturais e pessoais que o profissional tem sobre si e sobre o SUS. Por certo, a formação não pode se referenciar apenas em formar sujeitos altamente capacitados, e sim, formar sujeitos que buscam desenvolver ações eficientes para atender aos reais problemas e necessidades de saúde da população e desenvolver a autonomia dos usuários. O profissional de saúde deverá ter em foco

---

<sup>2</sup>Embora, como já visto, na área da educação este termo não seja considerado adequado, na área da saúde e nas bibliografias desta área ele é recorrente, razão pela qual ele estará presente nesta dissertação.



quem nem sempre o que é visto como problema para ele, necessariamente o seja para a população.

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

Destaco que a atualização técnica e científica não poderá ser desconsiderada, mas levando-se em consideração que ela é apenas um aspecto da qualificação profissional e não seu foco central (CECCIM; FEURWERKER, 2004).

Um dos desafios da Educação Permanente está em desenvolver formação de profissionais de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, considerando todos os saberes. A proposta é que se assegure a democratização dos espaços de trabalho, a participação de todos os atores envolvidos no processo de aprender e ensinar, bem como a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o fortalecimento do trabalho coletivo, a melhoria da qualidade da assistência e a humanização do atendimento (BRASIL, 2005).

Cresce a importância de que as práticas educativas configurem dispositivos para a análise da(s) experiência(s) locais; da organização de ações em rede/em cadeia; das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais. (CECCIM, 2005, p.165)

Para que de fato ocorra a efetivação da Educação Permanente e, conseqüentemente, mudança na formação de profissionais da saúde, seria necessária uma reestruturação considerável no setor de ensino em saúde do país. De fato, algumas mudanças ao longo dos anos possibilitaram o desenvolvimento e a introdução, ainda que meio tímido de certo pensamento crítico no setor de formação.

Para a área da saúde a formação não gera somente profissionais para atuarem no mercado de trabalho, a formação em saúde ultrapassa a capacidade técnica e científica desse profissional, envolve o escutar, o interagir, e estes são fatores indispensáveis para a relação entre profissional e usuários, como também para uma adequada resposta assistencial.

Para Ceccim, Feuerwerker (2004 p.49-50):

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Penso que a formação profissional exige continuidade, e enquanto nós, profissionais de saúde, aceitarmos receber formação continuada em serviço, na qual se baseia no acúmulo de informações para serem colocadas em prática, estaremos distantes de efetivar a Educação Permanente em Saúde. A educação permanente, por ser um recurso estratégico para o fortalecimento do trabalho na saúde, deve ser desenvolvida, buscando-se sempre o melhor modo de formar e desenvolver permanentemente os profissionais da saúde.

O próximo capítulo tem por finalidade descrever o universo do ACS, foco deste estudo. Abordarei assuntos como a inserção deste profissional no SUS, quem é o ACS, suas atribuições e requisitos, bem como discutirei aspectos ligados à formação deste para atuar junto às equipes de Saúde da Família, e se a formação que ele recebe possibilita ou não a mudança de modelo preconizada pela ESF.

### **3 A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SUS**

Este capítulo pretende apresentar o ACS, por ser o sujeito principal desta pesquisa, descrevendo quem é, suas funções e atribuições, bem como entender seu processo de formação para o trabalho.

Para podermos conhecer melhor o sujeito ACS e contextualizá-lo no cenário das políticas públicas de atenção à saúde, percebo a necessidade de se fazer um breve histórico sobre como se desenvolveram as ações de saúde no Brasil. Este relato é importante para que se possa ter uma ideia básica do surgimento do que veio a ser um sujeito imprescindível nas equipes de saúde.

Atualmente, a saúde é vista como direito de todos e dever do Estado, mas nem sempre foi assim. Por volta de 1866, aconteceram às primeiras organizações populares, elas representavam a primeira forma de participação popular no enfrentamento das questões de saúde (VASCONCELOS, 2001). Nesta época, os poucos serviços de saúde que atendiam as classes carentes e populares eram as Santas Casas de Misericórdia, comandadas e organizadas pela igreja católica, com o apoio da elite. “Nelas, a assistência médica aos trabalhadores era vista como caridade e não como direito. Aos trabalhadores só cabia à gratidão e não a participação” (VASCONCELOS, 2001, p. 76-77).

Historicamente, foram anos de luta para que se pudesse chegar ao atual SUS. Se resgatarmos a história das políticas públicas de saúde no Brasil, visualizaremos um período de muitas lutas e grandes transições, lutas estas que contaram com o envolvimento de atores sociais, de profissionais de saúde, que começaram a mostrar sua insatisfação, e buscaram substituir as práticas até então vigentes, centradas no tecnicismo e no hospital, por algo que fosse mais resolutivo e significativo para a população.

Neste contexto, devemos destacar que toda esta trajetória percorrida pelos movimentos sociais resultou no processo da tão almejada Reforma Sanitária, que exigia uma nova postura do Estado, uma mudança na lógica burocrática, a qual concentrava poder; a Reforma pedia uma leal distribuição de renda, reivindicava a participação ativa na construção desse novo Estado, com intenções democráticas, visualizava um Sistema Único de Saúde que pudesse garantir atenção à saúde para toda a população de forma universal (BAPTISTA, 2007).

Em 1986, o Ministério da Saúde convocou os técnicos, gestores e usuários da saúde para discutirem a reforma do sistema, realizando a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). Esta conferência possibilitou aos técnicos da saúde e à comunidade geral chegarem ao consenso da necessidade urgente de uma ampla reforma sanitária no País, uma nova política setorial (BAPTISTA, 2007).

Segundo Faria:

A conferência reuniu cerca de 4.000 pessoas nos debates, e aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas. Após 20 anos de ditadura, conquistava-se o direito à participação; após séculos de desassistência, falava-se na definição de um modelo protetor com a garantia do direito à saúde integral. (FARIA 1997 apud BAPTISTA, 2007, p.49)

No ano de 1987 ocorria a discussão da Assembleia Nacional Constituinte, desta forma, o movimento sanitário alia-se com a frente parlamentar ligada à saúde, conseguindo a aprovação do texto constitucional que afirma ser a saúde um direito de todos e dever do Estado, possibilitando a participação dos movimentos sociais na construção de políticas públicas de saúde, descentralizando os serviços através da implantação do Sistema Único de Saúde (MENDES, 1993).

O SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos públicos federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, e complementarmente pela iniciativa privada (MENDES, 1993). O SUS não deve ser visto como um sucessor do INAMPS, e sim um novo sistema de saúde que ainda está em construção.

Desta forma, podemos constatar que o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas pode ser definido como um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que busca uma finalidade: promoção, proteção e recuperação da saúde da população. E é neste cenário de transições que o PSF, precursor do ESF, teve seu início.

Retrocedendo ao PSF, em 1987 teve início o Programa de Agentes de Saúde no Ceará, foi a primeira vez que se trabalhou com um número expressivo de profissionais para solucionar um problema emergencial pelo qual passava o estado. Eram contratadas as pessoas

mais pobres, geralmente mulheres, com intuito de melhorar as condições econômicas desse mesmo grupo (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007). Este programa tinha objetivos duplos (APS seletiva), ou seja, oferecer emprego para as mulheres residentes na área da seca e regiões carentes, e contribuir para a queda da mortalidade infantil. Essas mulheres priorizavam ações de saúde da mulher e da criança, desenvolvendo ações básicas como: terapia de reidratação oral, vacinação, orientação em relação ao aleitamento materno.

[...] a inserção dos agentes comunitários de saúde (ACS) na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) é ainda percebida como uma forma complementar de responder à necessidade de criar emprego e renda para as populações excluídas da política social, independente da afirmação de seus direitos sociais. (MENDONÇA, 2004, p.04)

Ainda nos dias atuais, percebe-se que a contratação de ACS está ligada à necessidade de se criar emprego e renda, uma vez que, na prática, a maioria desses profissionais que conheço não consegue efetivar seus direitos garantidos em lei de exercer suas atribuições, quase sempre são desviados para o exercício das mais variadas funções dentro da unidade de saúde.

Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), “institucionalizando uma série de experiências práticas em saúde que se desenvolviam em diversas regiões do país, porém de forma isolada e focal, atendendo populações em situação de maior risco à saúde” (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.265). Em 1992 o então PNACS transformou-se em PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde).

O PACS destinava-se a atender inicialmente o grupo materno infantil, e a posteriori estendeu suas ações apoiando e fortalecendo a atenção básica em saúde nos municípios. Neste contexto, as funções dos ACS estavam ligadas ao atendimento a gestantes e a crianças. Mais tarde, decorrente de algumas epidemias que ocorreram no país, o PACS passou a enfatizar a prevenção e o controle de doenças (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007). O PACS pode ser considerado como uma estratégia transitória para o PSF.

Em 1994 é criado o PSF, aumentando a atuação do ACS; por ser um programa constituído por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, foi visto como mais adequado para atender as

necessidades de saúde da população (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Em ambos os programas, PACS e PSF:

O ACS é o trabalhador sobre o qual recaem funções estratégicas para a viabilização das metas da atenção preconizada: ser a ponte entre o serviço e a comunidade, estabelecendo aproximações e desenvolvendo vínculos com a população das comunidades atendidas. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.266)

É preciso entender o papel de trabalhadores únicos e singulares no SUS, e compreender a ambiguidade de seu trabalho, “que, por sua vivência singular de membro de comunidade, vê seus conhecimentos de caráter popular postos em diálogo ou mesmo em contraposição com o conhecimento científico fruto das experiências de formação/profissionalização” (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.266).

Considerando esta ambiguidade, pode-se questionar a formação recebida pelo ACS, que acontece de forma aligeirada e em serviço. Desta forma, que condições são oferecidas aos ACS para adquirirem o conhecimento científico necessário para a execução de suas atribuições dispostas em forma de lei? Os ACS são valorizados por serem participantes da cultura popular, por advirem da comunidade, mas, ao mesmo tempo, precisam de conhecimentos técnicos, científicos, que são próprios da profissão. No entanto, a formação oferecida de forma aligeirada quase sempre está relacionada com a transmissão de informações sistematizadas e técnicas e, no caso do ACS, diz respeito ao correto preenchimento de fichas e relatórios. Não ocorre uma reflexão conjunta de todos sobre o trabalho. Desta maneira, como atrelar estas informações àquelas que os ACS trazem consigo, adquiridas no seu meio de convívio junto à comunidade? Como atuar como ponte e elo entre equipe e unidade de saúde? Será que o ACS consegue exercer esse papel de tradutor com os conhecimentos que adquire junto à equipe? Como profissional de saúde, permito-me questionar se já não é hora de respeitar esse conhecimento popular do ACS, de reconhecê-lo como povo, falando para o povo, e melhor, fazendo-se ser entendido pelo povo, talvez fosse a melhor maneira de conseguirmos este tão falado e comentado elo entre equipe e comunidade.

Para que ocorra a valorização da profissão de ACS se faz necessário sabermos quem é esse agente, quais suas funções e atribuições e por que é considerado um personagem híbrido e polifônico (NUNES et al., 2002). Híbrido, porque é um profissional de saúde, mas não tem formação técnica para tal; é subordinado à enfermeira, mas não é profissional da enfermagem. E polifônico, porque tramita nos dois universos, o científico e o popular.

### 3.1 QUEM É O ACS?

Podemos descrever o ACS como um trabalhador que integra a equipe de saúde local, realiza cuidados primários às famílias de sua comunidade, auxiliando as pessoas a cuidarem de si e de sua própria saúde, seja através de ações individuais como coletivas (TUNES, 1995).

Também, como diz Fogaça (2011, p.30):

Podemos entender que a denominação *Agente Comunitário* venha para designar aquele que tem sua ação, elemento propulsor, ativo e atuante numa determinada comunidade, que tenha com ela algum traço comum ou afinidade e a adição do termo Saúde, complementando então para Agente Comunitário de *Saúde*, para agir dentro da comunidade em assuntos relacionados à saúde (grifo do original).

Complementando esta informação, o ACS é um sujeito de amplas funções, trabalha no atendimento da saúde da população através de orientações, encaminhamentos, informações sobre cuidados com a saúde e que deve, acima de tudo, acreditar no potencial de vida da população.

É um morador do bairro onde atua, é geralmente selecionado por um processo seletivo, através de prova ou entrevista, sua principal função é acompanhar e orientar cerca de 100 a 250 famílias, conforme atuação na zona rural ou urbana. Não pode ser visto como médico, nem enfermeiro, não podem realizar procedimentos técnicos como vacina, curativos e consultas. Sua maior ferramenta de trabalho é a Visita Domiciliar, sendo assim, sai nas ruas, bate de porta em porta, na tentativa de identificar situações de risco e encaminhá-las para a Unidade de Saúde no intuito de que seja resolvido pela equipe de saúde. Desempenha a função de ponte entre os usuários e a equipe local.

Geralmente é percebido pelos usuários e pela própria equipe como um sujeito que circula nas ruas e recolhe assinaturas, para posterior fechamento de boletins e mapas da USF, parecendo ser muito fácil ser ACS.

Mas, para ser ACS é preciso mais que “passar no bairro”, recolher assinaturas e trazer uma série de “problemas” para a equipe; ser ACS é ser alguém que vive em constante trabalho e aprendizado, é ser alguém que desempenha funções muito particulares e até mesmo específicas de sua categoria, é auxiliar as pessoas e o serviço na promoção e proteção de saúde, identificar situações de risco, educar para a saúde, acompanhar e encaminhar doentes para as unidades de saúde, cadastrar e atualizar as famílias de sua micro área, estimular a participação comunitária, analisar as reais necessidades de seu bairro, não apenas necessidades de saúde, participar de ações para controle de doenças, ações de saneamento básico e melhoria do meio ambiente (TUNES, 1995).

Desta forma, o resultado de seu trabalho tem uma grande dimensão significativa, o de promover saúde para o povo, sendo alguém do povo.

### 3.2 REQUISITOS, ATRIBUIÇÕES E CAPACITAÇÃO DO ACS

Desde as primeiras experiências, que se iniciaram em 1987 até 1991 com a implantação do PACS, foi se construindo uma identidade única para o ACS, progressivamente foram se adequando os requisitos e acrescentando atribuições que melhor definissem o que se esperava que fossem suas funções (FOGAÇA, 2011). Muitos autores consideram o ACS como elo entre a comunidade e os serviços de saúde, sendo sua participação na equipe de saúde indispensável para melhoria das condições de saúde da população.

A primeira proposta de se trabalhar com ACS foi no Ceará, em 1987<sup>3</sup>, em decorrência da seca. Tal situação propiciou ao estado contratar, em curto prazo, pessoas de regiões consideradas carentes para trabalhar com promoção de saúde, cuja remuneração seria advinda dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal (SILVA; DALMASO, 2002). As autoras confirmam em seus estudos, que na época:

---

<sup>3</sup>As referências consultadas referem-se ao Ceará como experiência pioneira, ainda que empiricamente se saiba de experiências anteriores a esta data, inclusive em Santa Catarina.



[...] 6.113 pessoas foram contratadas - 95% mulheres - em 118 municípios do sertão cearense. Após treinamento de duas semanas, elas trabalharam, durante seis a doze meses, desenvolvendo ações básicas de saúde: terapia de reidratação oral, vacinação, orientação para estímulo ao aleitamento materno, entre outras. (SILVA; DALMASO, 2002, p.47)

De 1988 a 1989, considerada a segunda fase do programa, os ACS eram escolhidos pelos usuários, exigindo-se que residissem na comunidade, favorecendo a participação popular. O treinamento constituía-se em uma capacitação inicial de dois meses, sob responsabilidade municipal, abordando assuntos relacionados à educação e à promoção da participação comunitária (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007). Se compararmos com a realidade de alguns municípios, vamos perceber que essa contratação quase sempre está vinculada a cargos políticos, ou, em alguns casos, a processos seletivos, nos quais se contemplam a necessidade de o ACS residir no bairro, mas já não mais se leva em consideração, de forma direta, a vontade da população.

Neste período, as atribuições já estavam mais delimitadas e se esperava que os ACS desempenhassem ações como acompanhamento de famílias de sua área através da visita domiciliar, com olhar voltado para os grupos de risco; crianças menores de 02 anos de idade e gestantes, sendo que os ACS verificavam o peso, prestavam informações sobre nutrição adequada e faziam encaminhamento para as unidades de saúde, conforme necessidade (FOGAÇA, 2011).

Com o passar dos anos, e com o progresso dessas experiências, novas atribuições foram dispensadas aos ACS. Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários (PNACS), intensificando as atribuições dos agentes de saúde. Neste período, definiram-se como critérios de seleção dos agentes: “ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, dispor-se a concluir o 1º grau<sup>4</sup>, morar há mais de dois anos na comunidade, dispor de oito horas por dia para o trabalho” (SILVA; DALMASO, 2002, p.51). O treinamento do ACS era realizado pelo enfermeiro (obrigatoriamente), e este deveria dispor de, no mínimo, 20 horas semanais para o programa.

---

<sup>4</sup>O antigo 1º grau corresponde ao atual ensino fundamental.

Em termos de treinamento dos agentes, era previsto que eles teriam uma capacitação que lhes permitisse uma visão abrangente da situação de saúde e habilitação específica para a atenção à saúde da comunidade. O processo de aprendizagem não implicava apenas o domínio das técnicas das ações básicas de saúde; fazia-se necessário que o agente compreendesse a comunidade, entendesse seus problemas e a estimulasse a modificar sua relação com a saúde. Assim, o conteúdo da capacitação corresponderia às ações e atividades a desenvolver. O método pedagógico utilizaria a integração ensino/trabalho. (SILVA; DALMASO, 2002, p.52)

Para o treinamento foi elaborado o Manual do Agente Comunitário de Saúde, com a preocupação de estimular a educação continuada. Existia neste período uma preocupação dos profissionais de Enfermagem em relação ao treinamento<sup>5</sup> e preparação do ACS, tal preocupação ia na direção se a inserção de profissionais para o “desenvolvimento de ações básicas de saúde, algumas delas identificadas como as da enfermagem, pudessem significar um aumento do contingente de trabalhadores sem qualificação, como os atendentes”<sup>6</sup> (SILVA; DALMASO, 2002, p.55). Tinha-se preocupação à época de

---

<sup>5</sup>Este termo, como já apontado, é bastante utilizado nos documentos à época, para se referir à preparação dos ACS para o trabalho. Hoje o termo treinamento precisa ser problematizado, em educação ele apresenta um sentido acrítico, de treinar uma pessoa na lógica da passividade, sem olhá-la como sujeito ativo, responsável pela sua formação.

<sup>6</sup>Atendentes: O Atendente de enfermagem é aquele que exerce funções elementares da área quando há ausência de recursos humanos habilitados, mas não tem formação e é facilmente confundido com a profissão do auxiliar de enfermagem. A diferença é que o auxiliar precisa apresentar a sua habilitação técnica. Para poder atuar na área de saúde, o atendente ganha uma concessão legal do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), de acordo com a Lei 7498/86, que vale por 10 anos. Desde 1994, esse tipo de concessão é proibido pela Lei 8967 e hoje só pode atuar quem foi autorizado antes do dia 25 de junho de 1986 conforme resolução da COFEN. Fonte: PORTALEDUCAÇÃO. <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/47404/atendente-de-enfermagem-o-que-ele-faz#ixzz38JwVnOdd>. Acesso em: 10 ago. 2014.

que esse treinamento formasse pessoas que se assemelhassem aos antigos atendentes de enfermagem.

Desta forma,

Em um compromisso assumido pela Fundação Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, se garantia às entidades da enfermagem que, após a capacitação inicial dos agentes em ações básicas de saúde, mobilização e educação sanitária, haveria continuidade do processo de formação, com a finalidade de habilitá-los em auxiliar de enfermagem comunitário. Deveria também viabilizar-se, mediante entendimentos com o sistema educacional, a continuidade da escolaridade para nível de 1º grau, paralelamente à formação profissionalizante - atendendo ao que estabelece o Conselho Federal de Educação e a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no país. (SILVA; DALMASO, 2002, p.55-56)

Então, foi estabelecido que o ACS “receberia um treinamento introdutório de seis meses e contaram com uma aliança entre a Fundação Nacional de Saúde, que garantiria os recursos financeiros da qualificação, as entidades de enfermagem que fiscalizariam a prática e o exercício do trabalho dos ACS” (FOGAÇA, 2011, p.43).

O ano de 1991 foi marcado por fortes debates em relação à profissionalização do ACS e sobre a implantação do programa, “todas as decisões que surgiram acerca da estruturação e funcionamento do que viria a ser o PACS, segundo Souza (2003) em *Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo* não foi tarefa fácil, disputas políticas, divergências de opiniões cercaram este momento” (FOGAÇA, 2011, p.43).

