

RESSALVA

Alertamos para ausência dos Anexos no arquivo original enviado pelo autor.

Fabiola S. J. Ferro Bueno e Silva

**PERFIL, AÇÕES E RELAÇÕES DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE INTEGRANTES
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE ARAÇATUBA-SP.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade Estadual
Paulista " Júlio de Mesquita Filho ",
Campus de Araçatuba, para a obtenção
do título de Mestre em Odontologia
Preventiva e Social.

Orientadora: Prof.^a Adj. Cléa Adas Saliba Garbin

ARAÇATUBA

2005

Fabíola S. J. Ferro Bueno e Silva

**Perfil, Ações e Relações dos Agentes
Comunitários de Saúde Integrantes
do Programa de Saúde da Família
do Município de Araçatuba-SP.**

Dissertação para a obtenção do título de Mestre

Comissão Julgadora:

Presidente e Orientadora: Prof.^a Adj. Cléa Adas Saliba Garbin

2.º Examinador: Prof. Dr. Carlos Wagner de Araújo Werner

3.º Examinador: Prof. Dr. Renato Arcieri

Araçatuba, ____/____/____

Dedicatória...

*Ao meu companheiro e escudeiro, maior
incentivador de minhas empreitadas...*

Meu esposo Fábio,

Seus olhos, meu clarão
Me guiam dentro da escuridão
Seus pés me abrem o caminho
Eu sigo e nunca me sinto só

Você é assim
Um sonho pra mim
Quero te encher de beijos
Eu penso em você
Desde o amanhecer
Até quando eu me deito

Eu gosto de você
E gosto de ficar com você
Meu riso é tão feliz contigo
O meu melhor AMIGO...

(Tribalistas)

*Àquele que por meio da alegria e beleza
acrescenta poesia à minha vida...*

Meu filho Fabinho

Do início, meio e fim desta és...
A surpresa estonteante,
O companheiro relevante...
Meu prémio triunfante !!

*Àquele que não é necessário ver para
saber que existe e está presente...*

*Meu pai Antônio
(in memoriam)*

"Eu sei e você sabe, já que a
vida quis assim, Que nada nesse
mundo, levará você de mim..."

(Tom Jobim e Vinícius de Moraes)

*Àquelas que sempre foram motivo de
muito orgulho na minha vida por serem
exatamente como são...*

Minha Mãezinha,

"Eu tenho tanto para lhe falar
Mas com palavras não sei dizer
Como é grande o meu amor
Por Você..."

Minhas irmãs Sil e Dri,

"... e não há nada pra comparar
para poder lhe explicar,
Como é grande o meu amor
Por você..."

(Roberto Carlos)

Agradecimentos
Especiais...

À DEUS

"Que por estar sempre presente se
encarregou em tornar realidade
meus ideais e desejos a cada dia,
fazendo com que meu sonho
fosse alcançado...
Diante dele, tudo pode parecer
difícil, porém nada
é impossível".

Obrigada Meu Senhor !!!

Meu Eterno Carinho...

*Aos meus sobrinhos
e cunhados*

" Por fazerem parte de minha família,
tornando a mais real e bela e por
tudo que representam para mim".

*Aos meus sogros ,
Erci e Celso*

" Não só pelo presente que
me concederam, seu filho,
mas também pelo carinho
e por tudo que são"

*À Minha querida Orientadora e
eterna amiga Prof.^a Dr.^a Cléa*

"Antes de mais nada, pelo exemplo de
vida e profissionalismo, pelo apoio
nos momentos difíceis, pela
palavra certa, consolo e
pela mão amiga.
Também pela prontidão na orientação
sempre segura e dedicada".

À Prof.^a Dr.^a Nemre Adas Saliba,

"Pelo empenho pessoal na solução dos
obstáculos nos momentos difíceis
e pela oportunidade de meu
aperfeiçoamento profissional.
Também pela competência e
criação da Pós- Graduação em
Odontologia Preventiva e Social"

Obrigada, hoje e sempre !

*Pela capacidade de investirem no
crescimento científico da Faculdade de
Odontologia de Lins FOA- UNIMEP*

Ao Diretor Profº. Drº. Carlos Werner,

" Por toda a atenção a mim sempre
dispensada, com seu jeito tranquilo
de ser, através das oportunidades
que me ajudam a crescer e
por ser um dos maiores
incentivadores dessa
minha capacitação"

Ao Profº. Drº. e Amigo Paulo Perin,

" Por sua simplicidade na maneira
de transmitir seus conhecimentos
e disponibilidade acadêmica
em ajudar a quem o procura.
Pelo incentivo e preciosa
amizade no decurso de
minha jornada".

Agradecimentos...

Àqueles que não poderia deixar de lembrar por terem participado, de alguma forma, da realização deste meu sonho...

À Prof^a. Dr^a. Suzely Adas Saliba Moimaz, vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, pela extrema dedicação ao curso e luta constante à Odontologia Brasileira;

Ao Prof. Orlando Saliba, pela sábia "estatística" a nós dedicada e experiência ilustre de vida sempre constante em seus ensinamentos;

Ao Prof. Dr. Paulo Roberto Botacin e ao Prof. Dr. Célio Percinoto, Diretor e Vice-diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista, campus de Araçatuba;

Aos demais Professores Doutores do Departamento de Odontologia Infantil e Social, Renato Moreira Arcieri, Artênio

José Isper Garbin, Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld e Eliel Soares Orenha pela dedicação constante e aprendizado;

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social que juntos caminhamos, Adriana, Alessandra, Alessandro, Antônio (Nino), Andréia, Bruno, César, Cláudio, Eduardo, Giancarlo, Keila, Livia, Natanael, Patrícia, Renata, Ronald e Wanilda, pela convivência agradável, em especial às amigas Ana Valéria, Nelly Foster e Rosani Aparecida pelo compartilhamento de vida e no decurso deste trabalho... E também àquele que eu de caminhar, Ricardo Takeda Lelis, pelo companheirismo sincero;

Aos funcionários da Odontologia Preventiva e Social atuantes, Neusa Martins Rovina Antunes, Valderez Freitas Rosa, e em especial ao grande amigo e protetor de meu filho, Nilton César Souza, pelo carinho e atenção dedicada...

Também àquele que mesmo sem querer se encontra ausente, porém sempre presente em minha caminhada, Sônia Maria Batista de Souza Costa, pelo carinho, dedicação ao Departamento, e socorros nas horas mais atordoadas;

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia da UNESP Araçatuba, pela prontidão em sempre nos ajudar;

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araçatuba, Francisco Inácio Pinheiro, Valéria de Queiroz Zagatto, em especial a Marina Midori Sakamoto Kawagoe pela atenção sempre dispensada;

À Fundação Mirim de Araçatuba pela contribuição no meu estágio de docência, e a amiga que lá encontrei, a cirurgia-dentista Neusa Keiko Minatogawa, pelo carinho;

Aos "Agentes Comunitários de Saúde"
que concordaram em participar da pesquisa;

Também àqueles que tentaram impedir a
realização desta fazendo com que eu
tivesse mais força e vontade para
continuar;

... Meu Eterno e Muito

Obrigada.!

Epígrafe...

*"Ainda que eu falasse as línguas dos homens
dos anjos, e não tivesse amor, seria como o
metal que soa ou como o sino que tine.
E ainda que tivesse o dom de profecia, e
conhecesse todos os mistérios e toda a
ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de
maneira tal que transportasse os montes, e
não tivesse amor, nada seria.
E ainda que distribuísse toda a minha
fortuna para sustento dos pobres,
e ainda que entregasse o meu corpo para
ser queimado, e não tivesse amor,
nada disso me aproveitaria."*

1 Co 13:1-3

*As palavras aí estão, uma por uma: porém
minha alma sabe mais.*

Cecília Meireles

Bueno e Silva FSJF. Perfil, Ações e Relações dos Agentes Comunitários de Saúde integrantes do programa de saúde da família do Município de Araçatuba-SP. [Dissertação] Araçatuba: Unesp - Universidade Estadual Paulista; 2005.

Resumo Geral

O Agente Comunitário de Saúde-ACS é elo fundamental no processo de articulação e interlocução entre a Equipe de Saúde da Família-ESF, o serviço local e a comunidade assistida. Atuando no nível da atenção primária à saúde é socialmente importante na promoção e ampliação dos cuidados à Saúde Bucal-SB. Sabendo disso, objetivou-se conhecer o perfil deste profissional incluso no Programa Saúde da Família-PSF de Araçatuba-SP no que tange aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde-MS, e ainda a opinião dos mesmos frente às dificuldades, satisfações e motivos sobre o trabalho que realizam. Enquanto membro ativo na Equipe de Saúde Bucal-ESB propôs-se analisar sua integração com os profissionais e as ações desenvolvidas nesta área. Utilizou-se uma abordagem quanti-qualitativa através de um questionário semi-estruturado e auto-administrado, com pós-categorização das respostas. Notou-se que, sendo a maioria do sexo feminino, apresentaram idade propícia, escolaridade elevada, residência na área com tempo favorável, e responsabilidade por um número estimado de famílias. A contratação ocorreu adequadamente, e apesar de variável e contratos provisórios, muitos estão desde o início do PSF. Grande parte participou da capacitação introdutória, porém não há continuidade desta. Executam atividades próprias de suas atribuições, com excessiva ênfase em algumas práticas e total ausência em outras. Na opinião da maioria, às dificuldades decorrem de fatores climáticos, receptividade, agendamento e encaminhamento, e as satisfações de sentir-se socialmente útil, e da valorização dada pela ESF e comunidade em resposta ao resultado

de conscientização e mudança de hábito alcançado. Os motivos pela profissão devem-se a necessidade financeira e contato com diferentes pessoas. Em segunda instância identificou-se a não participação da ESB nas reuniões semanais e no fornecimento de informações e práticas de capacitação contínua no módulo da SB, que reflete nas insatisfações pessoais quanto ao seu conhecimento nesta área. Quanto às ações, percebemos a não realização das de promoção e prevenção eficazes e indisponibilidade de recursos para que sejam realizadas, porém com conduta correta de encaminhamento. Contudo, mesmo estando o perfil da maioria desses ACS dentro do proposto pelo MS, percebe-se a necessidade da reorganização de algumas práticas, como adequação de uma capacitação que seja permanente incluindo todos, bem como de determinadas atividades, superação das dificuldades, consideração e estímulo das satisfações e motivos identificados com o intuito de alcançar uma assistência que seja ao mesmo tempo prazerosa, resolutiva e comprometida com a saúde da população. Evidencia-se ainda uma melhor integração entre a ESB com os ACS, fornecendo a estes uma educação contínua e permanente, de forma a transformá-los em verdadeiros multiplicadores e vigilantes da SB.

Palavras-Chave: Recursos Humanos em Saúde; Programa Saúde da Família; Educação em Saúde Bucal.

Bueno e Silva FSJF. Profile, actions and relations of the community health agents integrating the family health program in the municipality of Araçatuba-SP. [Dissertation] Araçatuba: Unesp – São Paulo State University; 2005.

General Abstract

The Community Health Agent (CHA) is the fundamental link in the process of articulation and communication between the Family Health Team (FHT), the local service, and the assisted community. Working in the primary health care, the agent is socially important to promote and expand the care to Dental Health (DH). With this in mind, we aimed at knowing the profile of the professional participating in the Family Health Program (FHP) in Araçatuba-SP in regard to the parameters established by the Ministry of Health (MH), and their opinions concerning the difficulties, satisfactions, and motivations for the work they perform. Because CHAs are active members in Dental Health Team (DHT), we proposed to analyze their integration with the other professionals and the actions developed in that area. A quantitative approach was made by means of a self-administered semi-structured questionnaire, with post-categorization of the responses. It was observed that, most of them were female, were in the required age group, had high education level, lived in the area for a reasonable time, and were responsible for an estimated number of families. The CHA hiring occurred within the legal parameters, and despite some variations and a few provisional contracts, many have participated in the FHP since its early days. Great part of them participated in the introductory training program. However, there is no continuing training. They carry out the activities within their competence, with excessive emphasis on certain practices and absolute absence of others. In the opinion of most of them, the difficulties arise from the weather conditions, receptivity, appointment making and referral. The

satisfaction derives from the feeling of being socially useful and from the value given to them by the FHT and the community, in response to the awareness and habit changed attained. The motivations towards the profession come from the financial need and the opportunity of contact with different people. Also, the FHT absence in the weekly meetings and in providing information and continuing training in the field of DH was observed to reflect in the personal dissatisfactions regarding their knowledge in this field. With regards to the actions, we noticed the absence of those concerning efficient promotion and prevention, and the lack of resources to enforce them. Nevertheless, the referral of patients was adequately carried out. However, although the profile of most CHAs matches the requirements of the MH, we can notice the need to reorganize some practices and activities, such as the implementation of permanent training that includes everyone. Also, difficulties have to be overcome, the agents' satisfaction and motivation should be considered and stimulated, so that health care is pleasurable for the agent, while productive and committed to the health of the population. A better integration of the DHT with the CHAs is evidenced. The DHT provides them with permanent and continuing education, in order to turn them into real multipliers and DH carers.