O Ministério da Saúde em 1992 cria o PACS em substituição ao PNACS, em seguida, estendeu este programa para o SUS como um todo. O Programa Saúde da Família foi idealizado em 1993 e oficializado em 1994 (SILVA; DALMASO, 2002). O PSF “é apresentado, nesta primeira versão, como um modelo de assistência à saúde que visa a desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade” (SILVA; DALMASO, 2002, p.57). Destaca-se como pontos centrais da proposta:

- \* cada equipe básica do PSF seria responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitassem de 800 a 1.000 famílias. Este critério poderia ser alterado, em função das condições de acesso e da densidade demográfica do município;
- \* as equipes do PSF seriam compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde. A estrutura das equipes poderia ser modificada de acordo com a realidade local;
- \* a equipe do PSF deveria residir na comunidade onde iria atuar e trabalhar em regime de dedicação exclusiva. Posteriormente, tendo em vista as dificuldades, esse critério de residência ficou como obrigatório apenas para o agente comunitário de saúde;
- \* cada pessoa da família receberia atenção integral da equipe do PSF, independente da idade e do estado de saúde. As equipes seriam responsáveis pela execução de ações para prevenção e controle da incidência de doenças;
- \* o PSF seria a porta de entrada ao sistema de saúde em todas as localidades onde estivesse implantado;
- \* o controle da qualidade dos serviços prestados pelo PSF e a avaliação do desempenho profissional da equipe seriam exercidos por grupos de supervisão, pelos Conselhos de Saúde e pelas comunidades atendidas. (SILVA; DALMASO, 2002, p.57-58)

Para este modelo, previa-se um treinamento específico, a formação exigiria qualificação técnica e identificação com os objetivos do trabalho. A capacitação das equipes levou o Ministério da Saúde a incentivar a criação de polos regionais de capacitação junto às universidades. Houve grande investimento em produção de material didático para capacitação do ACS (SILVA; DALMASO, 2002).

Os objetivos do Programa eram melhorar o estado de saúde da população através da promoção da saúde e prevenção de doenças, divulgar e ampliar o conceito de saúde, prestar assistência integral voltada à família, humanizar o atendimento, ampliar o atendimento com melhora na cobertura, organizar o sistema, atualizar os profissionais, esclarecer o processo saúde e doença.

O PSF, nesta primeira versão, é visto como um modelo de assistência à saúde cujo objetivo é a prevenção e a promoção de saúde às famílias e à comunidade, utilizando o trabalho em equipe, responsável pelo atendimento tanto na Unidade local como na comunidade, no nível de atenção primária<sup>7</sup>. Em seu início, este programa sofreu fortes críticas, chegando a ser chamado de sistema de saúde “pobre para os pobres”, “atenção primitiva de saúde”, pela utilização de baixa tecnologia e baixo investimento financeiro. (FOGAÇA, 2011)

Ainda que, tal como colocado anteriormente, o PSF tenha sido um programa seletivo emergencial, criado para o Mapa da Fome de 32 milhões de brasileiros, é necessário pensar que, além de focar o seu trabalho na promoção da saúde e prevenção da doença, ele deve ser resolutivo também, não basta apenas que os profissionais saibam realizar com destreza campanhas, palestras, informações, é necessário que, além disso, eles ofereçam para a clientela resolutividade, boa clínica. A integralidade deve fazer parte do processo em todas as ações, não é somente promover saúde, e sim também recuperar, reabilitar, proteger e prevenir a doença.

Silva e Dalmaso (2002) negam a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia.

Com o exposto até agora, podemos perceber que os agentes comunitários de saúde tiveram, desde a sua criação, sempre uma série de atribuições a cada nova experiência ou projeto de implantação que

---

<sup>7</sup>Apesar da já apresentada discussão sobre os termos Básico e Primário na Introdução deste trabalho, vale ressaltar que “Internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS. No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde”. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em 26 jul. 2014.

aconteceu em sua história (FOGAÇA, 2011). E que estas mudanças de atribuições foram acompanhadas de exigências de formação.

A Portaria nº 1.882 /GM, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição foi a primeira portaria que normalizou as atribuições do ACS. Ela o colocava como integrante de uma equipe do PSF, e não como membro isolado, como foi no início de seu trabalho. Esta mesma portaria sofreu várias alterações até chegar à atual, a 648/GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006).

Com a publicação da Portaria 1.886 em 1997, que Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, novas atribuições foram dadas aos ACS, como ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, e deveriam ser estabelecidas de acordo com as necessidades de saúde da população adscrita (BRASIL, 1997).

Esta mesma portaria vedava ao ACS a execução de serviços dentro das unidades de saúde, com o objetivo de fortalecer as ações educativas executadas fora da unidade.

Essas diretrizes foram atualizadas na Portaria nº 648, de 2006, a qual atualizava e substitua as anteriores e que diz respeito à Política Nacional de Atenção Básica e define as atribuições dos ACS. Esta conservou as atividades dos ACS na prevenção e promoção da saúde, no entanto, permitindo a execução de atividades dentro das unidades de saúde, desde que estivessem vinculadas às atribuições definidas na referida portaria (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

As atribuições específicas do ACS, de acordo com a portaria 648/2006, são:

Do Agente Comunitário de Saúde:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à

promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

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

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

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

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

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

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. (BRASIL, 2006)

Diante destas atribuições garantidas em forma de lei, me questiono se a formação recebida pelo ACS vem ao encontro ao que é legislado. Será possível colocar em prática todas essas atribuições, quando, de fato, o que ocorre é quase sempre uma formação aligeirada e em serviço?

A descrição, neste capítulo, das atribuições do ACS dispostas em lei tem o intuito de confrontar/questionar se a formação que a ele está sendo oferecida realmente consegue prepará-lo para os desafios profissionais impostos por elas, as quais, como vimos, são variadas.

### 3.3 PROFISSIONALIZAÇÃO DO ACS E FORMAÇÃO

A profissão de ACS foi criada pela lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, e posteriormente foi regulamentada pela Lei 11.350/06 (a Emenda Constitucional Nº 51 alterou o artigo 198 da Constituição Federal, acrescentando os parágrafos 4º, 5º e 6º, instituindo então, a medida provisória nº 297, que se tornou a Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006), cujos dispostos passam a reger as atividades dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), vindo confirmar, sob muitos aspectos, a lei anterior, não realizando alterações significativas para o exercício da função, inclusive o de serem trabalhadores cujo exercício das atividades se dá exclusivamente no âmbito do SUS (BRASIL, 2002, 2006). As alterações estão na obrigatoriedade de morar na comunidade e, a partir deste momento, não se pede mais que seja por um período mínimo de dois anos, e a exigência do ensino fundamental, até então era exigido somente ser alfabetizado. Esta mesma lei confere ao Agente Comunitário os seguintes requisitos para o exercício da atividade.

- I - residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
- II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e
- III - haver concluído o ensino fundamental..§ 1º Não se aplica a exigência a que se refere o inciso III aos que, na data de publicação desta Lei, estejam exercendo atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde. § 2º Compete ao ente federativo responsável pela execução dos programas a definição da área geográfica a que se refere o inciso I, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2006, Art. 6º)

No entanto, esta não é a realidade atual, estas exigências nem sempre são colocadas em prática. O ACS trabalha, muitas vezes, em mais de uma micro área - diferentemente ao que é preconizado para a ESF -, e quase sempre inicia suas atividades sem nenhum tipo de formação inicial.

Mas ainda não há garantia efetiva da formalização da contratação desse trabalhador, nem clareza quanto ao seu processo de trabalho. O papel desempenhado pelo ACS nem sempre tem uma definição clara



para os agentes, demais profissionais de saúde e usuários do sistema, mesmo estando disposto em forma de lei. Em alguns municípios a contratação do ACS é realizada sem levar em consideração a legislação, não se cumpre principalmente o item referente à formação introdutória. Esta lei define o exercício de sua atividade exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do coordenador e gestor local em saúde (BRASIL, 2004). Mas, na prática, os ACS acabam por assumir diversas atividades na comunidade, justamente por conta como já citado anteriormente, da falta de uma delimitação clara de suas atribuições. Qualquer ação que precise ser desenvolvida na comunidade ou nas famílias é automaticamente atribuída aos ACS como, por exemplo, a limpeza de caixas d'água para combater focos da dengue, a identificação de crianças fora da escola, à solicitação de limpeza de um terreno baldio com lixo acumulado, a distribuição de panfletos com orientações (MOTA, 2010).

Este trabalhador sofre cobranças da comunidade, cobranças dos próprios colegas de trabalho e demais profissionais da administração municipal, por resolução de algumas demandas, pois, de certa forma, é visto como um representante da prefeitura na sua comunidade, o que vem a contribuir para a falta de delimitação clara de suas atribuições.

As inúmeras atribuições da função de ACS requerem uma formação profissional de qualidade e que possa instrumentalizá-lo a uma prática satisfatória que atenda aos interesses da comunidade e da equipe de saúde na qual está inserido, e será sobre a formação que lhe é oferecida que trataremos a seguir.

A formação profissional do ACS, apesar da complexidade de suas atividades e amplitude do seu trabalho, caracterizado principalmente por uma dimensão educativa, em geral, tem-se caracterizado pela precariedade e diversidade, trazendo resquícios, desde a criação do PACS, da não exigência de um perfil mínimo de escolaridade (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007). “Anteriormente às leis que regulamentam a profissão, era necessário somente que o ACS soubesse ler e escrever” (MOTA, 2010, p.37).

E mais:

As concepções que permeiam o perfil atualmente estabelecido e a formação profissional do trabalhador ACS sofreram diversas adaptações desde os primeiros registros de sua atuação e estão compostas por concepções históricas e políticas

do modelo de saúde atual e sobre a relação entre trabalho e educação. (MOTA, 2010, p.37)

Corroboro com Mota (2010) quando afirma que nas qualificações desenvolvidas para os trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde há uma predominância de que sejam realizadas em curto período de duração, em meros treinamentos, e produzindo, conseqüentemente, uma qualificação mecânica e pouco reflexiva desse trabalhador.

Somos frutos de um modelo de saúde conservador, baseado na figura do médico, dono do saber absoluto no que diz respeito à saúde e doença, fruto de uma medicina alicerçada em altas tecnologias, e após anos de luta, somos surpreendidos por um novo sistema de saúde, baseado na coletividade, na integralidade, que apesar de proporcionar consideráveis mudanças no contexto, como o ingresso de outros atores no sistema, de uma equipe multiprofissional, bem como o surgimento do ACS, ainda não conseguiu romper totalmente com o modelo conservador. Visualizamos o ingresso de novos profissionais, mas o olhar especial em se tratando de saúde, continua centrado na figura do médico. Não podemos negar que avanços ocorreram na formação do ACS, mas ainda permanece fragmentada, rápida e desarticulada, não contribuindo para a reflexão desse trabalhador.

Encontramos divergências no conceito de tecnologias, existem estudos que separam as tecnologias, como de alta e baixa complexidade. Não existe pirâmide, porque a pirâmide pressupõe hierarquia, e um sistema de saúde comprometido não pode considerar que atenção básica (baixa complexidade) seja menos importante que um procedimento cirúrgico (alta complexidade).

Faz-se necessário trazer a discussão que em se tratando de saúde, tudo é tecnologia, no entanto, elas são caracterizadas de forma distinta. Temos a tecnologia leve, que pode ser exemplificada como o trabalho de educação em saúde em uma comunidade (espaço relacional entre trabalhador e usuário), “implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato” (MERHY, 2000, p. 109); a tecnologia leve-dura, que trabalha o conhecimento associado com a prática, como os conhecimentos de clínica e de epidemiologia, e, por fim, as tecnologias duras, que são o uso de máquinas e aparelhos para auxiliar no diagnóstico, como o endoscópio (MERHY, 2000).

Para Merhy (1998, p.5), “ao mediocrizar a tecnologia leve, submetendo-a a lógica da dura e de uma leve-dura empobrecida, encarecem-se substancialmente as ações de Saúde, tanto por incorporar serviços desnecessários, quanto por ser um sistema pouco resolutivo”.

A tecnologia leve é pouco considerada nos dias atuais, o serviço quase sempre está centrado em altas tecnologias, os profissionais de saúde são inseridos na lógica da produtividade, o processo de escutar/entender/compreender o que leva o usuário a procurar atendimento não cabe nesta lógica produtivista. Tal afirmação nos remete a pensar a forma/modo que os profissionais estão sendo preparados. A formação recebida atende a estas exigências requeridas pelo SUS de trabalhar de modo articulado com as tecnologias, considerando todas como importantes e necessárias? Ou a formação aponta para o uso de altas tecnologias e prepara profissionais condicionados ao uso da mesma, desconsiderando a relação usuário-profissional?

Desta forma, constitui-se em grande desafio preparar e capacitar adequadamente estes profissionais para as necessidades do SUS, para tanto, é necessário que ocorra uma mudança considerável na forma de organização da formação destes (BRASIL, 2004).

Concordo com Ceccim e Feuerwerker (2004) em sua crítica à formação centrada em um cuidado à saúde baseado em alta tecnologia, centrada em aparelhos e equipamentos altamente especializados, ficando os profissionais dependentes destes aparelhos e equipamentos para realizar diagnóstico e tratamento. O SUS pode romper com isto, e a formação deve acompanhar esta lógica, a maior parte das resoluções dos problemas em atenção básica não precisa de alta tecnologia, e esse modelo de atenção em saúde voltado para o tecnoassistencial tem se mostrado comprometido com uma série de interesses, menos com a saúde dos cidadãos.

A formação dos profissionais de saúde precisa estar baseada e sustentada nos princípios do SUS, na formação de profissionais comprometidos com a saúde da coletividade, que tenham conhecimento técnico e científico, mas que tenham também habilidade e competência para ouvir, compreender e sensibilizar-se com o problema do outro, objetivando ampliar a autonomia e a capacidade das pessoas no seu autocuidado.

A formação poderia oferecer uma proposta de transformação das práticas profissionais, favorecendo a reflexão crítica sobre o trabalho em saúde, e possibilitando a experimentação da alteridade com os usuários, formando não só profissionais para atuarem na área da saúde, mas para atuarem no SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Percebo a dificuldade que os profissionais de saúde e os próprios ACS têm em delimitar as suas funções, uma vez que não recebem formação adequada para o desempenho das mesmas e também pela

grande quantidade de exigências em seu trabalho. No entanto, não podemos responsabilizar a educação por tudo (neste caso, ausência de formação adequada), ela é uma das variáveis, que contribui, muitas vezes, para essa falta de entendimento dos ACS e da própria equipe em relação às funções e atribuições de seu trabalho.

Mas não podemos desconsiderar as condições de trabalho de toda a equipe que, por sua vez, se vê diante de uma série de tarefas que precisam e devem ser cumpridas, que sobrecarregam os profissionais de saúde. Diante deste contexto, penso que a equipe não consiga de fato exercer seu papel tal como é estipulado na legislação, em especial o ACS, que por vezes é remanejado para o exercício das mais variadas funções dentro da equipe, no cotidiano da USF, muitas vezes deixando de cumprir suas funções garantidas em lei, e já citadas anteriormente. Podemos, assim, caracterizá-lo como um trabalhador híbrido e polifônico (NUNES et al., 2002), que atua no campo da prevenção e promoção da saúde na comunidade, mas com uma formação fragmentada, voltada para a área da saúde (tecnicista). O termo tecnicista foi citado no sentido em que o trabalho do ACS é voltado para o cumprimento de fichas e planilhas do que, de fato, para a educação em saúde.

A formação em saúde poderia direcionar-se para o reconhecimento dessas complexidades e necessidades percebidas neste modelo de atenção à saúde. A formação deve preparar os profissionais para atender aos princípios do SUS, baseando-se, sobretudo, na integralidade. Uma das ações para se chegar ao modelo pretendido consiste na mudança no preparo e formação dos profissionais como um todo, no caso deste estudo, do ACS.

A busca de alternativas que propiciem a construção de programas de ensino que possibilitem a maior aderência aos desenhos de organização da atenção à saúde, aprendizagem significativa e desenvolvimento da capacidade de intervenção crítica e criativa no sistema nacional de saúde, leva à incorporação do conceito de competência profissional, cuja compreensão passa pela vinculação entre educação e trabalho, formação e desenvolvimento institucional, aprendizagem e resolutividade da rede de atenção à saúde. (BRASIL, 2004, p.46-47)

De acordo com Zarifian (1999 *apud* BRASIL, 2004, p.47), “competência profissional: capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade [...]”. Assim, competência profissional pode ser caracterizada como um conjunto de capacidades que incluem destreza, conhecimento, experiência, capacidade de trabalhar em equipe e individualmente, de acordo com sua prática profissional (BRASIL, 2004).

Os ACS desenvolvem suas atividades de modo a identificar as situações de maior risco em saúde, atuando e colaborando na orientação, acompanhamento e educação popular, colocando em prática conhecimentos sobre prevenção e resolução de problemas de ordem sanitária, incentivando práticas de promoção da vida (BRASIL, 2004).

A formação e desenvolvimento profissionais sugerem a identificação técnica, ética e humanística do que compete ao profissional de saúde e que competências são requeridas para que os usuários das ações e serviços se sintam atendidos em suas necessidades diante de cada prática profissional. (BRASIL, 2004, p.48)

Para fazer parte da equipe de saúde, todos os profissionais precisam ter a formação técnica exigida para o exercício de sua função, devem ter um diploma específico para cada categoria, seja de nível técnico ou superior. Mas esta exigência não se estende ao profissional ACS, visto que sua contratação não está vinculada a nenhum tipo de formação, nem técnica e, muitas vezes, nem a formação introdutória estabelecida por lei, citada anteriormente. A formação acontece gradualmente, no próprio espaço de trabalho. Esta contratação, que não exige nenhum tipo de formação, faz com que o ACS esteja no mesmo patamar dos demais usuários do sistema, não os diferenciando da população em relação a qual ele desempenha o exercício da função, e também lhe confere menos prestígio aos olhos da equipe que, de certa forma, possui um conhecimento técnico e científico superior ao seu.

Não podemos negar que o ACS traz consigo, ao ingressar na equipe de saúde, uma diversidade de conhecimentos populares, adquiridos nas relações com pessoas na sua comunidade, no entanto, este conhecimento, por si só, não é suficiente para torná-lo ACS, garantindo o respeito da equipe e comunidade geral. É preciso que, além desses conhecimentos prévios, ele adquira também os conhecimentos

técnicos que o diferencie do restante da população, possibilitando assim, discutir de modo apropriado com o restante da equipe, sem desconsiderar a especificidade de seu trabalho. A meu ver, o ACS conquistará o respeito da comunidade e demais profissionais de saúde quando, de fato, sua profissão for efetivada, e uma das possíveis ferramentas para alcançar esta efetivação é a formação. O ACS precisa ter respeitado e garantido, no mínimo, o curso introdutório para o exercício da profissão.

No exercício de sua função, compete ao ACS, “a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores. [...] realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde [...]” (BRASIL, 2004, p.49).

O primeiro projeto estabelecido para a formação do ACS foi uma proposta de qualificação profissional de nível básico, que não se constituía especificamente como uma formação técnica, devido à carga horária reduzida de apenas 80 horas. Essa qualificação designava-se ao cumprimento da lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002 (lei que criou a profissão do Agente Comunitário de Saúde, que até então não tinha a sua identidade profissional definida), que reconhecia os ACS como uma categoria profissional e incentivava a formação dos mesmos (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Diante de algumas discussões relacionadas à formação técnica do ACS e com a participação de diversos atores sociais, entre eles, representantes das Escolas Técnicas do SUS, chegou-se à conclusão que um curso de formação inicial, mais rápido, com uma carga horária reduzida, não seria suficiente para atender à complexidade do trabalho do ACS. Foi a partir de então que surgiu a necessidade de construir um Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado em 2004 (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A relevância deste trabalhador no contexto de mudanças das práticas de saúde e o papel social do Agente Comunitário de Saúde junto à população constituem a necessidade de sua formação, feita em nível técnico e reafirma a intenção governamental de associar educação profissional à elevação de escolaridade. (BRASIL, 2004, p.6)

A proposta de formação técnica dos ACS, concomitante à elevação da escolaridade, foi organizada a partir do perfil de competências, sendo pactuada após consulta pública, “organizado pela equipe técnica da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, no final de 2003” (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.271).

O conceito de competência utilizado pelo MS “remete necessariamente à vinculação educação-trabalho, o trabalho como princípio educativo, que aparece como práxis humana e como práxis-produtiva” (RAMOS, 2001 *apud* FOGAÇA, 2011, p 71).

Nessa perspectiva o trabalho é visto como uma série de acontecimentos, importantes e necessários para o setor saúde, onde as decisões são frutos da articulação de vários saberes, e onde os processos de trabalho não admitem rotina.

As competências, distribuídas no âmbito da promoção, prevenção e integralidade de ações que fazem parte do processo de formação técnica do ACS, e que serão construídas durante seu processo de formação, estão assim distribuídas (FOGAÇA, 2011).

**No âmbito da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações**

**Competências:**

- Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde;
- Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e de saúde.

**No âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes**

**Competências:**

- Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas

de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor saúde;

- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.

**No âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário**

**Competência:**

-Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário da população, conforme plano de ação da equipe de saúde. (Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, BRASIL, 2004, p.18, grifos do original)

O referencial curricular para a formação técnica dos ACS teve como base as suas competências, já citadas anteriormente, para “definir os três âmbitos de atuação desse trabalhador, a partir dos quais foram construídos também três módulos” (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.271).