Key Words: Health Human Resources; Family Health Program; Health Education, Dental.

Lista de Figuras

Capítulo 1

Figura 1	Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde segundo a faixa etária.	47
Figura 2	Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde segundo afirmação de residência na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde onde atua.	50
Figura 3	Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo o tempo de atuação no Programa Saúde da Família.	55
Figura 4	Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo a quantidade de famílias por qual são responsáveis.	56
Figura 5	Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo a participação em curso de capacitação para atuar como agente.	57

Capítulo 2

Figura 1	Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde que afirmaram receber informações sobre Saúde Bucal durante o curso de capacitação para atuar como agente.	93
Figura 2	Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde segundo a opinião sobre seu próprio nível de conhecimento na área de saúde bucal. Araçatuba-SP, 2004.	94
Figura 3	Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde segundo a realização de ações preventivas e educativas em saúde bucal.	99
Figura 4	Distribuição percentual do total de agentes comunitários de saúde que realiza ações preventivas e educativas em saúde bucal segundo a recepção de recursos materiais educativos.	102

Lista de Quadros

Capítulo 1

Quadro 1	Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde segundo a escolaridade	48
Quadro 2	Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde segundo o processo de contratação.	52
Quadro 3	Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo as atividades mais realizadas na função de Agente Comunitário de Saúde.	60
Quadro 4	Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo as principais dificuldades enfrentadas no trabalho como agente.	63
Quadro 5	Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo os pontos mais gratificantes do trabalho como agente.	67
Quadro 6	Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo os motivos que levaram os agentes comunitários de saúde a escolherem esta profissão.	70

Capítulo 2

Quadro 1	Distribuição percentual dos profissionais das equipes que participam das reuniões segundo a afirmação dos agentes comunitários de saúde	91
Quadro 2	Distribuição percentual das ações preventivas e educativas segundo os agentes comunitários de saúde que afirmaram realizar ações preventivas e educativas em saúde bucal.	100
Quadro 3	Distribuição percentual do total de agentes comunitários segundo as condutas quando um morador de sua área de atuação se queixa de algum problema bucal.	104

Lista de Abreviaturas

AB	Atenção Básica
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Atenção em Saúde Bucal
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Cirurgião-Dentista
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EPI-INFO	Programa Estatístico para Epidemiologia
ES	Equipe de Saúde Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FOA	Faculdade de Odontologia de Araçatuba
F-Sesp	Fundação Serviços Especial de Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RH	Recurso Humano
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SB	Saúde Bucal
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

1	Introdução Geral	28
2	O perfil dos Agentes Comunitários de Saúde inseridos no Programa de Saúde da Família de Araçatuba-SP.	31
2.1	Resumo	32
2.2	Abstract	34
2.3	Introdução	36
2.4	Proposição	43
2.5	Metodologia	44
2.6	Resultado - Discussão	46
2.7	Conclusão	72
2.8	Referências	73
3	Análise da integração e ação dos profissionais das Equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde inclusos em um Programa de Saúde da Família.	77
3.1	Resumo	78
3.2	Abstract	80
3.3	Introdução	82
3.4	Proposição	88
3.5	Metodologia	89
3.6	Resultado - Discussão	90
3.7	Conclusão	106
3.8	Referências	107
	Anexos	110

1 Introdução Geral

A principal proposta do Programa Saúde da Família - PSF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases levando a saúde para mais perto da família de forma a melhorar a qualidade de vida da população. Para isso, utiliza uma estratégia que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, pelos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (ESF) e a Equipe de Saúde Bucal (ESB).

No entanto, estudos com base na realidade cotidiana do PSF mostram essa prática como possuidora de grandes limitações em decorrência de uma insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa, bem como de problemas de trabalho entre as ESF e ESB ^{1, 2}.

Afirma-se que as características do PSF são delineadas no cotidiano de seu território de abrangência, sendo fundamental que o PSF ofereça uma política técnica-organizacional e administrativa eficiente da mesma forma que se necessita de uma integração multidisciplinar entre seus membros.

¹ Bertoncini JH. Da intenção ao gesto uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

² Souza D S, Cury J A, Caminha J A N, Ferreira M A, Tomita N E, Narvai P C et al. A inserção da saúde bucal no programa de saúde da família. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva 2001; 2(2); 07-29.

O PSF foi implantado no município de Araçatuba-SP em meados de 2001, onde a cobertura populacional tem sido em média 66% da população e 50% do território do município. Os recursos humanos (RH) deste PSF estão distribuídos entre 35 Equipes de Saúde da Família (ESF). Atualmente, cada uma destas possui 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em 3, e 6 nas 32 restantes (devida exoneração de 3 destes profissionais). Quanto as Equipes de Saúde Bucal (ESB), são 17 (sendo 1 para cada 2 ESF) compostas por 17 Cirurgiões-Dentistas (CD) e 17 Auxiliares de Consultórios Dentários (ACD). Quanto à estrutura física, consta de 11 Unidades de Saúde da Família (USFs) que estão funcionando dentro das 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede municipal, no entanto, espera-se com as Políticas Públicas do PSF uma superação desse percentual.

Este Programa tem adquirido maior expansão e difusão à medida que potencializa a inclusão de crescente parcela da população brasileira na assistência à saúde, envolvendo um considerável contingente de trabalhadores dentro das ESF ³.

Sendo o ACS uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual à de seus vizinhos, tem sido os principais responsáveis pela

³ Ribeiro E M, Pires D B, Blank V L G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública 2004; 20 (2): 438-46.

criação vínculo de co-responsabilidade com a população, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Da mesma forma, tem sido responsáveis pelas benfeitorias do PSF por estarem mais diretamente participando das ações no nível da Atenção Primária a Saúde – APS.

Assim, promover estudos que vislumbrem o conhecimento desta categoria de RH pode ser de grande valia para sinalizar medidas a serem tomadas, com o intuito de que seja efetivado as propostas do PSF.

Pensando nisso, esta pesquisa tem como objetivo caracterizar o perfil, ações e relações dos ACS integrantes do PSF do município de Araçatuba-SP, com o intuito de melhor conhecer esta categoria de RH em suas mais diversas representações.

Permeou-se para tanto uma abordagem quanti-qualitativa por favorecer a captação de percepções e representações subjetivas, e por corresponderem a fatores culturais e à opinião de diferentes grupos da população, a qual identifica também uma maneira mais clara e objetiva sobre a importância, os problemas, causas e soluções mais eficazes de saúde ⁴.

⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

CAPÍTULO 1

***O Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde
inseridos no Programa de Saúde da Família
do Município de Araçatuba – SP***

**Araçatuba
2005**

Bueno e Silva FSJF. O perfil dos agentes comunitários de saúde inseridos no programa de saúde da família de Araçatuba-SP. [Dissertação] Araçatuba: Unesp - Universidade Estadual Paulista; 2005.

2.1 Resumo - Capítulo 1

O Agente Comunitário de Saúde-ACS é o elo fundamental no processo de articulação e interlocução entre a Equipe de Saúde da Família-ESF, o serviço local de saúde e a comunidade assistida. Sabendo disso, objetivou-se com este trabalho descrever o perfil deste profissional incluso no Programa de Saúde da Família-PSF do município de Araçatuba-SP no que tange aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde-MS, e a opinião dos mesmos frente às dificuldades encontradas, as satisfações decorrentes da profissão e os motivos pela escolha da mesma. Utilizou-se um questionário semi-estruturado e auto-administrado de natureza quanti-qualitativa, o qual teve suas respostas pós categorizadas. Notou-se que, sendo a maioria do sexo feminino, apresentam idade propícia, escolaridade acima do esperado, residência na área com tempo favorável, e responsabilidade por um número de famílias próximo ao estimado. O processo de contratação foi adequado, porém com certa variabilidade e, apesar da contratação provisória, grande parte está inserida desde o início do PSF. Quase todos tiveram capacitação, a qual ocorreu dentro do treinamento introdutório. As atividades desenvolvidas estavam dentro das suas atribuições, porém com excessiva ênfase em determinadas práticas e total ausência em outras. Na opinião da maioria, às dificuldades relacionaram-se fatores climáticos, receptividade, agendamento e encaminhamento. Ingressos no trabalho, as satisfações decorrem de sentirem-se socialmente útil, e da valorização dada pela ESF e comunidade em resposta ao resultado de conscientização e mudança de hábito

alcançado. Os motivos pela procura da profissão foram, em grande parte, a necessidade financeira e contato com diferentes pessoas. Contudo, mesmo estando o perfil da maioria desses ACS dentro do proposto pelo MS, evidencia-se a necessidade da reorganização de algumas práticas como uma adequação de uma capacitação que seja permanente incluindo todos, bem como de determinadas atividades, superação das dificuldades, consideração e estímulo das satisfações pessoais e dos motivos identificados, visando alcançar uma assistência que seja ao mesmo tempo prazerosa, resolutiva e comprometida com a saúde da população.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde; Recursos em Saúde; Programa Saúde da Família.

Bueno e Silva FSJF. Profile of the community health agents participating in the family health program in Araçatuba-SP. [Dissertation] Araçatuba: Unesp – São Paulo State University; 2005.

2.2 Abstract - Chapter 1

The Community Health Agent (CHA) is the fundamental link in the process of articulation and communication between the Family Health Team (FHT), the local service, and the assisted community. With this in mind, this study aimed at describing the profile of the professional participating in the Family Health Program (FHP) in the municipality of Araçatuba-SP with regards to the parameters established by the Ministry of Health (MH), and their opinions about the difficulties faced, the satisfactions resulting from the profession, and the motivations for the career choice. A self-administered semi-structured questionnaire of quanti-qualitative nature was used. The responses were post categorized. It was observed that, most CHAs were female, were at the required age, had an education level above the expected, lived in the area for a reasonable time, and were responsible for a number of families within the estimated figures. The hiring process was adequate, and, despite certain variability and provisional contracts, a great part of the agents have participated in the FHP since its early days. Almost all of them were trained, and the training occurred in the introductory phase. The activities developed were within their competence, however with excessive emphasis on certain practices and absolute absence of others. In the opinion of most of them, their difficulties are related to weather factors, receptivity, appointment making and referral. The satisfactions derive from a feeling of being socially useful and from the value given to them by the FHT and the community in response to the results attained concerning awareness and habit change. The reasons and motivations for the career choice were greatly the financial

need and the opportunity of contact with different people. However, although the profile of most CHAs matches the requirements of the MH, we can notice the need to reorganize some practices and activities, such as the implementation of permanent training that includes everyone. Also, difficulties have to be overcome, the agents' satisfaction and motivation should be considered and stimulated so that health assistance is pleasurable for the agent, while productive and committed to the health of the population.

Key Words: Community Health Agent; Health Resources; Family Health Program.

2.3 Introdução

Após a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em setembro de 1978, em Alma-Ata (República do Casaquistão), fica definido que a Atenção Primária a Saúde (APS) é fator primordial para que a saúde seja atingida com justiça social a todos, uma vez que as ações neste nível de atenção correspondem de 80 a 85% das necessidades de saúde de uma comunidade. Este fato significa que grande parte dos que procuram uma Unidade de Saúde da Família (USF) precisam de cuidados que podem ser prestados e resolucionados na própria USF. (BRASIL, 2000a)

Baseados na afirmação de que esta APS é o principal meio para que as populações do mundo pudessem alcançar um padrão aceitável de saúde no futuro foram surgindo em inúmeros países Programas de Extensão e assistência à saúde voltados à Saúde da Família, os quais têm se contextualizado dentro de perspectivas mais “humanistas” do bem-estar físico, mental e social, voltado para a reorganização da assistência à saúde. (SILVA; DALMASO, 2002)

Segundo Donnangelo (1976), a especificidade deste tipo de programa decorre do fato de que a extensão da assistência médica não se faz através da prestação de serviços e da tecnologia médica, mas sim por meio de novos elementos que compõem a assistência à saúde. Trata-se do

uso do trabalho não médico na área da saúde, que articulado ao trabalho médico resulta no “trabalhador médico coletivo”, atuando de forma tal que, por um processo de distribuição de tarefas, a assistência se efetua através de um conjunto de práticas complementares.

No Brasil, duas grandes dessas experiências, estruturadas na lógica da Atenção Básica (AB) e da promoção de saúde diferentemente da forma descontextualizada da realidade familiar e comunitária anteriormente implementada (BRASIL, 2004a), vêm confirmando um novo jeito de se fazer saúde como prioridades na agenda da política de saúde nacional. São estas o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), encampado oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, efetivamente definido em 1997, o qual vem representando uma verdadeira “reforma da reforma no setor saúde” (BRASIL, 2002b).