O eixo que integra os módulos é a promoção da saúde e a prevenção de agravos, cuja função é estruturar e integrar o processo de formação (BRASIL, 2004).

O curso técnico está estruturado com uma carga horária mínima de 1.200 horas, conforme resolução CNE/CEB nº 04/99:

Etapa I – formação inicial: contextualização, aproximação e dimensionamento do âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS- carga horária 400 horas.

Etapa II – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes- carga horária 600 horas.

Etapa III – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário – carga horária- 200 horas. (BRASIL, 2004, p.20)



A formação, quando acontece nos dias de hoje, não ultrapassa a etapa I (formação inicial obrigatória, prevista em lei). Concordo então, que:

[...] uma das consequências possíveis dessa desatualização da lei é a prevalência de uma cultura de gestão que, justificada pelos baixos recursos disponíveis para as políticas sociais, como é o caso da saúde, invista apenas o mínimo necessário para evitar a ilegalidade. Nesse caso, alguns municípios poderiam optar apenas pela formação inicial dos seus agentes. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.277)

Em função dos custos dessa formação, atrelados ao baixo investimento destinado às capacitações<sup>8</sup> dos profissionais de saúde, os municípios, quando a fazem, realizem somente a etapa inicial, desta forma, propiciando um retrocesso em relação ao debate público e coletivo que identificou a necessidade de um curso técnico (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Para que o ACS possa ir para as próximas etapas de formação é necessário que tenha realizado a etapa inicial, bem como a conclusão do ensino médio (elevação da escolaridade, que não é exigida atualmente pela legislação para o exercício da função); deve-se também pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite<sup>9</sup> para liberação dos recursos, mas nada impede que os municípios que se mostrarem interessados possam concluir as demais etapas com recursos próprios. No caso do nosso estado, foi pactuado e realizado somente a etapa inicial.

Vale lembrar que muitos agentes de saúde que realizaram esta etapa de formação inicial, hoje não estão mais atuando como ACS, e também observei que muitos, mesmo tendo realizado esta etapa inicial, não citaram a realização deste curso como uma das etapas necessárias para a formação técnica. Parece que faltou esclarecimento em relação a

---

<sup>8</sup>“Capacitação traduz-se por preparar a pessoa para enfrentar situações referentes à sua atividade, através do uso e aplicação de conhecimentos, promovendo o desenvolvimento, estimulando a autonomia, indo além de treinamento, como sendo o desenvolvimento de habilidades específicas, por meio de repetições, com pouca criatividade e autonomia” (TAKAI, 2009 *apud* FOGAÇA, 2011, p.32).

<sup>9</sup>“Integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios” (FOGAÇA, 2011, p. 70).

este curso, muitas das agentes de saúde com as quais tive contato sequer souberam relatar alguma coisa referente a este curso; aquelas que chegaram a participar relacionaram o mesmo com as demais atividades pontuais que realizaram em serviço, no entanto, disseram que foi por um período maior (duração). Pareciam desconhecer que esta capacitação faria parte de um processo bem maior, que era de torná-las profissionais com formação técnica.

Nesta proposta curricular parece clara a preocupação com a formação do ACS e com a elevação gradual da escolaridade, conforme alerta Mota:

Essa nova proposta de elevação da escolaridade do ACS traz no seu bojo uma exigência que não está inscrita nos requisitos exigidos para o desempenho dessa função, que é a conclusão do ensino médio. Em contrapartida será promovida uma profissionalização e o acesso a um conhecimento técnico-científico que indiscutivelmente contribuirão positivamente para sua prática. Mas esse investimento não resultará na ampliação de um horizonte profissional, por conta da inexistência de um plano de carreira, já que ele *continuará sendo ACS*.

Nesse aspecto, consideramos que a Lei 11.350 deixou uma lacuna nesse sentido, mesmo sendo criada após o Referencial Curricular de 2004, pois reproduz os mesmos requisitos exigidos na lei 10.507/02 com relação à formação do ACS: a conclusão de um curso introdutório de formação inicial e continuada e a conclusão do ensino fundamental. (MOTA, 2010, p.42, grifos do autor)

A execução dos cursos de formação técnica dos ACS fica, a princípio, sob a responsabilidade das Escolas Técnicas do SUS e dos Centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde. São escolas públicas, voltadas para a área da saúde (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A educação profissional de nível técnico, ao ser proposta para o ACS, incide como já vimos, sobre um contexto de formação aligeirada e abreviada, realizada geralmente em serviço, sem requisitos

prévios de escolaridade ou de carga horária. Essa nova proposta nos sinaliza com um cenário futuro mais positivo para a qualificação profissional destes trabalhadores. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.272)

Ainda em 2004, a Presidência da República “instituiu a formação por itinerários. Essa nova legislação expressa [...] um novo modo de compreender a educação profissional, que deixa de priorizar os cursos rápidos e isolados do processo formativo” (BRASIL, 2004c *apud* MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.272).

A formação por itinerários significa que os cursos de formação inicial, mesmo aqueles com uma reduzida carga horária, não devem ser oferecidos de forma independente, mas sim, pensados num caminho de formação contínua e ampla, o qual o aluno poderá seguir; as instituições envolvidas no processo de formação precisam reconhecer a necessidade e a importância da formação continuada em serviço (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

É importante compreender que a

[...] formação técnica dos ACS por si só não é garantia de que não se incorra numa formação instrumentalizadora [...] é necessário que essa formação técnica parta do entendimento da educação como um conjunto de práticas sociais que se articulam [...] além de técnica, precisa ser ética e política. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.272-273)

Assim, os autores apontam a importância de que a formação não se restrinja ao aspecto técnico do fazer, mas que este se insira na dimensão maior da educação, em seu contexto social, o que coloca a técnica em diálogo com questões de valores, no caso, os autores falam do aspecto ético e político. Sem esta inserção, a técnica não cumpre seu papel, o de melhoria da vida das pessoas concretas, inseridas em seu contexto.

Destaco que a educação sozinha não é garantia da execução do trabalho de acordo com o que é priorizado na legislação, pois a garantia da efetivação do trabalho vai de encontro com as próprias condições de trabalho oferecidas para os profissionais de saúde, em especial ao ACS, sujeito de estudo desta pesquisa. A formação seria uma etapa a cumprir para garantir um direito previsto em lei, mas não a garantia total, ou

seja, se devidamente formados, todos os agentes conseguiriam colocar em prática todas as suas funções e atribuições. Devemos pensar que existem outros entraves que favorecem que estas atribuições e funções não se cumpram na sua totalidade, dentre elas podemos elencar: a baixa remuneração oferecida aos profissionais de saúde, neste caso, o ACS; a carga hora excessiva e exaustiva, que é cumprida pela maioria dos trabalhadores, mas com exceções da parte médica, que muitas vezes tem jornadas bem reduzidas e com uma remuneração bem mais expressiva, enfatizando as relações de hierarquia dentro das instituições de saúde; a falta de estrutura adequada para o desempenho do serviço; a falta de equipamentos de proteção individual, como protetor solar; equipes de saúde incompletas, enfim, condições concretas do cotidiano que incidem no descumprimento das atribuições previstas em lei.

E é neste cenário que a EPS vem contribuir, partindo da realidade local, concreta do cotidiano, buscando a transformação das práticas, contribuindo, assim, para efetivação da saúde e também para a efetivação dos direitos dos profissionais da saúde.

## 4 FORMAÇÃO E TRABALHO DO ACS

Este capítulo traz os resultados da pesquisa realizada com ACS de um bairro no município de Criciúma SC, a qual tem como objetivo geral analisar a formação profissional do Agente Comunitário de Saúde e sua relação com a atuação no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados obtidos serão cruzados e interpretados visando identificar se a formação recebida contribui para o processo de trabalho, e se vem ao encontro do que é legislado, se esta formação recebida aponta para o desempenho das funções demandadas pelo SUS.

Para isto foram traçados alguns objetivos específicos, lembrando: identificar qual a formação recebida pelo ACS, analisar as funções desempenhadas pelo ACS na comunidade, identificar como a ACS entende seu próprio trabalho, identificar como o ACS se sente na execução de seu trabalho diário.

Neste capítulo aparecem também dados oriundos dos demais profissionais da equipe de saúde e dos usuários; optei em realizar esta análise para ampliar a visão vinda dos dados do ACS. Estes participantes serão tratados como sujeitos informantes.

### 4.1 FORMAÇÃO DO ACS

A formação do ACS tem se tornado motivo de inquietação por parte de alguns profissionais de saúde, considerada uma formação precária e aligeirada, acontecendo de diversos modos em diferentes municípios. A lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002, revogada pela lei nº 11.350 de 2006, lei que institui a profissão de ACS, destaca que os ACS devem residir em sua área de trabalho, possuir ensino fundamental completo, exceto os que já exerciam a profissão anteriormente a esta data, participar e concluir o curso introdutório de formação inicial, sendo de responsabilidade do Ministério da Saúde a programação do conteúdo deste curso.

No entanto, percebi durante o processo de coleta de dados com os participantes desta pesquisa, em especial com as ACS (digo “as” porque todas as participantes da pesquisa são do sexo feminino), algumas diferenças em relação ao que vem preconizado pela lei acima citada.

Quando questionadas em relação à formação que receberam para atuarem como ACS na ESF e se elas consideravam suficiente esta formação para desempenhar seu papel profissional, a grande maioria respondeu não ser suficiente, que é necessário aprender sempre,

aprimorar o conhecimento. Com exceção de uma ACS, as demais enfatizaram que não receberam formação introdutória para atuar e desempenhar seu papel profissional, as instruções foram repassadas pela Enfermeira responsável pela equipe, e logo iniciaram as atividades em sua área de cobertura, tendo aprendido no cotidiano, na prática.

Quando eu entrei não teve um curso, uma preparação [...] e eu fui ter um curso de formação dois anos depois [...] eu acho que não foi suficiente, acho que foi pouco tempo de curso, foi uma semana, duas semanas e não era uma semana completa, acho que era aleatório, acho que não foi suficiente, relacionado com a função que ACS deve exercer. Eu acho que foram abordados poucos temas e acho que não foi suficiente, foi pouco tempo, deveria ser estendido um pouco mais. (ACS 1)

[...] a gente entrou e foi assim, que eu lembro a gente teve um dia que eles falaram assim, “o trabalho de vocês vai ser isso, vão trabalhar com pessoas, vão fazer o mapeamento, fazer tal coisa”, e a gente saiu nua e crua. (ACS 3)

Percebe-se que as ACS ainda não receberam uma formação específica, e nem obrigatória, visto que, de acordo com as entrevistas, algumas participaram de cursos, enquanto outras não receberam nenhum tipo de formação voltada para esse trabalho.

Apenas uma delas relatou que recebeu logo no início, nas primeiras semanas, uma espécie de formação, porém, mesmo assim, a atividade inicial, as primeiras visitas, foi realizada somente com a informação inicial da responsável pela equipe.

Foi no início, no primeiro mês, que iniciaram as capacitações, se não me engano, foi ali no auditório do Ouro Negro, ali na Prefeitura, 100 horas, divididas em vários dias, fracionado, não foi num mês só. Foi suficiente, sim, no início, até porque eu não conhecia como era o trabalho do ACS 100%. Eu pesquisei, fui atrás para saber como eram, quais eram as atribuições, tive a experiência da menina que visitava uma vez por mês a minha casa, mas como a gente não tinha

aquelas categorias que tinha que frequentar mais de uma vez no mês, como idoso, gestante e diabéticos, quem via mais ela era a minha mãe, né. Mas foi suficiente para o início, mas em qualquer função, nunca vai ser suficiente, a gente tem que estar sempre aprendendo, tem que ter sempre capacitação, e estar sempre se atualizando, em qualquer função. (ACS 5)

Marzari, Junges e Selli (2011) discutem a questão da formação dos ACS, apontam a necessidade de uma atenção redobrada dos órgãos responsáveis pela formação destes profissionais. Os mesmos compreendem que o trabalho do ACS exige constante atualização, assim como os demais profissionais de saúde, que também necessitam de cursos frequentes para sua formação. E, como dizem Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006), uma formação baseada na educação permanente, pautada na integralidade, que permita contextualizar o trabalho cotidiano, no qual se vivenciam as reais situações das comunidades, assim como as reais necessidades dos ACS.

A educação que estas profissionais de saúde recebem parece se caracterizar como continuada, sendo pontual, oferecida quase sempre por técnicos da própria Secretaria de Saúde, muitas vezes desvinculadas do serviço que as ACS exercem, quase sempre acompanhadas de alguma exigência técnica, como preenchimento de alguns relatórios e fichas. Como exemplo, posso citar as campanhas de vacinação, quando estas se aproximam, são chamados todos os profissionais da saúde, incluindo as ACS, que ficam encarregadas de informar a população.

[...] mas em cada período tem determinada capacitação, agora a gente teve sobre tuberculose, ano passado a gente também teve outra reciclagem, vem a campanha da vacina contra a gripe, vão nos capacitar novamente, teve outra semana passada, sobre os cuidados com a gestante, redução da mortalidade infantil; fazem um rodízio de ACS, eles estão sempre chamando para alguma capacitação neste sentido. (ACS 5)

[...] depois que eu entrei eles começaram a dar os cursos de capacitação sobre as doenças, sobre como trabalhar com idosos, gestantes, crianças, e daí tem as capacitações, mas formação para dizer

assim o que o ACS vai fazer a gente não teve e nunca tem. (ACS 2)

Todos da Secretaria de Saúde de Criciúma [...] sobre gestante, o acompanhamento que é feito com as gestantes, sobre as crianças, sobre o SISVAN<sup>10</sup>, eles davam a introdução do que era relacionado aos programas que era da Secretaria de Saúde [...] A gente recebe capacitações durante o ano, mas são bem poucas e rápidas, às vezes até de seis em seis meses, o ano passado mesmo, eu acho que se tiveram umas três foi muito, eu acho bem escasso assim de capacitação, educação continuada dos ACS. (ACS 1)

E esta educação continuada, ocorrida aleatoriamente durante o ano, aponta repetir a mesma concepção pedagógica, concepção bancária freireana, baseada no repasse de informações, sem que ocorra uma problematização dos conteúdos; são tratados diferentes assuntos, ora sobre vacina, ora sobre gestantes, crianças, tuberculose e assim sucessivamente. As próprias ACS relatam que já sabem “de cor” o conteúdo e o método utilizado nestes encontros.

Uma sugestão que quando tiver capacitação, trazer outras visões, não só do município, mas de outros lugares fora do estado, outra realidade, novidades, não só relacionados à rotina da unidade, mas também como o ACS faz lá fora, uma visão diferente ou um problema que a gente pode solucionar em grupo, em equipe. A visão de outra enfermeira também de outro município, abrindo debates, questionando. Sempre as mesmas pessoas e a mesmas falas, seria interessante inovar. A capacitação de amanhã sobre

---

<sup>10</sup>Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, corresponde a um sistema de informação que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Esta informação irá fornecer uma base para decisões a serem tomadas pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhora dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi\\_win/SISVAN/CNV/notas\\_sisvan.html](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi_win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html). Acesso em 16 fev. 2015.



tuberculose a gente já sabe que será o coordenador daqui, seria interessante outra pessoa de fora. Mesmo tema, não traz coisas novas, às vezes sabe, mas esquece de passar para gente. Aí a gente acaba falando de novo... porque todo ano a gente tem. Muitas vezes cobrança, cobrança, escuta muita cobrança que não é nossa, aí a gente cumpre a cobrança que eles querem, e desvia o foco da educação continuada, para escutar coisas de outra unidade, acho que se tem coisas para resolver, acho que tem que ser resolvido com aquela unidade de saúde... porque você fica pensando “será que é comigo?”... não tem necessidade de abordar isso numa educação continuada<sup>11</sup>... a gente se pergunta “será que eu faço certo?”, porque eles não aparecem também na unidade de saúde para conversar e vão colocar isso na educação continuada. Às vezes já tem tanto papel para preencher que é outra coisa que a gente vê, mais coisas, e aí a população fica de lado para suprir o lado burocrático, toma muito tempo. (ACS 1)

Cabe problematizar nesta fala o sentimento de cobrança da Agente, o que a faz sentir-se acusada nos espaços de formação, perguntando-se se aquilo que os palestrantes estão apontando se refere a sua unidade ou a outra. Percebe-se que são tratados temas considerados de má condução por parte das UBS, tendo os palestrantes necessidade de corrigir os mesmos. E então o sentimento da Agente de exposição diante do grupo, e seu desejo de que questões particulares sejam resolvidas particularmente, e não nas ocasiões dos cursos. Esta fala demonstra um sentimento negativo em relação a assuntos tratados em grande grupo. No entanto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (2004) aponta para a necessidade de que sejam tratados assuntos do cotidiano dos serviços. Isto, em si, não deveria ser negativo, mas altamente positivo, se pudesse ocorrer no sentido de

---

<sup>11</sup>Em geral, as entrevistadas não fazem distinção entre educação permanente e educação continuada, usando o último termo; mesmo que a literatura específica os distinga, deixarei o termo “educação continuada” nas falas, sem a preocupação com seu sentido conceitual. Quando eu me referir a elas, o farei usando o termo “formação”, uma vez não ser objetivo deste trabalho caracterizar a educação recebida pelas ACS como continuada ou permanente.

problematização, de dar voz aos profissionais de saúde, de busca conjunta por soluções, enfim, o que Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) propõem ser uma educação permanente em saúde, em oposição à educação continuada.

Vale lembrar que a transmissão de conhecimentos é somente de conhecimentos biomédicos, altamente tecnizados. Questionei com as ACS se elas conseguiam colocar em prática algum tipo de conhecimento que elas mesmas possuíam antes de se tornarem Agentes de Saúde, o conhecimento popular, e em resposta, todas confirmaram que não, que repassavam somente o que recebiam dos técnicos.

[...] só digo como funciona a unidade, como que faz para consultar, o que precisa e onde precisa ir, mas não coloco em prática o meu conhecimento popular. [...] É voltada para o que a gente escuta aqui, a única coisa que eu falo é ver se está tomando a medicação certa, é dizer como que tem que tomar, olho a receita que ele tem para saber, porque muitos não tomam, e dizer também quando eles reclamam que o remédio está causando alguma coisa, eu venho aqui e marco uma consulta com a doutora para ver porque que está acontecendo aquilo, porque não dá para dizer para eles “toma assim, ou faz assim, ou muda assim”, Deus me livre... (rsrsrsrs), depois vem aqui e vão dizer assim, “foi ela que mandou fazer isso”. (ACS 2)

Com relação às orientações, a gente tem que levar em consideração o saber popular, o senso comum, mas em relação às orientações que a gente pode e está autorizada a fazer, é só através das capacitações, o que eu penso ou deixo de pensar, o que faço ou deixo de fazer em relação à saúde e às doenças em si, ficam da minha porta para dentro. Ainda mais que não sou eu que estou indo, estou representando a saúde do município, então, em momento nenhum eu posso fazer isso, até, às vezes, eles querem que a gente veja resultado de exame, perguntam “o que você acha disso ou daquilo”, a gente não pode falar nada, nem que sim, nem que não, a gente tem que escutar o paciente, até porque, muitas vezes, numa própria conversa, a gente pode identificar algum

problema, que não tem, às vezes, resolução no posto, mas junto com a enfermeira, ela pode encaminhar para o serviço social, para o CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] para uma avaliação. Então, o que eu sei que posso falar e orientar foi pelas capacitações, porque eu não me sinto autorizada a falar nada daquilo que não tenha sido capacitada a falar. (ACS 5)

Sendo assim, o que as ACS “pensam ou deixam de pensar” devem ficar somente para elas. Assim, pode-se presumir, a partir das falas das ACS, que a formação deste profissional é voltada somente para a transmissão de conhecimentos técnicos e científicos, a “pedagogia da transmissão”, bancária, é predominante nestas formações, onde o ACS passa a ser o aluno ouvinte, e posteriormente colocam em prática todas as recomendações transmitidas, e o técnico assume a postura do professor, dono do saber e deposita tudo que é necessário no aluno para que ele possa desempenhar com qualidade e eficiência seu papel profissional de ACS.

Bornstein e Stotz (2008) defendem a necessidade de utilizar métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante e, se possível, incluindo novas tecnologias. Mas esta necessidade vem subsidiária da necessidade de se discutir concepções educativas, os métodos são sempre bem-vindos como caminhos para se chegar ao conhecimento, mas eles, por si só, não são garantia de mudança. É preciso que ocorra uma mediação do professor e verificar o que este entende por processo educativo, pois a tecnologia não é o próprio processo educativo.

O uso de novas tecnologias pode levar à alienação se utilizado de maneira reprodutiva, tradicional, ou seja, reproduzindo apenas os mesmos conhecimentos, calando a voz do aluno e, conseqüentemente, impedindo seu processo de libertação, de ver o mundo, de ler o mundo numa dimensão maior. Em educação, busca-se que com estas novas tecnologias o sujeito possa ter a capacidade de utilizá-las para abrir (criar) novas e várias possibilidades, de ver o mundo numa dimensão abrangente, considerando que a realidade não é linear.