No foco dessas estratégias estão as idéias de proporcionar as pessoas cadastradas o acesso à saúde nas Unidades de Saúde da Família (universalização), com igualdade de direitos para todos (equidade), recebendo assistência à saúde naquilo que necessita/humanizada (integralidade), descentralizando as ações a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (descentralização), estabelecendo vínculos e criando de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (regionalização/hierarquização),

onde as pessoas recebem orientações sobre cuidados de saúde e passam a ser mobilizadas (incentivo à participação popular) sobre os cuidados e serviços oferecidos a sua saúde, de sua família e comunidade, compreendendo a relação entre doenças e hábitos de vida (BRASIL, 2000a; SILVA; DALMASO, 2002).

O planejamento das ações destes Programas tem sido conferido a pessoas com características próprias das comunidades, com o objetivo de contribuir para que os serviços de saúde ofereçam uma assistência de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade. (WERNER, 1977).

Sob esta ótica, confere-se aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a possibilidade de exercer a articulação, ou seja, elo de ligação, entre os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e serviço local de saúde com a comunidade, através de um contato permanente das necessidades de saúde e o que pode ser feito para melhoria das condições de vida das pessoas. Conceitua-se ainda ser o elo cultural que potencializa o trabalho educativo à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2001b)

Mesmo tendo os ACSs se tornado apenas recentemente elemento importante nos cuidados à saúde estão longe de se constituir em novidade, pois a décadas diversos grupos religiosos e entidades não

governamentais treinam membros da própria comunidade para atuarem como promotores de saúde. (NAIR et al, 2001)

No Brasil, a incorporação desses membros em programas de serviços de saúde antecede ao PACS e PSF, com as “visitadoras sanitárias” da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – F.Sesp (1960), e com os já denominados “Agentes de Saúde” do Projeto Devale (1980), embora ainda sem uma definição das atividades a serem desenvolvidas. Porém, sua primeira experiência em ampla escala somente ocorreu em 1987, através do PACS (Ceará), com o intuito duplo de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna e criar oportunidade de emprego para as mulheres na época da seca em áreas mais pobres e desvalidas, melhorando sua condição social. (SILVA; DALMASO, 2002) A partir deste último, houve a percepção pelo MS de que o ACS poderia ser peça importante para a organização da saúde, o qual passou a delegar-lhes mais habilidades. Ao mesmo tempo, iam sendo estabelecidos métodos para sua seleção, capacitação e avaliação. (DAL POZ, 2002).

A criação da sua profissão ocorreu através da lei nº 10.507, em 10 de julho de 2002, como um mecanismo que assegurasse uma uniformidade nacional de sua ação. Em sua definição “se caracteriza pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas,

desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão do gestor local do SUS” (BRASIL, 2002a).

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Brasil consta com mais de 181 mil ACSs, que estão em ação em mais de 5 mil (92%) municípios de todas as regiões, acompanhando mais de 93.297.748 (53,4%) da população total do país, significando que mais da metade da população já recebe o acompanhamento dos ACS. Tomando como referência uma ordem decrescente, os estados de maior concentração de ACS em atuação são o da Bahia (BA) com 19.539, Minas Gerais (MG) com 17.675, São Paulo (SP) com 15.928, Pernambuco (PE) com 11.879, Maranhão (MA) com 10.861 (BRASIL, 2003).

Este RH de origem comunitária tem sido considerado um fulcro de inúmeras controvérsias em discussão. Em relação aos modelos biomédicos exclusivistas, seu papel deveria ser considerado mais importante em termos de saúde e bem-estar proporcionado à comunidade por trabalhar na linha da frente onde os problemas são maiores e por desempenhar um trabalho mais difícil por serem suas habilidades variadas, considerando o fato do médico limitar-se ao diagnóstico e tratamento de casos individuais. (WERNER, 1977)

Há uma série de situações outras que faz do ACS peça importante na área da saúde, por possuir um saber que o faz dar conta de necessidades outras não são recobertas pela ciência, como os valores, e as

relações afetivas (MENDES-GONÇALVES, 1994), denominado “operante”, que é a prática aplicada do saber científico que orienta a medicina e áreas correlatadas. Este fato deve-se, em parte, por esta área não ter desenvolvido nem saber, nem instrumentos de trabalho adequado voltado à dimensão social, inserindo-se aqui o da abordagem familiar e o do contato com situações de vida precária.

Resgatando a incorporação do ACS observa-se que após a implantação do PSF com uma política de reorganização dos serviços básicos de saúde, sua ação passou a ser vinculada a programas de Estado, com prioridades em âmbito nacional. (BRASIL, 2002a). Membro efetivo dentro das ESFs, passou a assumir um “novo” perfil, dentro de um novo saber, fazer e ser, uma vez que participa de ações além da dimensão político-social, como a de ordem técnico-assistencial, onde sua atuação passou a ser estendida do domicílio e comunidade para as USFs. Da mesma forma, o processo de transformação no setor saúde deve envolver os técnicos, gestores e outros profissionais, para que as atuações sejam complementares, e não antagônicas.(TOMAZ, 2002).

Porém, esta união de dimensões tem se tornada polêmica no cotidiano do trabalho e perfil dos ACSs, em decorrência de uma clara e efetiva determinação de atribuições e competências (NOGUEIRA, 2002; SILVA; DALMASO, 2002), ou ainda pela falta de um trabalho multiprofissional, considerando ainda uma indisponibilidade institucional para

que o trabalho seja desenvolvido dentro de condições que se julgam necessárias.

No município de Araçatuba-SP, o PSF foi efetivado em meados de 2001, com 207 ACSs, o qual tem procurado, diante da oficialização da profissão do ACS, assegurar seu perfil ainda dentro do processo seletivo. Compete ao Departamento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, selecionar, contratar e remunerar estes profissionais, desde que estejam inclusos em seu perfil alguns pré-requisitos formais (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002c), os quais serão detalhados durante o desenvolvimento deste estudo.

2.4 Proposição

A presente proposta objetivou conhecer o perfil dos ACSs incluídos no PSF do município de Araçatuba, localizado à noroeste do Estado de São Paulo, caracterizando-os de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo MS ao que se relaciona sexo, idade, escolaridade; local e tempo de residência; processo de contratação e tempo de atuação; número de famílias responsáveis; realização do curso de capacitação e atividades praticadas. Esperam-se ainda por meio das falas dos atores analisar as realidades vivenciadas em seu trabalho através das opiniões sobre as atividades mais prazerosas, dificuldades, motivos pela atuação e gratificações desta profissão.