Ainda em relação às entrevistas, percebi que o enfermeiro responsável pela equipe pouco participa deste processo de formação do ACS, a não ser no repasse inicial da informação, indispensável para o ACS começar o trabalho em sua comunidade.

[...] eu acho que deveria ter mais a presença do Enfermeiro, porque, muitas vezes, quem dava o curso são profissionais coordenadores, tipo coordenador da vigilância epidemiológica e tal, mas eu acho que como o enfermeiro participa mais na unidade de saúde, ele que vai gerenciar os ACS, boa parte poderia ser dado pelo enfermeiro, ele sabe expressar mais, sabe relatar a função do ACS quando ele estiver atuando na unidade. (ACS 1)

Entendo a fala da ACS 1 que gostaria que sua formação fosse mediada pelos próprios enfermeiros das unidades, pois estes vivenciam a realidade, o cotidiano dos serviços, e não somente que seja oferecida por técnicos que, muitas vezes, não estão ligados à realidade daquele serviço, apenas repassando informações. Mas considero importante problematizar esta narrativa, visto que, assim como em educação, a saúde necessita de outros olhares, é preciso que ocorra a troca com diferentes saberes, o diálogo deve existir, e a partir deste diálogo com as diferentes realidades e saberes, construir um novo conhecimento, não esquecendo que a formação deve/pode ser multiprofissional.

A formação é pautada por um roteiro, segundo uma entrevistada diz ocorrer: “você têm que realizar o mapeamento da área, fazer as visitas, seguir aquele roteiro, né” (ACS 3). O ACS recebe uma lista de coisas que deve executar durante a visita domiciliar, uma visita sistematizada para preenchimento de todas as fichas que serão utilizadas para fechamento mensal de um relatório em um sistema informatizado. Priorizam-se as ações de cuidado com as medicações, horário correto dos mesmos, alimentação saudável e hábitos de higiene, se ocorreram internações hospitalares, se alguém adoeceu etc. Não sobra espaço para que a população diga quais suas reais necessidades, e nem mesmo as ACS dizem o que acreditam ser prioridade em sua formação.

Benevides (2001), já apontava que as ACS estão cada dia mais envolvidas com os aspectos técnicos, e menos presentes no contato com a população, priorizam o cumprimento dos protocolos para atender as exigências do sistema. Existe, por vezes, uma cobrança excessiva e exaustiva por produções, números. “Em muitos momentos, essa atuação é marcada pela influência sanitarista, cobradora de resultados higiênicos e de saúde” (BENEVIDES, 2001, p.202). Essa excessiva padronização e normalização da ESF têm contribuído para a exclusão de algumas famílias ou grupos dos serviços de saúde, sendo que muitas famílias necessitam mais que atendimento clínico/técnico padronizado, precisaria

de uma assistência especial em sua abordagem e acompanhamento, e isto demanda tempo, disponibilidade que, por vezes, não se encaixa nas rotinas do serviço (BENEVIDES, 2001). E são essas padronizações/normatizações que são repassadas nos processos de formação, se priorizam ações voltadas ao cumprimento destes protocolos.

A maioria das ACS recebeu um curso oferecido pela EFOS - Escola de Formação em Saúde, os quais consideraram importantes, foi um curso de maior duração (400 horas), onde ocorreu articulação entre os conteúdos, não era apenas pontual, havia momentos de concentração em sala de aula e momentos de dispersão na própria comunidade, segundo seus depoimentos. Foi o momento de relacionar teoria e prática. Este curso foi a primeira etapa do curso de formação técnica para o ACS que, como mencionado nesta pesquisa, ficou apenas nessa fase, as etapas seguintes não aconteceram em nossa região. O que sabemos é que esta formação, se concluída, deveria estar baseada no Referencial Curricular para o curso Técnico de ACS, elaborado em 2004.

O MS, com a elaboração do Referencial Curricular, propôs que a formação acontecesse por itinerários formativos, uma formação por etapas e com presença nos serviços. O reconhecimento de cada etapa possibilita a progressão dos estudos, conforme seu grau de escolaridade. Desta forma, além de iniciar o processo formativo, o ACS poderá complementar sua escolaridade, sendo possível também dar continuidade aos estudos de formação profissional (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

Este curso foi bem bom. Foram abordados todos os assuntos, até de dentista, de todos mesmos, acho que durou meio ano, era toda terça-feira na Unesc, não era de formação técnica e sim de capacitação. [...] sempre é bom, a gente aprende bastante. (ACS 4)

Foi uma capacitação, depois eles até comentaram que, que como foi vários dias, que depois viria o técnico, mas até agora, faz 03 anos e não veio. Na verdade, ele ajudou bastante, mas nunca é o suficiente, né. A gente vai aprendendo dia a dia coisas diferentes, vão surgindo coisas diferentes no dia a dia que não estavam lá no curso. (ACS 3)

[...] a gente teve este curso da EFOS, eu entrei em 2008, foi quantos anos depois né, daí foi este cursinho de 04 meses, mas também este curso da EFOS foi tudo aquilo que a gente já teve nas outras capacitações, só que este foi tudo junto e as outras capacitações era individual, era todos os ACS juntos, mas os assuntos eram separados, por exemplo: “hoje vamos falar sobre tuberculose”, passava mais um tempo era sobre outra coisa, e esse da EFOS, que era de 04 meses, e a gente ia uma vez por semana, toda semana tinha um tema, mas era seguido, foi legal até.

Pesquisadora: Mas este curso formou vocês como técnicos?

Não, não, era só de capacitação. (ACS 2)

Para as ACS este curso (primeira etapa de formação técnica), foi importante porque as fez (re)pensar sobre sua prática, foi abordado diferentes assuntos. O que me instiga é realmente entender se este curso de formação inicial possibilitou/despertou nas ACS o conhecimento e o valor de seu trabalho na equipe? O conhecimento adquirido neste curso possibilitou a construção de novos saberes? O que as ACS trouxeram consigo foi valorizado? Ou apenas ocorreu a substituição de um conhecimento por outro? Entendo o processo educativo numa dimensão maior, sendo formativo e não prescritivo; desta forma, oferecer um curso de formação somente por uma obrigação de oferecer não é o suficiente, seria necessário um curso de formação que possibilitasse refletir sobre suas práticas, reconhecendo o saber prévio do ACS, criando e permitindo espaço para troca de conhecimentos, tem que haver um “por quê?”. Visualizar um processo formativo que apenas cumpre com algumas exigências legislativas, por si só não traz mudanças.

Ainda em relação ao processo formativo, os profissionais da ESF relatam que as ACS recebem vários cursos de formação oferecidos pela Secretaria de Saúde, mas desconhecem se todas as Agentes receberam o curso introdutório para ingressar no programa. Um profissional me informou que desconhece se tem ou se teve algum curso introdutório para as agentes, e que no início elas apresentavam bastantes dificuldades em abordar as famílias, que uma agente ia aprendendo com a outra, acompanhando durante as visitas, mas considera importante e necessário um curso de preparação inicial, que as ensine a desenvolver o seu trabalho. Nos documentos oficiais existe a recomendação de que toda

ESF inicie seus trabalhos por meio de um curso de qualificação básica para formação; este tem por objetivo discutir os princípios e diretrizes do SUS e da própria ESF, capacitando as equipes para o processo de trabalho (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Nesta equipe, também a partir das falas dos outros profissionais, evidenciei o descumprimento de uma das exigências da lei nº 10.507/julho de 2002:

No início eu imagino que eles enfrentaram dificuldade, como abordar um paciente, bater na casa da pessoa, até como se apresentar, entende, eu acho que devem ter enfrentado esse tipo de dificuldade. Agora, creio que não mais, tipo, eu já conheço todos os pacientes, eles também, então já virou rotina aquilo ali, sabe. As mesmas pessoas, então não muda o ACS que é daquela região, trabalha naquela região e conhece todos os moradores, mas no início devem ter enfrentado dificuldade, porque tu imaginas, você começar uma coisa sem grandes orientações, realmente isso é um ponto falho, deveria ter um curso preparatório de como abordar. [...] Acho que não tem capacitação, eu desconheço. Tem assim, pegou a época da gripe A, faz uma capacitação sobre isto, mas eu digo especificamente para começar a trabalhar como ACS, isso que eu quero te dizer.

Pesquisadora: Curso introdutório?

É, esse curso introdutório não tem aqui. Que eu saiba, não tem aqui. Vai acompanhando uma, vai vendo o serviço e depois passa para sua área, eu imagino que seja assim. Mas capacitações sobre outros assuntos eles têm direito, em determinadas épocas. (MÉDICA)

Eu acho que são suficientes, eles fazem formação sempre, ano passado tiveram, acho que esse ano teve mais uma também, não me lembro deste ano, mas ano passado tiveram, as meninas iam a todas as capacitações, de como lidar com as doenças, sobre diabetes, como orientar os pacientes, tiveram essas orientações, a Prefeitura dá essa capacitação para eles sim. Eles têm essas

capacitações, essas orientações sim, foi dado. (TÉCNICA EM ENFERMAGEM 1)

Antes de entrar, igual à gente, quando entra não tem nada, mas com o passar do tempo a Prefeitura vai capacitando, vai dando os cursinhos, são em serviço. Eles ligam e falam, “amanhã manda fulano e beltrano para capacitação na Unesc”, ou “vai ter capacitação só para os ACS, manda tudo”, a enfermeira manda e eles vão. Tem capacitação sim, tanto para técnico, como para ACS, para ACS tem bastante, de vez em quando é chamado para capacitação de alguma coisa. (TÉCNICA EM ENFERMAGEM 2)

A própria equipe demonstra desconhecimento de como deveria ser a formação do ACS, desconhece a existência ou não do curso introdutório exigido em lei. Para os profissionais da equipe, as educações continuadas por si só, servem como base para prepará-lo para o serviço.

Corroboro com Tomaz (2002 *apud* BORNSTEIN; STOTZ, 2008) ao mencionar que o processo de formação/qualificação do ACS ainda é desestruturado, desarticulado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o desempenho de sua profissão.

Outro olhar é dispensado em relação à formação do ACS por um usuário, este considera que a formação do ACS poderia ser oferecida em parceria com a universidade local.

Eu gosto muito deste sistema de medicina familiar, eu acho que eles devem ter certa independência de cabides políticos, e que existisse certa atualização/capacitação desses em convênio com a UNESC, multidisciplinar. Se alguém escolhe trabalhar com pessoas idosas, doentes, tem que ser orientado por alguém. (USUÁRIO 5)

Pode-se aludir a necessidade de informação à comunidade sobre a formação recebida pelos profissionais, uma vez que a universidade local está presente em várias ações formativas.

Nas falas encontramos algumas divergências sobre o processo formativo, parece-me claro que as ACS, os profissionais de saúde e os



usuários apresentam opiniões distintas em relação ao mesmo assunto, (com exceção da médica, que parece ter uma visão semelhante as das ACS), e como, de fato, a formação deveria ocorrer para contemplar o que se encontra legislado.

#### 4.2 FUNÇÃO DESEMPENHADA PELOS ACS

O MS atribui como função do ACS as seguintes atividades:

realizar mapeamento de sua área - cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro - identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco – identificar áreas de risco – orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário - realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica – realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade – estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre situações das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco – desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças – promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras – traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites – identificar parceiros e recursos na comunidade que possam ser potencializados pelas equipes. (BRASIL, 2001, p.78)

Parece-me que todas as ACS entrevistadas têm bem claras e definidas suas funções, foram unânimes as respostas que elegeram como função do ACS as elencadas pelo MS e repassadas às mesmas em seus cursos de formação, ou seja, em formação recebida ao longo do trabalho. Quando questionadas em relação ao desempenho de seu trabalho, elencaram como função essencial a visita domiciliar e o

cadastro das famílias, seguida de orientações às gestantes, o cuidado de crianças menores de 02 de anos, hipertensos e diabéticos. O trabalho encontra-se focado nas orientações de cuidado aos medicamentos, como dose correta, horário correto, realização de exames periódicos, bem como informações sobre campanhas de vacina, vacinação atrasada, dinâmica de funcionamento da Unidade de Saúde e serviços disponíveis no local.

É fazer as visitas nas famílias, fazer o cadastro de todas as famílias do bairro, trazer da comunidade problemas aqui para nossa enfermeira, para ver se ela consegue resolver, no caso, estar fazendo tipo uma prevenção. (ACS 2)

As funções é a gente ir para a rua, dar orientação, fazer busca ativa, orientar as gestantes, procurar as gestantes e trazer para a consulta, estas coisas assim. (ACS 4)

Monitorar os hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, deficientes físicos, dependentes químicos, acompanhamento de crianças menores de 02 anos, saber o peso delas, se tiveram diarreia, estar atenta a todos os grupos citados, dar atenção para este público alvo, aproximar a população, independente de ela fazer uso ou não do posto, ela precisa saber que existe um posto de saúde no bairro dela, ainda mais no nossa, que grande parte utiliza planos de saúde ou atendimento particular, então eu vi que a divulgação do nosso trabalho aqui [...] é importante, porque eles não faziam uso do posto nem para pegar a medicação que é de graça, para hipertenso, diabético, ou qualquer outro medicamento que tenha aqui no posto, incentivar o cuidado com a saúde. (ACS 5)

Chama a atenção a fala da ACS 2, ao dizer que relata os problemas para a enfermeira da UBS na tentativa de resolvê-los. Esta fala indica uma expectativa que a coordenadora da unidade de saúde resolva o problema, como se as questões de saúde pudessem ser resolvidas por um profissional, e como se ela, agente de saúde, não pudesse participar desta “resolução”.

Nesta equipe pesquisada, bem como em outras em que trabalhei e trabalho, a preocupação gira em torno de dar conta das atividades programadas e estabelecidas verticalmente aos profissionais de saúde.

Quando questionadas em relação ao desenvolvimento de ações de educação em saúde com ênfase na promoção de saúde e na prevenção de doenças, relataram que estas atividades são desenvolvidas principalmente nas escolas, através de palestras informativas, quase sempre realizadas pelo enfermeiro da equipe, com a ajuda do ACS.

O ACS é o profissional que tem estreita relação com a população de seu bairro, de sua área de cobertura, e poderia, juntamente com a equipe, realizar um trabalho efetivo de educação em saúde, contando com a participação e envolvimento da comunidade, mas o que temos e percebemos nas falas é a padronização de serviços, cumprimento de metas e prazos e repasses de informações. As ACS referiram não ser cobradas pela supervisão central a realizarem 100% de visitas domiciliares mensais, pelo excessivo número de famílias cadastradas, bem como por realizarem outras atividades além das estabelecidas e atribuídas a elas. Comentam que desempenham atividades administrativas dentro da unidade, procuram prontuários de atendimento, separam medicação - que após serem conferidas pela enfermagem são entregues aos pacientes -, atendem na recepção, agendam consultas, atendem ao telefone, entre outras atividades.

A gente atende no balcão, na recepção, atende telefone, agendamento, pegar as carteirinhas, atender o pessoal que chega; chega um para fazer um curativo, tu vais dizer onde que vai e assim vai, a gente separa a medicação para depois elas [a enfermeira ou as técnicas em enfermagem] conferirem, a gente tem 06 anos [de experiência], sabe tudo ali, só que a gente não pode entregar a medicação, aí a gente separa e depois a enfermeira ou a técnica confere para ver se está certinho, a gente adianta o trabalho. Hoje tu pegaste um dia bem calminho, mas tem dias que isso aqui ferve que tá louco! A gente pode agendar aqui quando é para nossa médica, a gente tem uma agenda lá na frente, quando é para especialista a gente só recebe a carteirinha lá na frente, anota para quem a pessoa quer certinho e depois passa para a agendadora. O dia que tem que ficar aqui atrapalha, a gente deixa de fazer o serviço lá na

rua, e tem que ter a produção no final do mês. (ACS 2)

Então ela [enfermeira] não pode cobrar isto da gente, 100% não é cobrado, a gente chega e diz “olha, tu sabes que este mês a gente ficou vários dias aqui dentro ajudando e que não foi 100%”, ela diz “não tem problema, sem problema”. Ela é ciente disto, que a gente não vai dar conta da produção, de visitar toda a tua área. Bom, mesmo, toda a tua área nunca vai dar conta de visitar igual, se tu tens 300 famílias, tem gente aqui que tem, eu acho que é impossível fazer 300 visitas no mês. (ACS 3)

Em seus estudos, Costa et al., (2012, p.135) evidenciam esta mesma situação, “os ACS têm auxiliado as equipes de saúde com atividades de apoio - recepção de usuários na unidade, busca de prontuários, organização e controle do almoxarifado”. Estas atividades descaracterizam a função do ACS e, podem ser um empecilho para a não realização da visita domiciliar, sua principal ferramenta de trabalho. Este desvio de função do ACS sinaliza a necessidade de inclusão de mais profissionais na ESF, dentre eles um auxiliar administrativo, bem como a de reavaliar a diminuição do número de famílias por ACS, a necessidade de capacitações e de educação permanente (COSTA et al., 2012). Também a necessidade de uma educação permanente no sentido de possibilitar uma reflexão do seu próprio trabalho, de desenvolver a criticidade.

Indaguei se elas gostavam deste desvio de função, e a maioria respondeu que não consideravam como problema, que atrapalhava um pouco o serviço na comunidade, mas que era preciso ajudar as colegas da unidade em função do acúmulo de serviço, principalmente em dias mais movimentados. Desta forma, a visita domiciliar, que é a principal ferramenta de trabalho do ACS, não é priorizado em função de outras atividades. As ACS, por desenvolverem atividades distintas dentro da Unidade, não são cobradas a realizarem 100% de visitas, como vimos acima. Seria possível realizar todas as visitas domiciliares caso não realizassem atividades de outras pessoas da equipe, mesmo quando sabemos que o número de famílias para todos os ACS é bastante expressivo?

Este desvio de função relatado pelas ACS foi evidenciado também nas falas dos demais profissionais de saúde:

Eles não podem dividir o trabalho deles, porque a gente como técnica não pode fazer, nem tem como, nem sobra tempo para a gente, ao contrário, eles ajudam a gente a achar prontuário, os momentos em que eles não estão na rua, que estão aqui dentro, eles estão ajudando a gente. Precisando fazer pacotinhos elas ajudam, nisso elas são ótimas [...] ajudam a fazer pacotinho, quando não tem nada para fazer, e se vai ficar aí de braço cruzado, e já fez o serviço deles, atendem ao telefone, atendem no balcão, ajudam a procurar prontuário, não atividades diretamente com o paciente, mas procurar ficha, fazer pacotinho, serviço bem básico, ajudam. Se o telefone está tocando atendem, se tem tumulto no balcão ajudam, bem assim. (TÉCNICA EM ENFERMAGEM 1)

Agora mesmo tinha 03 ACS aqui, às vezes elas ajudam aqui dentro a distribuir medicamento, que não seria a parte delas, [...] elas separam o medicamento, é conferido pela técnica e elas vão e entregam em casa. Então acho que elas ajudam bastante. (MÉDICA)

Normalmente eles ficam mais tempo aqui na questão do clima, e tem situações também que eles querem ajudar, quando tem muita gente, dá um movimento muito grande, eles ficam um pouquinho mais para ajudar, ao invés de saírem às 09h eles podem sair às 10h, eu deixo pelo menos 01 ACS até às 10h para dar um suporte para a gente aqui. O certo é ter uma recepcionista, na verdade, mas todos os dias fica 01 só, até às 10h, elas fazem rodízio, e depois fazem a visita domiciliar. Tem situações que já falei para elas “hoje vocês podem ir à vontade”, às vezes elas ficam porque querem fazer ficha A [instrumento utilizado para o cadastramento das famílias, onde constam dados dos moradores e do domicílio] [...]. (ENFERMEIRA)

Sendo assim, este desvio de função não está relacionado com o desconhecimento de suas atribuições, e sim às próprias condições de trabalho, já comentada nesta pesquisa, como falta de estrutura,

sobrecarga de atividades e equipes reduzidas. Talvez seja mais fácil resolver os problemas que estão dentro da Unidade do que aqueles que estão no bairro que, por vezes, são trazidos à equipe e acabam, por uma questão ou outra, não sendo resolvidos. O ACS sente-se, a meu ver, útil ao realizar um agendamento de consulta para um usuário, por exemplo, e este dispensa gratidão ao profissional pela execução de tal atividade, sendo que no domicílio, muitas vezes, esta troca não acontece.

Morosini, Corbo e Guimarães (2007), em seus estudos, encontraram esta mesma situação, elas acreditam que os desvios de função ocorrem, sobretudo, porque os ACS são responsabilizados pela execução de práticas burocráticas, assim como encontrado neste estudo. Para a autora, “a recorrência deste fenômeno deve nos fazer refletir sobre a desvalorização do trabalho do ACS como mediador no trabalho educativo” (MOROSINI; CORBO; GUMARÃES, p. 267). Este desvio de função do ACS, segundo as autoras, nos remete a pensar o seu trabalho sendo considerado como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser remanejado segundo as necessidades dos serviços e equipe, para execução das mais distintas atividades, as quais, supostamente, exigem pouca capacitação.