2.5 Metodologia

A realização da pesquisa tornou-se inicialmente possível após autorização do Coordenador do Departamento de Atenção a Saúde da Família, apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, bem como a solicitação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos a serem pesquisados, conforme exigências da Resolução 196/96 (CNS, 1996).

Contando com a não autorização de 30 ACSs, exclusão dos 20 ACSs que representaram o pré-teste, e ausência de 83 ACS no dia da realização da pesquisa por férias, afastamento, e visitas domiciliares, fizeram parte do estudo 76 ACS, correspondendo a 50% de questionários respondidos dentre os 207 ACS, número este acima do esperado para esse tipo de estudo (ARPECK, SETTLE, 1983).

O instrumento para a coleta de dados foi um questionário semi-estruturado e auto-administrado em um único dia para evitar possíveis interferências. Por favorecer a captação de percepções e representações subjetivas a abordagem utilizada foi quanti-qualitativa. Quanto a esta última, tem sido incentivada por favorecer os fatores culturais e às opiniões de diferentes grupos de ACS, os quais tem permeado identificar a importância, causas e soluções mais eficazes dos problemas de saúde. (BRASIL, 2000a)

A análise qualitativa se deu por meio da técnica de “análise de conteúdo”, onde através de uma leitura criteriosa, as respostas sofreram uma pós-categorização por reagrupamento segundo o tema, posteriormente quantificado pela frequência de ocorrência das respostas (BARDIN, 1977). Já a análise quantitativa, as respostas foram analisadas por meio de distribuição percentual. O processamento dos dados correspondeu à elaboração de um banco de dados e análise com a utilização do programa EPI INFO Versão 6.04.

2.6 Resultado e Discussão

A predominância da mulher como trabalhadora em serviços de saúde (DIAS, 1991) e como usuária mais freqüente da rede pública tem sido amplamente observada, o que reverte-se em uma situação favorável quando tem o papel de principal agente de saúde da família, pois passa a estar adequadamente preparada e conscientizada (UNFER; SALIBA, 2000; BRASIL, 2001a).

Em concordância, a maioria dos ACSs deste município são mulheres (90,8%), conforme também tem sido identificado em programas de diversas localidades (SILVA; DALMASO, 2002; CRIPPA et al, 2003; OLIVEIRA, 2003; HADDAD; UENO, 2004). Considerando que além deste fato ter sido o principal responsável pela profissionalização e criação desta categoria, em tempos remotos essas trabalhadoras não tinham sequer direito à licença gestante (BRASIL, 2002c).

Tem sido aceito que são as mulheres quem mais sofre influência e conseqüente impacto nas relações de vida pessoal e familiar quando da convivência com as ESFs, pois passam a buscar crescimento profissional com o intuito de posterior mudança de emprego, modificam suas atitudes e comportamentos, assumindo o papel de líder na comunidade (FERRAZ, BORGES, 2003).

Para ser ACS ficam estabelecidas algumas exigências para ingressarem na carreira, como por exemplo, o parâmetro da faixa etária que deve ser com idade mínima de 18 anos, ou seja, de maioridade já adquirida (BRASIL, 2001 a; BRASIL, 2001 b)

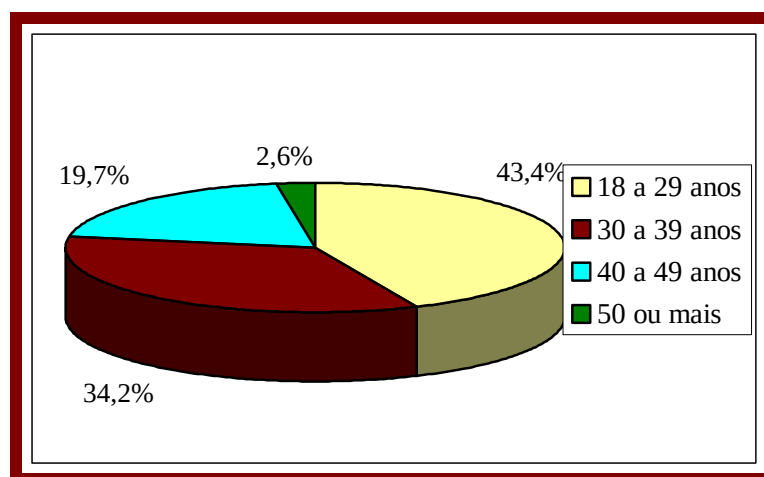


FIGURA 1 – Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde segundo a faixa etária. Araçatuba-SP, 2004.

Conforme demonstrado na figura 1 acima, vimos que 100% encontraram-se dentro do proposto, com predominância para a faixa etária situada entre 18 a 29 anos (43,4%) seguidos de 30 a 39 anos (34,2%), semelhantes a alguns dados citados em outros estudos (CRIPPA et al, 2003; OLIVEIRA, 2003; HADDAD; UENO, 2004)

Para que fossem contratados, os “Promotores ou Agentes de Saúde” dos Programas Rurais de Saúde da América Latina da década de 80 tinham de ter escolaridade mínima de 3 anos do primário (WERNER, 1977). Como o papel do ACS no PSF foi ampliado, saindo do foco materno-infantil para a família e a comunidade, além das novas competências no campo

político e social, tem sido necessário refletir sobre o seu grau de escolaridade, no sentido de que seja mais elevado para dar conta desse novo papel, mais abrangente e complexo do que inicialmente proposto.(TOMAZ, 2002)

A Lei de 10 de julho de 2002, para o exercício da profissão os ACS, inclui-se como pré-requisito para seleção a conclusão do ensino fundamental, ressalvo àqueles que já eram ACSs antes desta, o qual precisavam apenas saber ler e escrever, independentemente do nível de escolaridade. (BRASIL, 2001 a; BRASIL, 2001 b). Perante esta lei houve uma grande mobilização pela volta do ACS à escola com o intuito de contribuir em sua formação (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002c).

Da mesma maneira, conforme os resultados dos entrevistados observamos que a maioria dos ACSs deste município possuem

Quadro 1 – Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde segundo a escolaridade. Araçatuba-SP, 2004.

Escolaridade	n	%
1º grau completo	2	2,6
2º grau completo	45	59,2
2º grau incompleto	4	5,3
Curso técnico	12	15,8
Curso superior incompleto	7	9,2
Curso superior completo	6	7,9
Total	76	100,0

escolaridade acima do que é recomendado para o trabalho, ou seja, a maioria dos ACSs possuem 2º grau completo (59,2%), seguido de curso técnico (15,8), sendo citados dentre estes o de: *“Contabilidade”, “Magistério”, “Enfermagem”, “Radiologia”, “Informática”, “Nutrição e dietética”, “Eletrônica” e “Saúde do trabalho”*. Quanto aos cursos superiores em andamento citaram os de Jornalismo, processamento de dados, letras, pedagogia, enfermagem, publicidade e administração.

Esta elevação do grau de escolaridade observado nos ACSs de vários programas por todo o país (OLIVEIRA, 2003), confirma, de certa forma, que este profissional vem auxiliando na oferta de serviços, resolvendo o problema do desemprego da mão-de-obra especializada.

Partindo do princípio de que os programas de educação implantados junto as USFs devem apresentar conteúdos adequados à linguagem popular daqueles os quais estão dirigidos, a escolaridade dos ACSs aqui incluídos mostra-se como um fator positivo para o desenvolvimento de ações e serviços dentro das atribuições que lhes competem, fato este que deve ser aproveitado pelos outros profissionais da ESF ao delegar a estes funções mais complexas, com ações mais específicas nas distintas áreas, visando o aumento da resolutividade do serviço em geral.

É consenso que o ACS seja “alguém que se identifica em todos os sentidos, principalmente na cultura, linguagem, costumes e valores,

com a sua própria comunidade, pois aumenta a chance de sua capacidade de liderança, que converte em ações que realmente possam melhorar as condições de vida e de saúde da comunidade". Quanto maior a chance de diagnóstico, comunitário, melhores as ações a serem implementadas (BRASIL, 2000a). Assim, fica estabelecido que resida na mesma comunidade onde irá exercer suas funções (BRASIL, 2001 a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002c).

Por outro lado, esta designação tem remetido um julgamento de ordem relacional, compreendido entre os sentimentos de "proteção" e "amparo", aos escolhidos que passam a fazer parte da "rede de relações" da saúde, bem como o de "*indignação*" daqueles que foram por alguma razão excluídos. Este problema evidencia-se mais pelo ACS fazer parte de grupos sociais onde o acesso a saúde quase sempre foi intermediado por pessoas dotadas de certa influência. (NUNES et al, 2002)

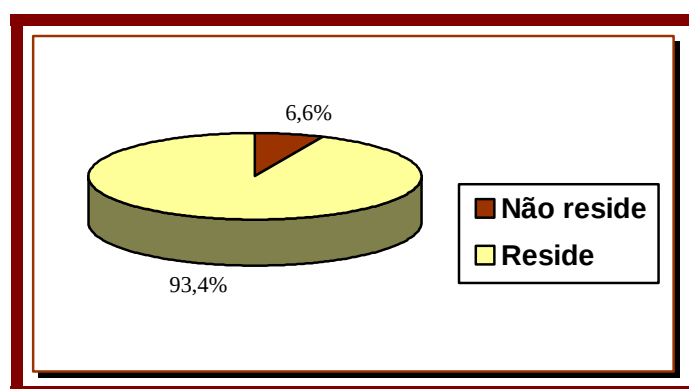


FIGURA 2 -Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde segundo afirmação de residência na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde onde atua. Araçatuba-SP, 2004.

Satisfatoriamente, a maioria (93,4%) reside em sua área de abrangência, pois o compartilhamento da mesma realidade entre os ACSs e os moradores faz com que estes se sintam mais a vontade em falar sobre seus problemas, fato este evidenciado também em programas de outras localidades. (CRIPPA et al, 2003; OLIVEIRA, 2003; SILVA; DALMASO, 2002; LEVY et al, 2004)

Anteriormente a criação da lei que oficializa esta profissão, delimitava-se além do local, um tempo mínimo de dois anos de residência, pois especulava-se ser alto o percentual de troca de ACS por algumas razões políticas, como troca de gestor e uso eleitoral, além da baixa remuneração (BRASIL, 2001b). Embora muitos programas municipais ainda exijam tal parâmetro, certamente é preciso uma organização nacional nesse sentido, pois atualmente a legislação estabelece que o mesmo pode ser nomeado morando no local apenas depois que for admitido, o que pode facilitar alguns trâmites (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002c).

Assim, tivemos o interesse em saber o tempo de residência daqueles que afirmaram morar em sua área. Satisfatoriamente, vimos que 66,2% moravam a mais de 10 anos e 33,8% de 2 a 9 anos. Como a base de seu trabalho é ir de casa em casa verificando as condições das famílias consideramos este tempo de relacionamento favorável à receptividade.(BRASIL, 2000a; BRASIL, 2001a).

Referente a contratação, a metodologia de admissão das “Visitadoras Sanitárias” na década de 60 (F-Sesp) baseava-se na interação ensino-serviço e tinha duração de 6 meses (SILVA, DALMASO, 2002). Já na década de 80, os “Promotores de Saúde” eram selecionados pela própria comunidade a que pertenciam, desde que já tenham tido alguma experiência na área como curandeiro tradicional, ou seja, “prático”. (WERNER, 1977).

Atualmente, são determinados alguns outros pré-requisitos para o processo de seleção, como a validação mediante um treinamento introdutório com certificação, uma avaliação individual, elaborada e implementada pelos Pólos Estaduais/Regionais que pode ser constituída de avaliação escrita, entrevista, além de outras modalidades como dramatização, grupo operativo e avaliação prática domiciliar. Opõe-se ainda neste, o tipo de vínculo empregatício do ACS, que pode ser direto ou indireto, desde que o ACS preste seus serviços ao gestor local do SUS (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002c)

Quadro 2 – Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde segundo o processo de contratação. Araçatuba-SP, 2004.

* Processo de contratação	F	%
Prova escrita	75	98,7
Entrevista	60	78,9
Contrato temporário	58	76,3
Treinamento introdutório	40	52,6
Outro	4	5,3

*** Mais de uma resposta**

Assim como nos estudos de Levy et al (2004), em nossos resultados constatamos que o processo seletivo para a contratação dos ACSs seguiu as normas e diretrizes básicas do PSF, confirmado no Quadro 2 acima.

Por outro lado, percebemos nesta seleção algumas diversidades de contratação, conforme as discrepâncias percentuais demonstradas nas alternativas, além da representação da alternativa "outro" por 4 ACSs que relataram ter passado por "*debate*", "*dinâmica de grupo*", "*exame médico*" e "*psicotécnico*", comprovando uma variabilidade dos métodos utilizados. Esta variabilidade pode gerar seleções cansativas e desconfortáveis, pois segundo relatos, além de não serem divulgadas as condições de realização da seleção dos testes, tem sido enfrentado situações como ficar o dia todo com fome e esperando até às 8h da noite, fato este considerado como o primeiro teste, o da paciência. (PEDROSA; TELES, 2001).