Retomando a discussão em relação às funções dos ACS sob o olhar dos demais profissionais da ESF, encontramos entre as falas que a ferramenta de trabalho do ACS mais citada é a visita domiciliar. Consideram o ACS como elo entre a equipe e comunidade. Um dos profissionais citou que os ACS são os olhos da equipe lá fora (referindo-se à comunidade). Para Bornstein e Stotz (2008), os ACS são como os olheiros da equipe, identificando e captando as necessidades da comunidade.

De modo geral, as respostas se assemelham, atribuindo os profissionais como função do ACS a visita, a atualização de cadastros, o acompanhamento de gestantes, crianças e idosos. O que mais chamou a atenção é que grande parte relatou que o ACS precisa identificar algum tipo de problema, situações de risco e encaminhar para a USF, assim como procurar identificar se a pessoa está fazendo uso correto da medicação.

Ver o que o paciente precisa, ir na casa, ver o que ele precisa, se falta medicação, se precisa do médico, como ele está vivendo, ver se o idoso está tendo o cuidado do familiar. Ter o cuidado direto com o paciente, ver o que ele está precisando e encaminhar para a unidade. Eu não sei te dizer o que ele faz... deixa eu ver o que eles

fazem aqui, fazem ficha A, o cadastro do paciente, eles entregam medicação, fazem o HIPERDIA [sigla que representa o programa de hipertensos e diabéticos], fazem a pesagem da criança para o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), fazem o SISVAN do idoso e da criança. Que eu lembre, porque eu não tenho aquele acompanhamento com eles na rua né, estão sempre envolvidos em cima disso, é o que eu olho e observo. (TÉCNICA EM ENFERMAGEM 1)

Eu entendo que seja um trabalho importantíssimo, porque são os ACS que estão em contato com tudo, então, são os nossos olhos lá fora, muitas vezes eu não tenho condição de saber o que está se passando e eles vêm e trazem para mim um caso de gravidade, ou trazem para mim ou para a enfermeira, e a enfermeira vai lá, confere se realmente tem, porque, muitas vezes, eles se assustam muito, é a maneira de a gente saber o que está se passando, é através dos ACS, porque muitas pessoas não procuram a unidade de saúde, então são os ACS que vão atrás, principalmente pessoas idosas que moram sozinhas, que é muito comum aqui no bairro, tá passando, enfrentando algum problema, não vem até a unidade e o quadro vai se agravando e só é descoberto através do ACS, então eu acho o trabalho deles importantíssimo. (MÉDICA)

Eu entendo que a função do ACS é muito importante para a US porque através das visitas domiciliares que eles fazem, eles informam várias situações, pode ter o perfil da US, na questão da vigilância epidemiológica, dos agravos e da própria morbidade, tudo ali é coleta de dados, e elas podem nos informar. Todos estes dados são para solucionar os problemas e até prevenir, em muitas situações. (ENFERMEIRA)

Para esta equipe, o profissional ACS trabalha como mediador, buscando identificar diferentes situações, repassando-as para os demais membros da equipe. Outro ponto a se destacar é a visão voltada à

informação, o ACS deve comunicar para a comunidade tudo o que se refere a notícias e informações da saúde.

As falas dos profissionais de saúde se assemelham neste item com as falas dos ACS em relação as suas atribuições, e estas, por sua vez, vem ao encontro do legislado. Entre as atividades mais citadas estão as de mediador entre equipe e comunidade, a realização de visitas domiciliares e atualização do cadastro das famílias, orientação a gestantes, idosos, hipertenso e diabético.

Fazendo este mesmo questionamento aos usuários da ESF, observei semelhanças e divergências nas respostas, se comparadas as dos profissionais e ACS, não parece claro para a população qual o papel desempenhado pelo ACS no seu bairro. Os usuários relacionaram seu papel a ajudar as pessoas doentes, a visitar as pessoas doentes, a entregar a medicação no domicílio, a organizar prontuários da unidade. Outros relacionaram seu papel a partir de adjetivos como querido, atencioso, humano, preocupado, ao passo que outros relataram que eles são grandes profissionais, que gostariam de poder fazer mais para ajudar, mas, muitas vezes, isso não é possível.

Ele é responsável por visitar as pessoas doentes em casa, se preocupa com o povo doente do bairro. (USUÁRIO 1)

Ele tem que se importar com os moradores e tentar ajudar, levar remédios quando precisar, eu acredito que seja isso. (USUÁRIO 2)

Importante porque muitas pessoas não podem vir à unidade de saúde, aí atendem em casa, essa é função importante, chegam no posto, eles já pegam o prontuário, fica organizado o serviço. (USUÁRIO 3)

Legal, atencioso, explica. Querido com a gente. (USUÁRIO 4)

As falas acima também foram encontradas nos estudos de Costa et al., (2012), para quem cria-se uma espécie de vínculo, especialmente no momento da visita domiciliar, em que o ACS entra em contato com o espaço particular da população, estabelecendo uma relação muito próxima, baseada no diálogo. Ainda segundo Costa et al., (2002), características de dar e receber, de colocar-se no lugar do outro e de se



solidarizar com o problema do outro é premissa fundamental para a criação do vínculo. Talvez este vínculo explique os adjetivos pelos quais alguns usuários se referiram às ACS.

Há ainda usuários que classificaram seu papel como integrador entre a equipe e a comunidade, uma forma de reconhecer a situação das famílias, inclusive financeira, para, de certa forma, poder intervir.

Acho que é uma forma de se integrar mais com o pessoal, saber onde mora, como vive, as condições financeiras. Pessoas interessadas com o problema nosso, se a gente pega remédio ou não.  
(USUÁRIO 9)

O papel de mediador (integrador) apareceu nas falas dos ACS e demais profissionais da equipe; está claro para todos os participantes que o ACS tem um papel importante de realizar a ponte entre os serviços e a comunidade. Esta atribuição também está estabelecida pelo MS.

No entanto, o agente de saúde não é visto como profissional educador, capaz de promover saúde, quase sempre o olhar da comunidade para com ele é relacionado a ajudar. Este aspecto também coincide com o que encontrei em algumas falas dos ACS e profissionais da equipe, o aspecto do ajudar está fortemente ligado ao papel profissional do ACS, segundo alguns participantes. Isto nos remete ao início da história da saúde pública no Brasil, quando as ações de saúde eram planejadas no sentido de caridade, ajuda ao próximo, e não como direito (VASCONCELOS, 2001).

#### 4.3 ENTENDIMENTO DO TRABALHO DO ACS

O ACS para o MS é considerado um personagem fundamental dentro do SUS, são várias as bibliografias que elucidam sua função de ponte entre a comunidade e a unidade de saúde, pois levam informações importantes da comunidade para a unidade e vice-versa. “Eles representam um importante elo entre a equipe profissional e os usuários, na medida em que exercem o papel de tradutores do saber científico para o popular e de mediadores do acesso da comunidade aos serviços de saúde” (MIALHE, 2011, p.9). Então, em relação ao processo de sua formação profissional, surgiu a necessidade de verificar como os próprios ACS se veem no seu trabalho.

A partir dos dados coletados, as agentes consideram-se importantes dentro da equipe e recebem gratidão dos usuários pelo serviço que desempenham na sua área. Gostam do sentimento que despertam nos usuários e no reconhecimento que eles dispensam ao seu papel profissional.

Eu gosto do que eu faço, eu adoro, acho que se eu sair de ACS, nossa!!! Porque tu crias um vínculo com os pacientes, se tu saís na rua eles vêm te abraçar e te beijar, todo mundo te conhece, no final de semana tu estás em uma praia, todo mundo te conhece, eu adoro, eu sou feliz com o que eu faço, se bem que não é bem remunerado, mas a satisfação profissional é boa. (ACS 2)

[...] mas como diz que a gente é o elo entre a comunidade e a equipe, todo mundo fala assim, né, mas eu acho que a gente é pouco valorizada ainda, um pouco bastante. (ACS 3)

Eu me vejo como uma peça importante, porque é uma frase que é sempre usada, mas que realmente é o elo entre a comunidade, sempre tem que ter esta frase [...] realmente a gente é uma peça importante porque a gente leva informação, muitas vezes, como é uma população muito abrangente também, muitas vezes a enfermeira não dá conta, a gente que leva a informação, como a gente fica na recepção, muitas vezes o problema, a dúvida, o paciente desabafa com a gente, não só relacionado com doença, mas também com a vida pessoal, a gente ajuda bastante, relacionado à população a conversar. (ACS 1)

A narrativa expressa a construção de um vínculo; no momento da visita domiciliar, o ACS entra em contato com o universo particular das famílias, fazendo com que esta relação, através do diálogo, se torne próxima. Por serem estabelecidas relações muito próximas, acabam por formar fortes amizades, tornando quase sempre o trabalho do ACS algo prazeroso de ser feito (COSTA et al., 2012).

A questão do diálogo também se fez presente nas respostas dos demais profissionais da equipe, os mesmos consideram importante o trabalho dos ACS no sentido em que eles podem dialogar com os

pacientes, acreditam que eles sejam os profissionais com maior tempo e espaço para conversar, citam que muitos pacientes só necessitam ser ouvidos, porque muitas vezes os familiares não dispensam este tempo para com os seus, e na unidade de saúde, em função da complexidade e da quantidade de serviços, o diálogo acaba restrito ao essencial. As narrativas dos membros da equipe se equiparam ao estudo feito por Costa et al., (2012), para quem, além do ACS ser o elo entre a comunidade e a unidade de saúde, no seu trabalho encontram-se também elementos potencializadores da prática do cuidado, que se sustentam numa relação acolhedora. As narrativas a seguir elucidam a prática acolhedora do ACS apontada pelos membros da equipe.

Eu nunca acompanhei nenhuma delas, mas sei que os pacientes as elogiam, porque às vezes só o jeito delas conversar e tratar o paciente, o carinho que elas dão para eles ajuda bastante. [...] Às vezes eu as vejo conversar aqui, que vão à comunidade, que conversam, que orientam, a conversar com a nossa enfermeira, que ela vai explicar direitinho o que vai acontecer. (HIGIENIZADORA)

É ver a necessidade do paciente, eu penso assim, porque às vezes tem paciente que nem vem no posto, às vezes o agente vai lá e ele tá precisando de um diálogo, tá precisando conversar, às vezes resolve, porque às vezes não tem isso com a família. Tem muitos pacientes idosos que precisam, muitas vezes, só conversar, alguém que os escute, e essa ida do Agente em casa evita até de eles virem ao posto. Porque muitas vezes eles vêm só para conversar com a gente, para ter com quem conversar, tem muitos idosos que necessitam de diálogo, de atenção, isso a gente dá. (TÉCNICA EM ENFERMAGEM 1)

Outra importância primordial do ACS apontada foi a de trazer o que se passa lá fora (comunidade) para dentro da unidade de saúde, fazendo uma espécie de triagem.

Acho que o pessoal daqui desta equipe está bem treinado, o objetivo do trabalho está bem claro para eles, acredito que eles desempenham muito bem o trabalho deles. E a importância é justamente isso, trazer para dentro da unidade o

que se passa lá fora, como eu te falei, nem todos os pacientes procuram a unidade, então eles fazem esta ponte, aqueles que não procuram eles vão atrás, veem se realmente precisam de assistência médica, ou, se não para mim, falam se precisa de encaminhamento para internação. Eles fazem tipo uma triagem. (MÉDICA)

A prevenção de doenças foi outro ponto destacado pelos membros da equipe, consideram o papel preventivo umas das funções do Agente, também a realização de planejamentos, identificação de quais famílias e quais áreas necessitam da intervenção da equipe como um todo.

A importância deste trabalho para a ESF está em monitorar a micro área e fazer o que pode melhorar para aquela micro área, pode prevenir certos tipos de situações também, saber a morbidade de cada ponto, e saber até que ponto você pode agir diante disso aí, fazer o planejamento anual, ou, dependendo da situação, em cima desta situação, fazer o planejamento em relação às informações daquele ACS [...] na verdade, o ACS, ele vai orientar as questões de saúde também. (ENFERMEIRA)

Em relação à prevenção, esta se baseia na informação sobre doenças, distribuição de folhetos e campanhas pontuais.

Neste contexto encontramos alguns aspectos em comum nas falas, tanto das ACS como dos demais profissionais, como o papel de mediador (elo, ponte) entre os serviços e comunidade, peça importante dentro da equipe, levar informações aos usuários, identificar situações de risco e o mais comum entre as falas, o diálogo, tempo (disponível) para conversar (dialogar) com os usuários.

Mesmo com o prazer e a satisfação em desempenhar a função, as Agentes destacam a presença de alguns empecilhos, como o fato de serem vistas como Agentes de Saúde 24h por dia.

Tento separar o pessoal do profissional, mas depois das 5 da tarde, eles ainda continuam vendo a gente como ACS, tem que aprender a colocar os limites. (ACS 5)

Surgiu neste item, mais uma vez, o desvio de função, evidenciado na fala da ACS 1 que diz que, por permanecerem na recepção, os usuários sentem-se à vontade para desabafar e dialogar com elas, confirmando a denotação do trabalho do ACS como inespecífico.

No entendimento das agentes, por atuarem e residirem no mesmo bairro de trabalho, criam-se laços de amizade com a população que as consideram como agentes, mesmo quando estão em suas residências nos momentos de folga, procurando-as sempre que necessitam de algo referente à unidade de saúde.

Esta situação também foi encontrada nos estudos de Filgueiras e Silva (2011), os autores destacam que trabalhar em um lugar onde se conhecem muitas pessoas pode ser ruim, pois a cobrança pode ser maior, os encontros são mais frequentes e muitas vezes os usuários são vizinhos dos ACS. Sendo assim, se estabelece uma relação muito próxima com os usuários, que passam a considerar um dever do profissional desempenhar tal função. A narrativa do usuário abaixo confirma esta situação:

As pessoas idosas de 80 anos não têm mais condição de virem ao posto, e as pessoas da casa [família] trabalham, então elas [ACSs] vão até as casas, veem se os idosos estão bem, se estão precisando de médico. Mas tem que visitar mais vezes, vão pouco às casas, na minha casa não vai ninguém [...]. (USUÁRIO 1)

Outro empecilho encontrado está na limitação das funções, uma das agentes destacou o fato de querer poder orientar à sua maneira algum paciente, mas que, por via de regra e protocolo, não consegue.

O ACS tem limitações, porque tu não podes aconselhar, dar opiniões pessoais para o paciente, mas isso não impede de escutar o paciente, e encaminhar ele para muitos casos que a gente pode encaminhar, às vezes conversar com um familiar, explicar a situação, por exemplo: aqui no nosso bairro não teve nenhum caso de suicídio, é lógico que a gente não pode evitar tudo, mas a gente conversa muito com os pacientes. (ACS 5)

[...] meio podada devido aos limites das nossas atribuições, tu queres dar um conselho e a gente

não pode, eu não vou dar. Eu sou do Direito [graduada em Direito] e sou muito chata em relação às regras, para todas as regras tem exceções autorizadas, mas agora, se me disser “tu tens que ir para esquerda por isso e por aquilo”, eu vou, estou sendo paga para isso, tem que ser assim, não posso ir além daquilo, ainda mais que será uma coisa incorreta. (ACS 5)

Como já vimos no item sobre sua formação, o trabalho como ACS não confere autonomia para que ela coloque em prática o seu saber prévio, adquirido no desempenho de sua profissão, sendo permitido apenas o repasse do saber adquirido nas educações continuadas, o saber técnico, o que está preconizado nos protocolos da instituição. E essa visão ilusória de que conhecimentos biomédicos seriam mais adequados ou capacitados para resolver os problemas da comunidade é que, por vezes, descaracteriza o trabalho do ACS junto à equipe e à comunidade (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011).

Outro ponto negativo levantado pelas ACS foi a questão salarial, as mesmas sentem-se desvalorizadas em função do pouco salário que recebem para o desempenho de uma função ímpar dentro da equipe de saúde. Ao mesmo tempo em que se sentem orgulhosas pelo sentimento de gratidão vindo da população, experimentam um sentimento de ingratidão pelos administradores por remunerá-las tão desigualmente dos demais membros da equipe.

A desvalorização percebida pelas ACS em relação à baixa remuneração também é reconhecida pelos demais profissionais da equipe. Para a equipe, estes profissionais são mal remunerados, são bem vistos pela equipe, mas não recebem tal reconhecimento por parte do setor público.

Eu percebo que a equipe sem o ACS não funciona, a gente conhece unidades de saúde que não têm ACS suficientes, eles não conseguem fazer um planejamento legal, analisar a situação de cada micro área, não tem como, é em torno de 4000 famílias para cada ESF, não tem como ela saber a situação de todas as pessoas, por isso são importantes, eles são nosso caminho de comunicação, sem eles, realmente não dá. (ENFERMEIRA)

Acho que eles são desvalorizados porque eles ganham muito pouco, pelo trabalho desempenhado tinham que ganhar bem mais, dentro da equipe eles são valorizados, porque a gente valoriza os colegas, e respeita muito o trabalho deles, mas pelo poder público eles poderiam ser um pouco mais valorizados. Repercutir financeiramente para eles, eu acho que ganham pouco, pouco demais. (MÉDICA)

A maioria desses profissionais tem uma renda per capita baixa, e o salário, ao invés de ser um estímulo, surge como uma limitação. Na maioria das vezes, os ACS são os responsáveis pelo sustento da família, isto, aliado à sobrecarga de trabalho, tem se tornado um dos motivos de desmotivação (COSTA et al., 2012).

[...] a gente está tentando isso há tempo, pagar a insalubridade, acho que a gente precisa. Na verdade, no nosso salário a gente não recebe aquilo que o governo manda para a gente receber, então é por isso que a gente fica meio assim, a gente recebe menos do que vem para a gente. O sindicato já fez alguma coisa, daí deu uma aumentadinha no ano passado, mas não chegou naquele valor ainda que é para pagar, para a gente receber. (ACS 2)

Acho que a desvalorização é o salário, é pouco, devia ser mais. (ACS 4)

A gente é pouco valorizada ainda [...] até pouco tempo atrás, os valores, a remuneração, e depois é sempre a enfermeira e a técnica, e o ACS, que diz que é o mais importante para trazer os problemas lá de fora para a Unidade, mas, na verdade, não é bem assim. Tu sempre ficas atrás. (ACS 3)

No entanto, mesmo com a presença de todos os entraves encontrados na profissão de ACS, de modo geral, elas se percebem como uma peça importante para o bom andamento da equipe e reconhecem a importância e a necessidade de seu trabalho, mas não descartam a possibilidade de mudança de profissão, em função do baixo salário e desvalorização. Se compararmos os salários dos membros da

equipe de saúde, perceberemos que existem diferenças significativas. Das cinco ACS entrevistadas, três possuem diploma de curso superior e duas delas formação de nível médio.

Estou procurando algo na minha área, mas quando estiver por aqui, estarei 100%. O canudo está lá em casa, aqui sou ACS. (ACS 5)

Acreditam que, enquanto houver razões, permanecerão como ACS, mas, em um momento oportuno, não descartam a ideia de deixarem a função por outra.

Apenas uma, que possui graduação em Letras, não se percebe realizando outro trabalho que não seja o de Agente de Saúde.

Não tenho intenção de ir para esta área, me sinto realizada como ACS, para professora não deu certo. Daqui é só para a aposentadoria. Estou satisfeita com a minha profissão de ACS. (ACS 4)

Esses dados retirados dos depoimentos dos ACS me fazem pensar sobre o processo de formação. Será que todos esses entraves encontrados no dia a dia de sua profissão seriam resolvidos se fossem devidamente formados? Isso me faz pensar que a educação sozinha não é suficiente para resolver todos os problemas. Parece que a formação é somente um dos problemas diante de tantos que rodeiam o profissional ACS. A questão da autonomia da profissão, a questão salarial, tudo isso vai além da formação, talvez esteja relacionado com a própria história da origem deste profissional no SUS, com a questão da hierarquia própria do setor saúde, enfim, um problema muito mais abrangente.

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a

Transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.43)



Um ponto importante advindo dos dados é a percepção positiva sobre seu trabalho. Um processo formativo crítico precisa partir desta condição subjetiva para edificar qualquer conhecimento sobre a função.

#### 4.4 SENTIMENTO EM RELAÇÃO SECUNDÁRIA À EXECUÇÃO DO SEU TRABALHO

Durante a pesquisa, vários problemas foram levantados pelas ACS para a execução do seu trabalho, um deles refere-se ao número expressivo de famílias; todas as micro áreas sob responsabilidade da ESF pesquisada são bem volumosas, ultrapassando o número estipulado pelo MS, que é de 750 pessoas no máximo, ou 250 famílias, dependendo da extensão e conforme atuação na zona rural ou urbana (BRASIL, 2000).

Tal fato gera um sentimento de angústia por parte da profissional, que acaba por não cumprir o seu papel de realizar visita mensal, principalmente nos grupos considerados prioritários como gestantes, hipertensos, diabéticos, acamados, crianças.

[...]100% é difícil, muitas vezes a gente vai a casa e a pessoa não está, em prédio é difícil, porque ninguém quer abrir a porta. (ACS 4)

O número de população da minha micro área, ela é muito grande, é o maior problema para mim, eu, sinceramente, não consigo acompanhar todo mundo [...] tem paciente que tem a necessidade de um tempo maior, que tem uma carência maior, às vezes a gente não consegue só acompanhar, ver os medicamentos, eles querem conversar, contar um pouco da vida deles, não vai ser um “bate e volta”, uma visita que só tu foste, perguntaste e pegaste a assinatura e tchau né, muitas vezes eles confiam em ti, gostam de conversar contigo, então eles pegam um pouco mais do teu tempo, daí o tempo que tu ficaste a mais naquela casa, quando tu vês, já está perto do meio dia. (ACS 1)

A questão da não realização da visita mensal por parte das ACS, até mesmo em grupos considerados prioritários, é confirmada a seguir por um usuário, no entanto, o mesmo atribui à ausência de visita à falta

de interesse da profissional, não reconhecendo o número expressivo de famílias para todos os ACS.

[...] atuam mais na unidade que na comunidade, minha mãe é idosa, diabética e hipertensa, não recebe a visita mensal do ACS e nem meus vizinhos idosos. A visita acontece de vez em quando, é raro. Penso que eles deveriam passar para dar um incentivo, atenção, perguntar como está a diabetes, a pressão. Ver como está a saúde, se precisa de uma visita do médico, do enfermeiro, agendar uma consulta, de repente. Mostrar interesse. (USUÁRIO 2)

O horário de trabalho das ACS é de oito horas diárias, coincidindo com o horário de trabalho da maioria da população, sendo assim, fica extremamente difícil elas encontrarem os moradores em casa no horário de trabalho, muitas vezes gerando situações desagradáveis.

Às 17h é o horário que a gente tem que sair, então a gente pega quase sempre as mesmas pessoas, geralmente os idosos, né, ou o aposentado por algum motivo, é difícil a gente pegar pessoas novas, a gente pega pessoas novas assim num susto, está passando naquela rua para visitar e vê aquela casa aberta, que estava sempre fechada, por coincidência, então vai lá, divulga o trabalho, o posto, deixa o número do posto, então tem que fazer esta captação, tem que trazer outros pacientes. (ACS 5)

Segundo as ACS, os moradores reclamam que não recebem sua visita e, em contrapartida, as ACS se defendem argumentando que vão até o domicílio, mas não encontram ninguém para recebê-las, tudo porque os horários de trabalho são os mesmos.

Eu tenho muita dificuldade de entrar no prédio, e elas, as [outras] ACS também, tem prédio que não tem síndico, ou o síndico não está, a maioria tem problema com interfone, eu cansei de ficar presa e bater na casa de alguém para sair. (ACS 5)

[...] as pessoas não serem encontradas em casa, a maioria trabalha, daí, de repente, aparecem, como tiveram casos na unidade que falam, “ah, o ACS nunca foi na minha casa”, “mas você está em casa? Você trabalha”? “Ah sim, a gente só está em casa no sábado”, “bom, mas no sábado a gente não faz visita, o sábado é nosso, para nosso descanso também”, então fica por isso, mas tem muita cobrança em relação a isso, “ah, não tenho ficha, não tenho cadastro, porque nunca foram na minha casa”. Eu digo “não, a gente foi várias vezes”, inclusive a gente fez um mutirão no sábado para poder pegar estas pessoas em casa, mas, mesmo assim, era verão, e a maioria estava na praia, não conseguimos. (ACS 3)

Esta mesma situação também é levantada por um profissional da equipe.

Tem muitos que dizem “tu nem foste na minha casa, faz tempo que não foste”, daí o ACS diz “eu fui, mas estava cheio de cachorro” - quando é casa, às vezes é prédio –“apertei na campainha e ninguém atendeu”, ou “não tinha ninguém em casa e não atendeu”, então eles são desvalorizados neste ponto, quer dizer, não parou ninguém em casa, não ficou em casa quem estava precisando e depois eles vêm para cá reclamar, falam que não vai ninguém lá na casa, a gente pergunta “onde é tua casa? Quem é o ACS?”. Aí a gente vai conversar com o ACS, e elas falam “a gente vai, mas eles nunca estão em casa”. Acontece isso direto, em prédio, aperta, aperta a campainha e eles não atendem, se disserem que é do posto eles não atendem, ou tem muitos que olham, elas comentam com a gente né, que eles olham lá de dentro, veem que é do posto e não atendem. Têm pessoas que não atendem bem, elas não são bem recebidas em muitos lugares. (TÉCNICA EM ENFERMAGEM 1)

Segundo entendimento das ACS, a população quer que elas adaptem seu horário de acordo com as necessidades de sua área,

esquecendo-se que elas são profissionais iguais aos demais, com vida própria, família, e que precisam descansar após as atividades diárias.

Observei durante as entrevistas que um motivo de desmotivação das ACS no desempenho de sua função se dá por encontrarem-se “engessadas” na resolução de problemas da sua área.

O problema é a reclamação daqui de dentro, tipo o agendamento de consultas para especialistas, a gente é muito cobrada disso aí, porque demora demais, acho que o que é mais cobrado é isso, [...] e só do agendamento tu ouves muito, muito. [...] Demora muito e a gente escuta muito.

Pesquisadora: E isso incomoda?

Ah sim, porque às vezes a pessoa está precisando e tem que ficar ali numa fila de espera. A gente não pode interferir, porque é tudo no sistema, a gente só vai saber quando chegar a vaga da pessoa, que eles [Secretaria de Saúde] avisam para a gente poder avisar. (ACS 2)

O serviço de saúde aspira por mudanças, e os problemas estão sendo vivenciados pelos trabalhadores da saúde, incluindo os ACS, e pelos usuários. No cotidiano como enfermeira percebo que problemas como a fila de espera por consultas especializadas, realização de exames, entre outros, de certa forma, refletem no serviço dos ACS que, por serem o elo entre a equipe e a unidade, acabam atingidos e, algumas vezes, culpabilizados pelos problemas do sistema público de saúde do país.

Por vezes, o paciente, cansado de esperar pela resolução de seus problemas de saúde, despeja no ACS todo o descontentamento com a saúde vigente, proibindo-o de frequentar a sua casa, negando-se a assinar a ficha de visita, enfim, atribuindo a culpa ao profissional em questão, sendo ele o sujeito ouvinte de todas as reclamações que os usuários têm em relação aos serviços públicos.

Além de todos os problemas de ordem política encontrada na execução de seu trabalho, as ACS também precisam aprender a lidar com situações citadas por elas durante as entrevistas como, “o que vocês vêm fazer na minha casa?”; “vocês não fazem nada, só andam na rua e recolhem assinatura”; ou ainda, “vocês não trouxeram os meus medicamentos?”; “podes verificar minha pressão?” As atividades como verificação de pressão e dispensa de medicamentos são atividades dos profissionais da enfermagem, portanto, não é atribuição do ACS e não

podem ser desempenhadas por ele. Esta situação de cobrança de execução de tarefas não específicas de sua categoria, eliciadora de angústia nas ACS, pode ser confirmada no relato abaixo:

Existem na comunidade muitas pessoas idosas que não tem um cuidador, e que não podem vir até a unidade de saúde para pegar a medicação. Então penso que os ACS deveriam se programar para levar a medicação em casa no dia certo, e isso não acontece, fica a desejar. (USUÁRIO 2)

São situações deste tipo, juntamente com o baixo salário, que levam as ACS a desanimarem do seu trabalho, de não se sentirem valorizadas como profissionais de saúde. De certo modo, suas atividades são relativizadas, sendo caracterizadas, por vezes, como aquelas que nada fazem, e elas sentem isto. Mesmo não realizando atividades específicas dos profissionais da enfermagem, acabam por executar atividades extras, quase sempre devendo ser realizadas por outros profissionais.

Eu acho que a gente faz bastante, mesmo... embora tenha gente aqui dentro que fala, “você ganham bem, vocês não fazem nada, só andam na rua”, mas a gente não faz só isso.[...] Eu acho muito errado, a gente reclama bastante, acho que tem outros meios de conseguir estes dados que eles querem [dados de epidemiologia por exemplo, acompanhamento de pessoas que sofreram mordedura de cão] não precisa ser o ACS, ajuda a sobrecarregar mais ainda o ACS, nós aqui [...] é engraçado, porque tudo que [era] evento que tinha ali no centro [distribuição de folhetos informativos, ex. dengue] eles [Secretaria de Saúde] só chamavam nós, “manda os ACS aqui para o centro que tem não sei o que”, “manda para rodoviária que tem que entregar panfleto”, aí, um dia nós cansamos, guria, daí dissemos para nossa enfermeira, “ai não, pode dizer para a Secretaria [de Saúde] que a gente não vai mais, porque a gente gastava de ônibus, sabia? Eles não davam passagem, para cima e para baixo, nós éramos escolhidas porque nós somos perto aqui do centro [faz referência à localização da ESF, próxima ao

centro da cidade], todo mundo teve que dizer junto que a gente não queria mais; agora é difícil eles mandarem a gente ir, a gente cansou. Toda semana eram duas ou três vezes fazer coisas para eles, isso também prejudicava o nosso trabalho, deixava de fazer o nosso trabalho na rua, né. (ACS 2)

[...] é tudo o ACS que tem que buscar e fazer, até mordida de cachorro a gente tem que ir atrás, ver o cachorro; se é gestante, a gente tem que ir atrás para saber porque não veio à consulta; se é uma carteirinha, com a consulta para amanhã e a pessoa não atende ao telefone, a gente tem que levar. [...] às vezes eles [Secretaria de Saúde] ligam e perguntam: “você conhece tal pessoa?”, às vezes uma pessoa com HIV ou tuberculose, eles ligam do setor deles e pedem para a gente dar uma olhada para ver como ela está, se está fazendo o tratamento certo; quando tem tuberculose a gente tem que fazer o DOTS [tratamento supervisionado da tuberculose], dar o remédio todos os dias. (ACS 4)

Os ACS viram “quebra-galhos” dentro da unidade de saúde, terminam por atender telefone, dispensar medicação, dar recados, distribuir folhetos sobre atividades pontuais, observar cachorros que agrediram pessoas, e assim sucessivamente.

E vem a pergunta, como realizar visitas domiciliares de qualidade, desempenhar ações de promoção em saúde, se existe uma sobrecarga de atividades as quais, muitas delas não correspondem às suas atividades específicas? Será que devidamente formado/capacitado o ACS conseguiria garantir o seu papel profissional de agente de mudanças?

Neste item, assim como no anterior, vimos que os ACS têm enfrentado inúmeros desafios no processo de trabalho, sobrecarga de atividades, desvio de função, baixa remuneração, e esses elementos limitantes da atuação também são elementos que geram angústia, desmotivação para o trabalho e estão quase sempre relacionados à condição de regulamentação da profissão. Sendo assim, como apontam Costa et al., (2012), esta questão da regulamentação merece atenção especial dos gestores da saúde e poder público.

Uma das questões perguntadas para as ACS era como a comunidade percebia seu trabalho, uma vez a percepção que uma pessoa tem sobre o olhar do outro para ela constrói também a maneira como ela se percebe. Por esta razão foi acrescido este item às categorias de análise elencadas e analisadas até aqui, o qual será visto a seguir.

#### 4.5 RELAÇÃO DAS ACS COM A COMUNIDADE

As ACS acreditam que os usuários são satisfeitos com sua atuação, no sentido que dispensam gratidão a elas, que conseguiram estabelecer um vínculo de amizade com estes. Muitas relataram que os usuários são carentes de atenção, e que a encontram nas conversas com elas.

Alguns são gratos pelo nosso trabalho, mas a maioria queria que a gente fizesse mais [...] Tudo eles querem mais. (ACS 2)

Mesmo acreditando na satisfação dos usuários em relação a sua atuação, encontramos também crítica na fala de um membro da equipe em relação ao trabalho do ACS por parte dos usuários.

A nossa doutora e a enfermeira até que as elogiam bastante, agora, têm muitos lá fora que não, às vezes elas fazem, fazem, eu as vejo correrem atrás de médico, de consultas para eles [usuários] e ainda chegam aqui e as criticam bastante. (HIGIENIZADORA)

Continuando o assunto em relação à percepção da comunidade sobre o seu trabalho, as agentes relatam existir certa confusão, os usuários não sabem ao certo quais são as verdadeiras atribuições dos ACS, sendo assim, as veem como entregadoras de medicação, de recados, de carteirinhas.

Tal assertiva pode ser confirmada na fala seguinte.

O ACS agenda a visita do médico, da enfermeira chefe, orienta sobre medicação e traz em casa, acompanha a enfermeira para realizar o curativo, [faz] agendamento de consultas, providencia

encaminhamento de médico [especialista], elas agendam, ajudam os pacientes. (USUÁRIO 7)

As ACS acreditam que para os usuários todos os funcionários da unidade de saúde são da enfermagem, e por isso cobram a execução de técnicas por parte das ACS, pedem que realizem curativos, verifiquem pressão, administrem medicamentos, enfim, atividades relacionadas aos trabalhadores da enfermagem. De um modo geral, isto as incomoda, porque os usuários parecem não entender que as mesmas não podem realizar este tipo de atividade, que não é função do ACS e eles interpretam como má vontade, indagam que têm várias trabalhadoras na unidade e se não podem fazer, então, porque estão lá.

Ah, cobram, bastante, e a gente só faz se tiver passando mal, liga para cá e diz “vem aqui que fulano está passando mal”, daí a gente vai com a técnica junto, porque nós não podemos ver né [referindo-se à verificação de pressão], daí o posto já fica desfalcado. A gente não pode verificar pressão, mas eles cobram de nós, eles [usuários] acham que ACS tem que fazer tudo, eles não entendem, a gente tenta explicar qual a função do ACS, mas eles [usuários] acham que não entendem. Para eles é tudo enfermeira. Pede para a gente fazer curativo, é tudo assim, e a gente explica que não pode, “tu tens que ir lá no posto, não é nossa função”, mas eles não entendem. Falam “ficam tudo se esbarrando aí no posto, essa gentarada para quê, e eu estou aqui esperando”. (ACS 2)

Então, até hoje tem gente que acha que ACS é entregador de remédio, que tu tens que entregar o remédio, que é tua obrigação entregar, a gente entrega quando é um acamado, tinha aquelas pessoas que estavam habituadas a receber, tanto que quando eu entrei aqui eu fiquei assustada, porque eu via as meninas separando sacos de remédios, não era uma coisinha ali e outra aqui, eram sacos, na farmácia era cheio de sacos; com as capacitações que foram feitas eram reforçados, diziam, “olha gente, não pode entregar o remédio, o técnico tem que separar”, aí sim a



gente pode entregar, o profissional técnico que tem que separar, é uma coisa que demanda bastante tempo, chegava remédio, a gente separava e elas iam lá conferir, e depois, isso aí para mim é a maior dificuldade, este esclarecimento em relação ao ACS. [...] Então eles confundem com entregador de remédio, de carteirinha, parte da vigilância, questão de vacina de cachorro, então é uma coisa básica assim. (ACS 5)

Esta pesquisa já tratou deste assunto anteriormente, onde evidenciamos que com o surgimento dos ACS surgiu também a preocupação dos profissionais de saúde, especialmente os da enfermagem, em criar uma classe de trabalhadores que se assemelharia com os antigos atendentes de enfermagem, profissão já extinta na atualidade. Mesmo com a preocupação de todos os órgãos responsáveis e com as atribuições do ACS já definidas em lei, o ACS, por vezes, é confundido com o profissional de enfermagem pelos usuários. Para a população, se o profissional está dentro da unidade de saúde é da enfermagem, e deve realizar os procedimentos técnicos específicos da categoria.

Tal argumento já foi apresentado em outros estudos, como se percebe a seguir.

Nas sociedades atuais, a existência de uma determinada organização profissional interfere muito na forma pela qual as equipes se organizam e dividem seu trabalho. Com relação a este aspecto específico, partiu-se da premissa que, em sociedades mais estruturadas, caracterizadas por um sistema de saúde mais complexo, por uma organização profissional estruturada, por um mercado de trabalho já regulamentado, a presença/inserção de um trabalhador de saúde, sem uma referenda qualificação profissional, obedecia a determinados limites em termos de perfil, competências e organização tecnológica do trabalho. No caso específico do agente de saúde, historicamente, como se viu, sempre ocorreu uma disputa em termos de jurisdição, de espaço de atuação com o pessoal da enfermagem, mesmo

que ela nunca tenha atuado sob essa jurisdição.  
(SILVA; DALMASO, 2002, p.76)

O exposto acima legitima o ACS como profissional instigante por se caracterizar como um profissional híbrido e polifônico (NUNES et al., 2002), ou seja, é profissional de saúde, mas não se efetiva como tal, é vinculado à enfermagem, mas não é profissional da enfermagem, é advindo do povo, mas deve atuar segundo preceitos técnicos e médicos, gerando conflitos e dúvidas sobre a execução de seu trabalho.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa realizada com ACS de um bairro no município de Criciúma, procurei identificar e compreender como se dá o processo de formação para o trabalho dos Agentes Comunitários em estudo. Hoje os ACS tem sido objeto de estudo em várias produções científicas, mas se tratando especificamente de sua formação, encontramos uma área ainda pouco estudada.

Busquei identificar se a formação recebida por eles vem ao encontro do que é legislado e como ela se relaciona como sua atuação na ESF.

Para subsidiar a pesquisa utilizei como fonte os documentos do MS, os artigos retirados de fontes científicas, livros, periódicos, bem como as falas e experiências dos próprios sujeitos da pesquisa, no caso, os ACS, a equipe de Saúde da Família e os usuários.

Metodologicamente, a pesquisa se caracterizou como empírica, qualitativa, utilizando a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta dos dados.

A legislação traz algumas exigências para atuar como ACS, entre elas: residir na comunidade em que atua, conclusão de um curso de qualificação básica para formação de agente comunitário de saúde e conclusão do ensino fundamental. O que me causa preocupação é que no bairro estudado as ACS iniciaram o seu trabalho sem receberem essa qualificação básica que é descrita na lei. As ACS iniciaram seu trabalho com algumas orientações iniciais realizadas pela responsável da equipe, aprenderam no cotidiano do trabalho, principalmente com as ACS mais experientes. Mesmo existindo estas exigências em forma de lei, houve seu descumprimento.

Então, faço o seguinte questionamento: como que um Referencial Curricular é publicado em 2004, visando à formação por itinerários, no qual a conclusão da formação confere capacidade técnica ao ACS, sem que ao menos seja cumprida a qualificação básica que era exigida anteriormente a esta data?

O Referencial Curricular foi lançado para que a formação deixasse de ser aligeirada, fragmentada e isolada, visto que um curso básico de formação com uma carga horária reduzida não seria suficiente para atender à complexidade do trabalho do ACS. Então, o que dizer quando esta formação, mesmo sendo rápida e aligeirada, não acontece? E que quando ocorre, acontece no decorrer do trabalho, baseada na educação continuada e não na educação permanente que visa o envolvimento e a reflexão dos sujeitos?

O que encontrei no município estudado também é realidade em alguns outros municípios vizinhos, incluindo o que trabalho. Os ACS iniciam suas atividades sem ter noção do trabalho que irão desempenhar, e durante o percurso recebem alguns cursos de capacitação, quase sempre cursos fragmentados e com conteúdos pontuais, referentes à vacinação, tuberculose, AIDS, entre outros.

Vale ressaltar que formação introdutória é de responsabilidade do município, e existem no município pesquisado pessoas capacitadas para a função, incluindo profissionais das universidades locais.

O curso de formação proposto pelo Referencial Curricular não passou da fase inicial de 400 horas, a execução deste curso foi de responsabilidade da EFOS (Escola de Formação em Saúde), que faz parte da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS)- Ministério da Saúde/MS. A etapa formativa I (400 h) aconteceu em todas as regiões do Sul do estado de SC, foi desenvolvida em quatro meses de curso, e todos os ACS tiveram acesso, independente do grau de escolaridade. Mas para conferir habilitação técnica seria necessária a conclusão das etapas seguintes, mais duas, num total de 800 horas, e conclusão do ensino médio.

Em função dos custos desta formação, atrelados ao baixo investimento em formação de profissionais do SUS, bem como com o que se pode apontar como um descomprometimento dos gestores para com o sistema, os municípios, quando o fazem, realizam somente a etapa inicial que, como já citado nesta pesquisa, sinaliza um retrocesso em relação ao debate público e coletivo que identificou a necessidade de um curso técnico.

Se existe no estado escola preparada para a formação do ACS, e durante quatro meses se investiu nesse processo inicial de formação, o que impede que as etapas seguintes sejam concluídas? De que maneira o MS visualiza a diferença ou as semelhanças no trabalho do ACS que não realizou nenhum tipo de treinamento introdutório, daquele que realizou a etapa formativa inicial, e ainda daquele que concluiu todas as etapas?

Quando questionadas em relação ao assunto formação técnica, as ACS se mostraram interessadas e falaram que este curso inicial (EFOS) foi o mais produtivo que receberam, com um período maior de duração, onde articularam teoria e prática, o que nos remete aos questionamentos acima.

Esta pesquisa demonstrou que as ACS em estudo têm conhecimento de quais são suas funções, durante a entrevista elas elencaram quase todas as atividades descritas na legislação, no entanto,

devido às próprias condições de trabalho, como falta de funcionários na unidade de saúde, e até mesmo a ausência de autonomia, acaba aceitando o acúmulo de funções e a realização de atividades que não são específicas da profissão, caracterizando o desvio de função.

A atividade mais citada pelos ACS, pela equipe e pelos usuários é a realização da visita domiciliar, porém, esta se restringe ao foco da doença, dificultando a realização de estratégias que favoreçam a promoção da saúde e a prevenção de doenças, uma das atribuições específicas do ACS disposta em forma de lei.

Encontramos também na pesquisa elementos que nos fazem acreditar que as ACS, embora se considerem desvalorizadas em função do baixo salário que recebem – e talvez isto ocorra por não terem uma formação estruturada como os demais membros da equipe, o que facilita serem vistas, muitas vezes, como “quebra-galho” dentro da equipe - ainda se sentem motivadas e identificam-se com o trabalho que desempenham na comunidade, se sentem gratificados por poderem ajudar, mesmo diante das limitações da profissão. Algumas não descartam a possibilidade de mudança de profissão caso seja mais atrativa, e essa possibilidade fica atrelada à desvalorização, sobrecarga de trabalho e falta de reconhecimento a partir do baixo salário. Permanecer como ACS implica em reconhecimento profissional.

A equipe de saúde percebe o ACS como figura importante dentro da UBS, considerando-o como elo entre equipe e comunidade, mas em algumas falas observei que alguns profissionais da equipe ainda consideram o trabalho do ACS como algo que pode ser substituído sem nenhum prejuízo para equipe. A equipe considera importante a ajuda que o ACS dispensa aos demais membros, mas diz não poder fazer o mesmo para ajudar o ACS, que o trabalho de ACS só pode ser desenvolvido por ele mesmo. E, em alguns momentos, senti que os profissionais os percebem como o profissional mais ocioso dentro da equipe, porque permanece muito tempo na unidade de saúde, e se permanece na unidade e não na comunidade tem o dever/obrigação de ajudar nas atividades da Unidade de Saúde.

A população (usuário) percebe o ACS como alguém que tem o dever de ajudar e estar disponível permanentemente para a comunidade; o ACS para a comunidade é alguém que é bondoso, solidário e gosta de ajudar, pouco foi citada pelos usuários a atribuição de mediador, de elo, quando citado, somente no sentido de ajudar e não de transformar, não enquanto um agente de mudança.

Retomando a discussão específica da formação, sei que a educação sozinha não consegue solucionar todos os problemas

evidenciados neste estudo, mas também sei que, apesar de todo o esforço do MS na construção de um Referencial Curricular para promover formação técnica do ACS, e apesar das leis que foram criadas e aprimoradas ao longo dos anos, o que temos atualmente é o pouco empenho dos governos locais em incentivar esta formação.

Segundo Costa et al., (2012, p.139):

Para potencializar os elementos facilitadores e diminuir os limitadores sugere-se a inserção da educação permanente como estratégia de qualificação da prática profissional dos ACS, pois a incorporação de novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades técnicas e políticas poderão contribuir para a reorganização do processo de trabalho.

A meu ver, a educação permanente pode possibilitar e estruturar a formação do ACS, pois é um tipo de educação que permite aos sujeitos envolvidos dialogar e problematizar as práticas de saúde vigentes, bem como permite a reflexão do cotidiano do trabalho, e uma tarefa tão importante e significativa como ser ACS não deve ser desenvolvida por um profissional sem a qualificação necessária.

Para finalizar, sei que mesmo existindo propostas para elaboração de cursos específicos para sua profissionalização, através do estudo foi possível identificar que os sujeitos da pesquisa não receberam e não recebem uma formação destinada ao desempenho de suas atividades estabelecidas pela legislação, somente os citados por elas e já comentados no decorrer do trabalho, e até o momento o município estudado, e os municípios da na nossa região, não desenvolveram uma estratégia para incentivar a formação técnica do ACS.

Desta forma, considero que o processo formativo deva levar em consideração a importância e o aspecto transformador deste profissional na mudança de modelo de atenção à saúde.

Entendo que esta pesquisa traz questionamentos que poderão ser discutidos em outros estudos, como entender se o curso de formação inicial possibilitou/despertou nas ACS o conhecimento e o valor de seu trabalho em equipe, bem como reconhecer se este conhecimento adquirido possibilitou ou não a construção de novos saberes.

É possível considerar alguns elementos limitantes para contemplar tudo o que foi estabelecido neste estudo, entre eles, o curto período de dois anos para realização da pesquisa, sendo que, neste

período também é preciso a dedicação às disciplinas do mestrado, o que dará a base para a realização da pesquisa. Outro aspecto que eu encontrei como dificultador foi a participação meio tímida de alguns sujeitos da pesquisa, limitando-se a responder somente o questionado e com respostas breves.

Finalizando, podemos considerar que o ACS, por seu um profissional exclusivo do SUS, e se caracterizar como “elo, ponte” entre os serviços e a comunidade, deva receber uma formação que possa instrumentalizá-lo a desenvolver um serviço que atenda as necessidades da comunidade, de modo que se sinta preparado para enfrentar os desafios da profissão e, sobretudo, que seja reconhecido profissionalmente.

## REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria Baptista. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.) **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fio Cruz, 2007. p. 29-60.

BENEVIDES, Iracema de Almeida. Viagem Pelos Caminhos do Coração uma abordagem em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 169-205.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csv/v13n1/28.pdf>. Acesso em: 18 mar.2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 Nov.2013.

BRASIL. Lei nº 10.507, 10 jul.2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 jul., 2002.

BRASIL. Lei nº 11.350, 5 out. 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da constituição, dispõem sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, 14 fev. 2006, e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_/Ato2004-2006/2006/Lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_/Ato2004-2006/2006/Lei/111350.htm)>. Acesso em: 23 jul.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001.



BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. 1. Saúde da Família 2. Conceituação 3. Diretrizes.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento da Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 44p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/caderno\\_atencao\\_basica\\_n1\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf). Acesso em: 22 fev.2014.

BRASIL. Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 dez.1997c.

BRASIL. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 dez. 1997b.

BRASIL. Portaria nº 648/ 2006 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 mar.2006.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p. 161-168, fev 2005. Disponível em:

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. C.M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 14(1): 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em 16 jul. 14.

COSTA, Marta Cocco da et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n 3, 134-140, Sept, 2012.

COSTA, Nadja Maria de Lima. A Formação contínua de professores-novas tendências e novos caminhos. **Holos**, ano 20, p.63-75, dez de 2004.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21 n.3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=arttext&pid=S0103-73312011000300008>. Acesso em: 21 jan. 2014.

FOGAÇA, Cássia Aparecida. **Educação profissional em saúde: a formação do agente comunitário em Santa Cecília e São Cristóvão do Sul-SC**. 2011. 210 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Planalto Catarinense, Lages.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 50ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília. de S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap.4, p.67-79.

GOMÉZ, Gregório Rodriguéz; FLORES, Javier Gil; JIMENÉZ, Eduardo García. Selección de Informantes y Recogida de Datos. In: **Metodología de La Investigación Cualitativa**. Ediciones Aljibe, 1996. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id-180118751013>. Acesso em 02 nov.2013.

MARZARI, Carla Kowalski; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 out.2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700019>.

MENDES, Eugênio Vilaça. (Org). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.2 n.p.353-365, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462004000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462004000200009&script=sci_arttext). Acesso em 18 de mar. 2014.

MERHY, Emerson Elias et al. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público, 1998. Ed. Xamã: São Paulo, p. 01-24. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2015.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. 6.p.109-116. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09.pdf> Acesso em: 16 fev. 2015.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECCIM, Ricardo Burg. **Educación permanente em salud**: uma

estratégia para intervir en la micropolítica Del trabajo em salud. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v.2, n.2, p.147-160, mayo/Ago, 2006.

MIALHE, Fábio Luiz. **O agente comunitário de saúde: práticas educativas**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D' Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas pra a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.5, n.2, p.261-280, 2007. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br//include/mostrarpdf.cfm?Num=170>. Acesso em 22 fev.2011.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar. **Agentes Comunitários de Saúde: trabalho e formação profissional numa perspectiva emancipatória**. 2010. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde e a construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 n.6, p.1639-1646, nov/dez, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php? Script=sci-arttextpid=S0102>. Acesso em 05 maio. 2014.

PRADA, Luís Eduardo Alvorado; FREITAS, Thaís Campos; FREITAS, Cinara Aline. Formação continuada de professores: alguns conceitos, interesses, necessidades e propostas. **Rev. Diálogo Educacional**, Curitiba, v.10, n. 30, p. 367-387, maio/ago.2010.

SILVA, J.A da; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2002. 240p.

TUNES, Elizabeth et al.. **O Trabalho do Agente Comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. Participação Popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 73-99.

VERDI, Marta Inez Machado; DA ROS, Marco Aurélio; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica da Saúde e a Estratégia Saúde da Família. In: **Saúde e sociedade/ Universidade aberta do SUS**. Florianópolis: UFSC, 2010. P.55-76.

**APÊNDICE(S)**



## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

**Tema: UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A ATUAÇÃO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **Entrevista com Agentes Comunitários de Saúde**

#### **Dados de Identificação**

**Nome:**

**Idade:**

**Ano de Formação:**

**Grau de escolaridade:**

**Experiência:**

**Quanto tempo de permanência nesta Unidade de Saúde:**

- 1) Que tipo de formação você recebeu para atuar como ACS na Estratégia de Saúde da Família? Você considera suficiente?
- 2) Quais foram os profissionais envolvidos nesta formação?
- 3) Como você se percebe no papel de ACS?
- 4) Como você entende seu trabalho, quais são as suas funções?
- 5) Quais as dificuldades cotidianas encontradas para execução de seu trabalho?
- 6) De que maneira é estabelecida a relação de trabalho sua com os demais membros da equipe?
- 7) De que modo a comunidade percebe o seu trabalho?
- 8) Você se sente realizado no desempenho de sua profissão?



## APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

**Tema: UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A ATUAÇÃO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **Entrevista com os demais profissionais da ESF**

#### **Dados de Identificação**

**Nome:**

**Idade:**

**Ano de Formação:**

**Grau de escolaridade:**

**Experiência:**

**Quanto tempo de permanência nesta Unidade de Saúde:**

- 1) Como você entende o trabalho desempenhado pelo ACS?
- 2) Qual a importância deste trabalho para a ESF?
- 3) Na sua visão este profissional é valorizado pelos usuários e também pela própria equipe?
- 4) De que maneira ocorre a interdisciplinaridade entre os demais profissionais e o ACS?
- 5) Você considera os ACS que trabalham na sua equipe, devidamente capacitado e formado para o exercício de sua função?
- 6) De que maneira você contribui para a formação e capacitação permanente do ACS na sua ESF?





APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados

**Tema: UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E  
SUA RELAÇÃO COM A ATUAÇÃO NO CONTEXTO DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Entrevista com usuários da Estratégia de Saúde da Família**

**Dados de Identificação**

**Nome:**

**Idade:**

**Grau de escolaridade:**

**Profissão:**

**Quanto tempo reside neste bairro:**

- 1) Você conhece o ACS do seu bairro?
  - 2) O que você pensa em relação ao papel profissional do ACS?
  - 3) Quais funções que você atribui ao ACS?
  - 4) Que tipo de trabalho o ACS desenvolve em seu bairro, na sua área de cobertura?
- Qual a importância do trabalho que o ACS desempenha na comunidade?



#### APÊNDICE D – Transcrição da Entrevista com ACS

1) Que tipo de formação você recebeu para atuar como ACS na Estratégia de Saúde da Família? Você considera suficiente?

Quando eu entrei não teve um curso, uma preparação, porque eu entrei depois da turma formada, dois anos depois da turma formada, eu fui chamada depois, porque não tinha vaga aqui para o Santa Bárbara, e eu fui ter um curso de formação dois anos depois com os que fizeram a prova depois de mim, eu acho que não fui suficiente, acho que foi pouco tempo de curso, foi uma semana, duas semanas e não era uma semana completa, acho que era aleatório, acho que não foi suficiente, relacionado com a função que ACS deve exercer. Eu acho que foram abordados poucos temas e acho que não foi suficiente, foi pouco tempo, deveria ser estendido um pouco mais.

**Pesquisadora:** Então esta tua formação foi mais ou menos um curso introdutório?

Sim, introdutório do que seria o ACS eu acho que para cada área que o agente faz...por exemplo, se ele vai fazer o dots nas casas , eu acho que deveria ser introduzido por pessoas que gerenciam a vigilância, e bem completo, função, os direitos do agente, então eu acho que não foi suficiente, não foi abordado como deveria ser abordado...

**Pesquisadora:** Então era um curso introdutório de mais ou menos 40 horas?

Bom, durava o dia inteiro, não bem 08 horas, duravam uma 06 horas, e intercalava um dia sim outro não, dois dias sim e outro não, e isso durou duas semanas, intercalados, eu acho que 05 ou 06 dias.

**Pesquisadora...** Então foi este o curso que você recebeu para atuar como ACS nesta equipe? Sim, mas eu acho que deveria ter mais a presença do Enfermeiro, porque muitas vezes quem dava o curso são profissionais coordenadores, tipo coordenador da vigilância epidemiológica e tal, mas eu acho que como o enfermeiro participa mais na Unidade de saúde, ele que vai gerenciar os ACS, boa parte poderia

ser dado pelo enfermeiro, ele sabe expressar mais, sabe relatar a função do ACS, quando ele estiver atuando na unidade.

2) Quais foram os profissionais envolvidos nesta formação?

**Pesquisadora:**

Deste curso introdutório participaram quais profissionais? Eu não me lembro de nenhum enfermeiro que atua na unidade de saúde dar a introdução do curso, eram pessoas das coordenações e da secretaria de saúde, mais o enfermeiro em si, pelo que lembro e sei não teve.

**Pesquisadora:** E estes profissionais eram todos da secretaria de saúde de Criciúma?

Todos da secretaria de saúde de Criciúma. **Pesquisadora:** E eles abordavam temas gerais, tudo que era oferecido pela secretaria de saúde daqui do município? Sim sobre gestante, o acompanhamento que é feito com as gestantes, sobre as crianças, sobre o SISVAN, eles davam a introdução do que era relacionado aos programas que era da secretaria de saúde. **Pesquisadora:** e vocês recebem algum tipo de capacitação em serviço? A gente recebe capacitações durante o ano, mais são bem poucas e rápidas, às vezes ate de seis em seis meses, o ano passado mesmo, eu acho que se teve umas três foi muita, eu acho bem escasso assim de capacitação, educação continuada dos ACS.

**Pesquisadora:** Quando vocês têm algumas dúvidas, dos demais temas, em função de não ter muitas capacitações e treinamento na própria unidade, para quem vocês se dirigem? Exemplo: surgiu uma dúvida sobre violência doméstica, e vocês não estão devidamente capacitados para esta situação, a quem se reportam?

Geralmente a gente faz alguma pergunta para o enfermeiro, às vezes o enfermeiro não teve também capacitação para lidar com agente ou dar a resposta, ai a gente recorre aos meios de comunicação muitas vezes, a internet, livros ou muitas vezes fica com a dúvida mesmo, as vezes a gente sabe do se trata mas relacionado a tu exercer aquele serviço para a comunidade, a gente não sabe ou não é da forma que a gente acha que tem que ser, as vezes a gente recorre a internet ,

ou procura nos livros ou fica com a dúvida, porque às vezes o enfermeiro não foi preparado ou recebeu um curso para dar a resposta para gente.

3) Como você se percebe no papel de ACS?

Eu me vejo como uma peça importante, porque é uma frase que é sempre usada mais que realmente é o elo entre a comunidade, sempre tem que ter esta frase **Pesquisadora:** eu imaginei que teria esta frase..

mas realmente a gente é uma peça importante porque a gente leva informação, muitas vezes como é uma população muito abrangente também, muitas vezes a enfermeira não dá conta, a gente que leva a informação, como a gente fica na recepção, muitas vezes o problema, a dúvida o paciente desabafa com a gente, não só relacionado com doença mas também com a vida pessoal, a gente ajuda bastante, relacionado a população a conversar.

4) Como você entende seu trabalho, quais são suas funções?

Eu acho que foge um pouco da função de ACS porque além de ser uma população muito grande a gente não dá conta de visitar sempre, eu tenho 365 famílias, um número bem grande e ultrapassa o que é preconizado pelo MS, esses são os que eu tenho cadastradas, mas tem mais famílias que eu não dou conta de cadastrar, até porque tem famílias que a gente não encontra em casa, e que só aparece aqui quando tem algum dia de folga, ou aconteceu alguma coisa que vem procurar a Unidade de saúde para saber como funciona, e como não temos funcionários suficientes para suprir a demanda aqui no atendimento, à gente tem 02 técnicas, tem sempre que ficar um ACS aqui na Unidade, não só um não dá conta, muitas vezes 02, o Enfermeiro cuida do burocrático, do gerenciamento, então a gente tem que ficar aqui e fica um pouco distante da comunidade, então o meu papel é importante mas não é como eu gostaria, eu gostaria de estar mais presente na comunidade, fazendo mais visita, porque as vezes a gente deixa de passar coisa por estar desempenhando a função aqui dentro...**Pesquisadora:** então você percebe que existe um desvio de função? Ahan percebo. **Pesquisadora:** No teu entendimento quais seriam as funções mais importantes do ACS? Acompanhamento da gestante, não que a gente não acompanha a gestante, mas acho que aquela gestante que precisa de mais atenção ela deve ser visitada mais que uma vez, durante o mês, eu acho que o acompanhamento de criança, relacionado à pesagem, vacinação que muitas vezes a gente não consegue ir na casa da família para dizer, olha a vacinação não está em dia, tem que procurar a Unidade, muitas vezes o esquecimento da mãe, a rotina muito corrida da mãe acaba esquecendo e muitas vezes a gente não tem um tempo para estar alertando, a gente não consegue acompanhar, as vezes passa despercebido as internações, ouve a internação e não deu de visitar aquela casa aquele mês, ou então foi feita uma visita mais naquela visita ela não estava internada ainda, daí a gente fez o relatório e como a gente visitou antes da internação, daí já não entrou no nosso relatório, daí para o mês seguinte não dá, e a gente

perde aquela internação, não consegue os dados para colocar no relatório. **Pesquisadora:** Vocês realizam na comunidade que atuam algum tipo de atividade educativa, enquanto ACS? Sim realizamos, como eu fiz Enfermagem eu sempre ajudo a Mara (enfermeira) nas escolas, semana retrasada a gente foi na Escola Joaquim Ramos, realizar palestra de higiene pessoal nos adolescentes e falar sobre o HPV que teria a campanha de vacinação nas escolas, mas a gente vai, na outra gerência, não nesta, a gente foi, porque antes era Santa Bárbara junto com Operária Nova, e daí a gente tinha que realizar as palestras nas escolas municipais, porque só lá

Na Operária que tem escola Municipal, aqui (Santa Bárbara) só tem estadual, a gente fazia sobre orientações nutricionais, pesava, media as crianças, daí realizava o SISVAN, para fazer o acompanhamento de crianças abaixo do peso, ou então, acompanhar a obesidade, tudo isso a gente realiza, quando aqui no Coelho Neto tem aquele do SESC, que eles cortam os cabelos, a saúde comparece fazendo HGT, pesando, medindo, verificando a PA. **Pesquisadora:** mas para ti é bem claro quais são as tuas funções?

Sim é isso ficou claro no curso introdutório, mas aqui dentro, não que a gente não goste de fazer quando a nossa função é desviada, mas a gente não faz apenas aqui dentro o que o agente comunitário faz, é um pouco mais abrangente o que a gente faz, eu não acho um problema, eu gosto de atuar em outras funções, mas as vezes o meu trabalho é deixado de lado, fica comprometido em função destes desvios burocráticos, como a Mara e uma enfermeira boa, que eu considero uma enfermeira boa, competente, muitas vezes, como tem muito trabalho, tem dia que é calmo, tem dia que não, então como ela é cooperativa a gente também coopera com ela, se fosse um enfermeiro que talvez não colaborasse com os funcionários, que talvez não fosse legal com a gente, a gente não ajudaria, mas como ela é uma pessoa melhor a gente faz este desvio de função.

5) Quais as dificuldades cotidianas encontradas para execução de seu trabalho?

O número de população da minha micro área, ela é muito grande, é o maior problema para mim, eu sinceramente não consigo acompanhar todo mundo, talvez se eu ficasse 08 horas por dia na comunidade eu conseguiria, talvez, mas só fazendo para saber, talvez eu conseguiria se eu ficasse todo esse tempo, poderia fazer até as 8 horas, mas tem paciente que tem a necessidade de um tempo maior, que tem uma carência maior, as vezes a gente não consegue só acompanhar, ver os

medicamentos, eles querem conversar, contar um pouco da vida deles, não vai ser um bate e volta, uma visita que só tu foi, perguntou e pegou a assinatura e tchau né, muitas vezes eles confiam em ti, gostam de conversar contigo, então eles pegam um pouco mais do teu tempo, daí o tempo que tu ficou a mais naquela casa, quando tu vê já esta perto do meio dia, muitas vezes 11 horas eles já não querem papo porque daí já vão fazer o almoço e o filho já vai chegar em casa, fica mais complicado.

6) De que maneira e estabelecida à relação de trabalho sua, com os demais membros da equipe?

É uma equipe só de mulheres, quando era junto com a Operária Nova, tinha um homem, bendito ele entre as mulheres, rrsrrsrs, então assim olha com a enfermeira não teve problema, acho que teve problema na transição de enfermeiro quando teve a mudança, a Mara esta à pouco tempo e foi um pouco complicado, porque tudo que e novo, causa um pouco de impacto, tinha uma boa comunicação com a enfermeira, mas tinha algumas coisas, relacionada a equipe, como problemas pessoais, como é mulheres, muitas vezes da algum problema de afinidade enfim....na outra gerência tinha determinadas pessoas que tinham uma relação diferenciada entre a equipe, tratava alguns de uma forma e outros de outra, daí dava confusão, trazia muito assunto pessoal dela, escolhia alguns para conversar e alguns dava mais destaque, outros não, dava folgas a mais para alguns, cobrava de uns e outros não, eu acho que isso na outra gerência era um pouco complicado com a outra enfermeira, mas nessa eu acho que não tem problema, ela cobra bastante, acho que eu ela está certa é o papel dela, se ela não cobrasse, viraria bagunça, como muitas vezes era injusto com a outra gerência, e acho que relacionado com a enfermeira que tudo bem, que essa aqui e bem boa, e técnico em enfermagem também, teve uma que mudou que entrou em dezembro, não teve problemas, a higienizadora também não teve problema, as desavenças e intrigas é entre as próprias ACS aqui dentro, que as vezes da muita confusão, muita fofoca, e acho que se as pessoas trabalhassem mais, desempenhassem a função delas, não teriam tempo para fazer intrigas, fofocas e conversas. Relacionadas aos demais membros, pelo menos para mim, eu nunca tive problemas, quando eu percebo que teve fofocas eu fico no meu lado, e não gosto muito de me envolver, quem se envolve em fofoca e intriga é falta de trabalho, mas embora eu não me envolva eu percebo que acontecem bastantes desavenças e tititi pelos cantos, por parte dos demais ACS e não pelo restante da equipe, a nossa médica e bem boa, bem excelente, todos os

pacientes adoram ela, relacionado a relacionamento é isso. Não percebo nenhuma competitividade entre nós, é porque a outra gerência deixou muito a desejar também, ela plantava muita intriga, levava um para o outro e pode ser que esse desentendimento que exista ainda pode ser que seja da gerência anterior, são assuntos mais pessoais, não relacionados com o trabalho ou competitividade.

**Pesquisadora:** existe algum desconforto entre o ACS e o Técnico em Enfermagem, como no teu caso, por exemplo, que é graduada em Enfermagem, e possui conhecimentos técnicos suficientes para desempenhar algumas atividades de ordem técnica e também alguns agentes que possuem o curso técnico de enfermagem, mas atuam com ACS, existe algum desconforto por parte do técnico em o ACS estar desenvolvendo algumas funções que não são específicas do ACS? Isso acontece aqui na Unidade ou não?

Não acontece, até na outra gerência a gente ajudava porque tinha uma técnica que saiu que era meio encostada e daí eu estudava e não era formada ainda, eu verificava a pressão eu realizava o HGT, só que daí se acontecesse alguma coisa, não tinha um órgão que me protegesse então eu deixei claro para a outra gerência que eu não ia realizar, daí muitas vezes, tu verificava a pressão para ajudar, como eram duas Unidades de saúde era quase 9.000 mil pessoas, pacientes, então, verificava para ajudar, só que se tu atendes bem o paciente ele sempre vai te procurar, mesmo o técnico estando desocupado, ele sempre vai te procurar, então tem que deixar bem claro que aquela ali não é tua função, tu faz aquilo um dia para ajudar, e muitas vezes eles não entendem isso, eles não são obrigados a entender, eles estão certos, só tu realizou aquela função então tu podes, eles não tem claro o que é função de cada um especificamente, aconteceu um caso aqui que uma estagiária se picou fazendo um procedimento de HGT, ela estava errada, porque não era função dela, era para atender no balcão e não verificando HGT, não tem COREN ainda, então eu deixei bem claro que não ia mais fazer este desvio de função que me comprometesse.

#### 7) De que modo à comunidade percebe o seu trabalho?

Para os que a gente é acostumada a visitar sempre a gente contribui e tal, para os que trabalham e não estão em casa, eles faltaram algum dia de trabalho e passaram aqui para saber alguma informação, eles falam, mas o ACS nunca passou na minha casa, mas se eles estão trabalhando como nós vamos se encontrar, se o nosso horário é até às 17 h, das 08h às 17h com intervalo ao meio dia, como vamos encontrar

eles em casa, a gente explica, mas fica difícil para entender, muitas vezes eles também reclamam que a gente não passa, e eles tem razão, como eu te disse que a gente não consegue visitar todo mundo mensalmente, muitas vezes eles sentem falta, porque o ACS não passou ainda, ou então tu já passou uma vez e eles querem que tu passes várias vezes, então é isso. **Pesquisadora:** Tu percebes certa dependência da comunidade pelo trabalho do ACS? Eu percebo uma dependência muito grande, eu acho que muitas vezes a ausência familiar, eles querem suprir esta ausência familiar com a presença do ACS, muitas vezes tu dá a orientação de como tomar a medicação, a gente faz envelopes com desenho da lua, com o sol, com o pratinho do almoço para ele saber distinguir, muitos pacientes não sabem ler, só porque nunca é suficiente a gente que estar sempre lá, sempre lá, e às vezes a gente é cobrado, levamos até o farmacêutico do NASF, e ainda não é o suficiente, querem mais. Pedem para marcar consulta, mas explicamos que existe o horário de consulta, que pode ligar na sexta-feira às 8h para agendar que é idoso, que tem direito, então vem aqui a partir das 8h, eles querem sempre que nós marcamos, fica sendo desigual com os outros pacientes, se você marcou para aquele, sendo que o outro teve que ligar para agendar e muitas vezes não pegou uma vaga, então eles te cobram, marcou para aquele e não vai marcar para mim, então a gente tem que marcar para todo mundo, fica difícil e desigual para alguns.

**Pesquisadora:** Tu percebes se tem alguns usuários que tenha algum tipo de privilégio, por ter mais afinidade com ACS?

Privilégios.....tem alguns...não de parentesco, porque eu não moro aqui na Santa Bárbara, eu moro na Operária Nova, porque os dois eram juntos, o pessoal da Operária Nova consultava aqui, porque não tinha Unidade lá, faz um ano que tem Unidade lá, então quando foi aberto o processo seletivo, são pessoas que moravam na Operária Nova e Santa Bárbara, daí eu passei, fiquei dois anos aguardando para entrar aqui na Santa Bárbara, mas como abriu a um ano, os que moravam lá ficaram lá, mas não sobrou espaço para mim lá, eu tive que continuar aqui por enquanto, até eu sair. Eu não moro aqui no bairro eu moro na Operária Nova, mas trabalho aqui nesta Unidade. Antes a gente entregava medicações nas casas, depois foi meio que cortado, que porque tinha alguns ACS que deixavam a medicação na caixinha e isso perdia as propriedades, às vezes a gente levava com chuva e com sol e isso altera as intervenções da medicação, mas tem alguns como são queridinhos ou então mais velhinhos aí a gente ainda continua levando, tem sempre aqueles que a gente gosta mais. **Pesquisadora:** Eles pedem para vocês realizar algum tipo de procedimento como verificação de PA, realização



de curativos? Curativo não, verificar a PA, às vezes eu ainda verifico, mas é bem raro, mas se todos estiverem ocupados eu verifico, a não ser que, eu faço por ser graduada, mas as outras não. **Pesquisadora:** Voltando para a questão da formação, na tua opinião o que você acha que poderia ser feito para contribuir na formação do ACS, um curso mais estruturado, com mais conteúdos, ou mesmo uma capacitação em serviço, para que o ACS sinta-se mais preparado para as atividades cotidianas? O que você pensa que está faltando?

Eu acho que todas as Unidades da Saúde, deveriam ter um estagiário para atender no balcão um pela manhã e outro a tarde , porque muitas vezes eles contratam estudantes da UNESC e só supre um período e outro não, eu acho que deveria ser disponibilizado um estagiário a cada período assim, o ACS não ficaria tanto dentro da Unidade e daí assim, eu acho, que deveria ser um tempo maior de capacitação , não só semanas, porque antes a EFos fazia e durava um ano ou quase um ano a capacitação deles de formação, acho que deveria durar aproximadamente isso, e como é dois anos, e teve um problema, entrou em contradição aqui com a secretaria de saúde, em relação a memorando, que os ACS entraram na justiça e tal, surgiu um assunto que ia ficar efetivo ou não, alguma coisa assim que eu não precisei fazer, porque eu não tinha dois anos ainda, quando o ACS recebe a capacitação , o curso preparatório dele para ele ser ACS, muitas vezes ele já trabalhou por dois anos ele já está interagindo com a comunidade, ele é um ACS bom , e daí acabou o contrato, ele não passou na prova e tem que sair, penso que deveria ser um programa que ele deveria ser efetivo enquanto ele continuar naquela unidade de saúde, muitas vezes foi investido naquele ACS, e ele saiu da comunidade ou não passou na prova, sai e o conhecimento foi com ele, não vai ter a capacitação que ele teve novamente , então o elo que ele criou com a comunidade se foi, e a comunidade sente falta daquele ACS, primeiro tem que ser efetivo, mas daí já derruba aquela lei que o ACS tem que permanecer dois anos, não sei se essa lei é municipal, eu sei que em Criciúma funciona assim, depois destes processos que deu, eu não sei como está agora. Bom mais sobre a formação eu acho que é insuficiente, relacionada a capacitação em serviço também é um pouco deficiente, não acontece a participação de demais profissionais da rede no dia a dia da unidade, no sentido de capacitação em serviço. O NASf e só quando a gente pergunta alguma coisa relacionado ao paciente que a gente vai na casa, daí eles esclarecem a dúvida, acho que não acontece uma educação continuada em nenhuma das partes daqui da Unidade de saúde, muitas vezes não é feita educação continuada em serviço pelo enfermeiro que gerencia a

unidade, porque muitas vezes nem eles estão preparados passar certas informações, quando eles receberem alguma educação continuada recebida pela prefeitura, eu considero importante eles repassarem para nós, porque muitas vezes o ACS lida mais com a comunidade que o Enfermeiro eu achava interessante eles repassarem as informações, não as que compete só ao enfermeiro, mas relacionados a comunidade, isso não é retornado nenhuma das vezes. Existem mais capacitações para o enfermeiro, mas eu entendo que é devido à função que ocupa, não querendo comparar, mas eles são bem mais chamados, mas eu entendo que e pela coordenação deles que necessita ir mais. Eu como ACS gosto de participar de seminários e reuniões, capacitações, mas acho que elas são muito rápidas, e pouco tempo, custa a ter e quando tem é pouco tempo...algumas horas.

Uma sugestão que quando tiver capacitação, trazer outras visões, não só do município mais de outros lugares, fora do estado, outra realidade, novidades, não só relacionados a rotina da unidade, mas também como o ACS faz lá fora, uma visão diferente ou um problema que a gente pode solucionar em grupo em equipe. A visão de uma outra enfermeira também de outro município, abrindo debates, questionando. Sempre as mesmas pessoas e a mesmas falas, seria interessante inovar....a capacitação de amanhã sobre tuberculose a gente já sabe que será o coordenador daqui, seria interessante outra pessoa de fora. Mesmo tema, não trás coisas novas, às vezes sabe mas esquece de passar para gente. Ai a gente acaba falando de novo...porque todo ano a gente tem. Muitas vezes cobrança, cobrança, escuta muita cobrança que não é nossa, ai a gente cumpre a cobrança que eles querem, e desvia o foco da educação continuada, para escutar coisas de outra unidade, acho que se tem coisas para resolver acho que tem que ser resolvido com aquela Unidade de saúde....porque você fica pensando será que e comigo....não tem necessidade de abordar isso numa educação continuada.... a gente se perguntar será que eu faço certo, porque eles não aparecem também na unidade de saúde para conversar e não colocar isso na educação continuada.. as vezes já tem tanto papel para preencher que e outra coisa que a gente veja , mais coisas, e ai a população fica de lado para suprir o lado burocrático, toma muito tempo.

**Pesquisadora:** você poderia me explicar melhor como é estabelecido o vínculo empregatício do ACS, como é o contrato?

Aqui em criciúma a cada dois anos teria prova, o contrato vence após dois anos, o meu já está vencido, pois, estou a mais de dois anos, tu fez a prova, o processo seletivo e entrou, muitas vezes era para dois anos, as vezes três, se tu estava empregado, e não fez a prova ou não

passou na prova e outra pessoa do bairro fez a prova e passou, você teria que sair para o outro ACS entrar, daí saiu o edital, ( parece que ano atrasado) do processo seletivo, mas neste edital eles não deixaram claro se era para vaga de espera, se todos os ACS mesmo estando trabalhando teriam que fazer, porque primeiro falaram que só faria quem estava de fora e que queria entrar como ACS, ficava esperando até desocupar a vaga, mas daí, quando saiu a prova disseram que não, que todos teriam que fazer a prova e foi erro de memorando, vinha um memorando dizendo uma coisa e vinha outro dizendo outra, disseram que quem estava atuando tinha que fazer e depois mandaram outro dizendo que não precisava, então teve gente da secretaria que foram demitidas em função deste memorando, porque os ACS entraram na justiça, teve ACS que saiu e foi reintegrado novamente, que deu causa ganha, e depois disso surgiu o boato que agora é efetivo que fica e agora a gente não sabe se realmente o ACS que já está vai ficar efetivo ou quando sair prova vai ter que fazer, até agora saiu prova de concurso dia 30/03/2014, não se sabe ao certo como vai ficar, tão dizendo que este processo seletivo vai ficar efetivo, e já tem outros que mesmo atuando como ACS tem que fazer esta prova do dia 30/03, mas no Santo Antônio não tem nenhuma vaga aberta para ACS e cadastro de reserva, eles não deixam claro que quem está precisa fazer ou não, e elas vão fazer devido a confusão.

**Pesquisadora:** está uma incógnita este processo, saiu o edital, não tem vagas para todas as unidades, não se sabe se será funcionário público ou permanece no contrato de CLT ( carteira Assinada).....não estou entendendo...( CONFUSO)

Acho que a Secretaria deve deixar mais claro enquanto a isso, ou até o próprio sindicato, porque se você liga para o sindicato diz que não precisa fazer mas eles também não sabe te explicar se os que estão vão ficar efetivo ou não....então eu acho que deveria ficar mais claro, olha o concurso é aberto só para os que não estiverem com seu quadro completo ou se é só para aguardar, como cadastro de reserva, os que estão não precisam fazer, porque é sempre uma dúvida, os ACS estão travados não sabem se fazem ou não, mas para garantir vão fazer a prova, como é o caso do Santo Antônio, aqui para o Santa Bárbara, não abriu vaga e nem cadastro de reserva, tem unidades de saúde que o quadro está completo e colocou cadastro de reserva e aqui não né....

**Pesquisadora:** e a questão da remuneração o que tu achas, do salário do ACS?

Sinceramente eu não acho, se você for comparar, que um técnico em enfermagem recebe mil e poucos reais, correndo mais riscos que um

ACS, eu não acho injusto o salário do ACS, eu acho um salário bom, porque se tu queres um benefício como bolsa de estudo que eles dão uma porcentagem para quem trabalha, e o técnico recebe mil e poucos e o ACS 800 e está para ser aprovado uma proposta para ir para mil reais, e vai ganhar mais que um técnico de enfermagem da rede, eu acho que não é ruim, embora nunca seja o suficiente né, a gente sempre vai querer receber mais, mas eu não considero um salário ruim, todos os funcionários recebem ajuda de custo para estudar, de acordo com o seu salário, quanto menor o salário maior o incentivo financeiro para os estudos, eu acho que essa bolsa é só para nível superior eu não tenho conhecimento de técnico, o incentivo é tanto para graduação a distância como para presencial, basta ser funcionário da prefeitura, mesmo não sendo efetivo.

**Pesquisadora:** qual a exigência do município em relação à escolaridade do ACS?

Antigamente não precisava ter ensino médio completo, era só o fundamental e agora pelo que eu li no edital uma das exigências era ter o ensino médio completo, para este concurso sim, o de antes a exigência era ensino fundamental, foi a transição que houve.

8) Você se sente realizada no desempenho de sua profissão?

Sinto-me realizada.

Mas na vivência deste processo de concurso é muito cansativo, porque daí já surge a ideia de mudar de gerência e agora que acostumou com a gerência, porque já tinha o histórico da outra gerência, até engrenar, depois que isso ocorre, daí vem a adrenalina de mudar de enfermeira, sai as que estão entram novas, daí é transição.....até mesmo eu que vou fazer, fico com aquela adrenalina se vou passar ou não é o medo...enfrentar a mudança.....também é época política daí a gente sente que capacitação que é feita, chamam para bater foto, já é o lado político, não só para transmissão de conhecimento é para os próprios políticos, não querendo falar da prefeitura, esta sendo um ano bem complicado de concurso publico e de votação a gente sente que o ar muda, pesado. Dentro da unidade de saúde não existe envolvimento politico, só o concurso que gera tensão. Mas a gente percebe que quando a gente é convidado, ou melhor, intimado a comparecer num local...daí sim é interesse político. Mas aqui dentro não mais fora tem que ir uniformizado, bater foto, porque não sei quem vai estar presente, eles ligam, pegam o nome e tem que ir, tu já sabe que é politica. Eu acredito que o ACS seja um formador de opinião, mas não vejo como líder na comunidade, mas aqui dentro a gente tem a nossa voz, se a gente der alguma opinião o enfermeiro também aceita, temos uma boa

comunicação com as técnicas também. Todo mundo sabe seu lugar, a gente tem liberdade para organizar até um evento, realizar cachorro-quente, a gente se organiza, é aceita a nossa opinião, ninguém se sobressai ou que se destaque mais que o outro, acontece o respeito. A comunidade escuta bastante a gente. Temos voz dentro da equipe, todos os problemas que a gente traz para a equipe e tentando solucionar. A enfermeira pede opinião nossa, a gente sobre o paciente sabe mais que ela. Ela amadurece a ideia que a gente traz, nunca despreza.



## APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que estou esclarecida dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa **“UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A ATUAÇÃO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”** e que concordo em participar do estudo e com a publicação e/ou apresentação dos dados coletados, desde que sejam respeitados os princípios éticos que me foram apresentados pela pesquisadora responsável, a saber:

- Eu tenho a liberdade para aderir ou desistir a qualquer momento do processo de pesquisa.
- O meu nome será mantido em sigilo em todos os registros da pesquisa.
- Não serão publicados dados que possam me identificar, bem como de pessoas citadas por mim.
- O objetivo da pesquisa é relacionar a formação profissional do ACS e sua relação com a atuação no contexto da ESF.
- Esta pesquisa irá contribuir para a conclusão do mestrado em Educação.
- O procedimento que será efetuado comigo será uma entrevista;
- Se houver algum desconforto ao longo da entrevista, tenho a liberdade de solicitar novo agendamento para a realização da mesma.
- Não serão publicados dados que não tenham a minha liberação para divulgação.
- A minha privacidade, minhas expressões culturais e sentimentos serão respeitados durante o processo, evitando exposições desnecessárias ou situações que possam causar constrangimentos.

- Não serei exposto (a) a riscos de nenhuma natureza que possam ferir minha integridade física, mental e emocional.
- As minhas expressões que envolvam exposição de questões pessoais não serão julgadas, somente serão utilizadas caso sejam pertinentes ao objetivo do estudo.
- O processo da pesquisa não poderá interferir em meu cotidiano e no local onde está sendo realizada a pesquisa.
- Todos os momentos de interação entre mim e a entrevistadora serão acordados com antecedência entre ambos e avaliados ao final do encontro.
- Os resultados da pesquisa serão apresentados ao final da mesma, em forma escrita e em defesa pública, nas dependências da universidade.
- Os dados obtidos poderão ser divulgados em outros meios, tais como em palestras e/ou publicados em artigos e periódicos.
- Não terei nenhum custo e ou remuneração, tanto para participar da pesquisa, como se, acaso, não mais desejar participar a qualquer tempo.
- Se eu tiver dúvida a respeito da pesquisa, poderei contatar a pesquisadora e sua orientadora.

---

Participante da Pesquisa

RG: \_\_\_\_\_

---

Sílvia A. Pereira Fontana  
(pesquisadora)  
Telefone: 84255807  
E-mail: silvia.1508@hotmail.com

---

Janine Moreira  
(orientadora)  
Telefone: 3431-2584  
E-mail: jmo@unescc.net

Criciúma, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.