Apesar de já regularizada a profissão, observamos ainda um grande percentual (76,3%) de contratos de trabalho do tipo temporário, considerado precário por não firmar um plano de carreira.

Tem sido amplamente criticada e considerada inadequadas modalidades de contratação por verificar-se um quadro elevado de precarização e terceirização das relações de trabalho, sendo as regiões do Norte e Nordeste as de maior número de ACSs contratados sob estas

condições (BRASIL, 2004), talvez pela flexibilização dessas contratações, seja aquelas pré-estabelecida pelo MS ou pelo próprio município como uma alternativa de racionalização de custos, a qual tem excluído de muitos seus direitos sociais e trabalhistas.(BERTONCINI, 2000; SOUZA 2000; BRASIL, 2004). Para que dificuldades dessa ordem sejam excluídas, Oficinas sobre a Lei que regulariza a profissão do ACS vem subsidiando propostas de melhor Regulamentação para esta profissão (BRASIL, 2004).

Porém, apesar desta contratação temporária, que segundo Bertoncini (2000) produz nestes trabalhadores impotência, estresse, conflitos, disputa por poder, insegurança e baixa auto-estima, e ainda dificultando iniciativas de mudança e garantia da integralidade da assistência, sabe-se que estes ACSs foram contratados por uma empresa terciária, a qual tem procurado assegurar seus direitos.

Em uma avaliação quanto à inserção destes trabalhadores no Estado de São Paulo verificou-se que apesar de apenas 20% terem sido contratados de forma provisória, foi evidenciado uma grande rotatividade destes trabalhadores por algo que lhes forneçam mais estabilidade. (OLIVEIRA et al, 2003). Da mesma forma, como neste município a maioria dos contratos de trabalho não é provimento temporário, tivemos a intenção de conhecer a efetividade desses ACSs dentro do Programa.

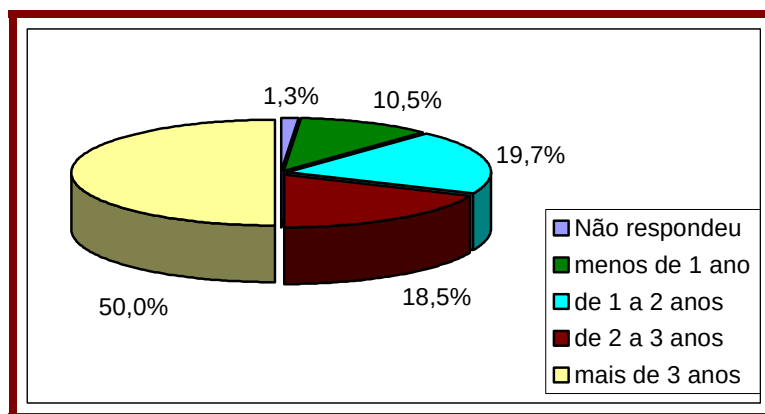


FIGURA 3 – Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo o tempo de atuação no Programa Saúde da Família. Araçatuba-SP, 2004.

Diante de tamanha contratação provisória aqui encontrada, surpreendentemente constatamos que metade destes trabalhadores (50%) estão praticamente desde o início da implantação do PSF, ou seja, a mais de 3 anos, porém com a outra parte em ritmo da rotatividade acima mencionada, considerada negativa por dificultar a criação de vínculo.

Para que o trabalho seja realizado da melhor forma possível, o número de ACS e consecutivamente de ESF depende do número de famílias ou pessoas que cada um irá acompanhar. Recomenda-se que cada ESF acompanhe em um território de atuação entre 600 e 1.000 famílias, que corresponde entre 2.400 a 4.500 pessoas, não ultrapassando este limite. Especificamente quanto ao ACS, determina-se que seja responsável pelo acompanhamento de uma microárea com aproximadamente 150 famílias, ou em outras palavras, que residam de 400 a 750 pessoas (BRASIL, 2001 a; BRASIL, 2001 b).

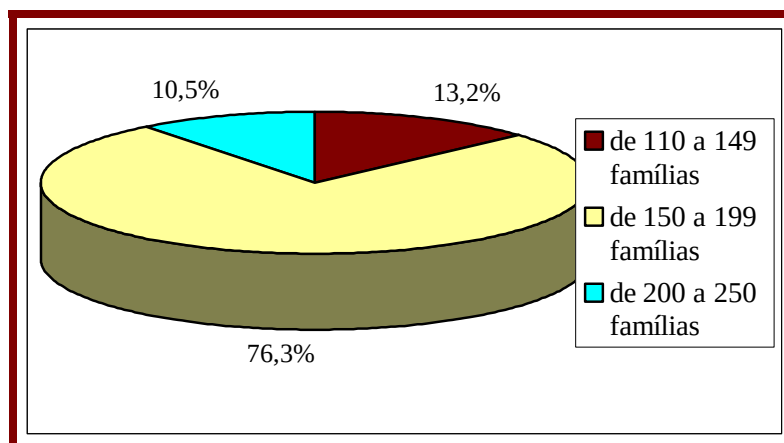


FIGURA 4 – Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo a quantidade de famílias por qual são responsáveis. Araçatuba-SP, 2004.

Conforme exposto vimos que a maioria dos ACSs (76,3%) tem sido responsáveis por um número aproximado do estimado. Quanto aos números abaixo ou acima deste, não poderíamos comentar se estão sobrepondo ou não ao limite estabelecido, se considerarmos a variação do número de pessoas dentro de cada família.

Nos municípios que possuem o PACS, o número de ACSs pagos com recursos federais se limita à cobertura populacional de 1 ACS para cada 550 habitantes. (BRASIL, 2001b) Assim, como a população local do município é de 174.399, e este possui 207 ACSs contratados até o presente momento vimos que para atender com eficiência cada família o número ideal seria de 318 ACSs cobertos com recursos financiados.

Quanto à capacitação inicial, denominada de treinamento introdutório, ainda como nos dias atuais, na década de 60 os ACSs eram capacitados, supervisionados e orientados por enfermeiros no

desenvolvimento de suas ações. (BRASIL, 2001a). Quanto ao tempo, na década de 80, este treinamento constava de 1 a 6 meses. (WERNER, 1977)

Comenta-se na Lei n.º 10.507 que cabe ao MS estabelecer o conteúdo programático do curso de formação do ACS, bem como dos módulos necessários para esta, onde a certificação compete aos Pólos Estaduais ou Regionais por meio de uma política de alianças, podendo ser com instituições de ensino. Esta qualificação deve ter treinamentos e oficinas com participação dos ACSs, ressalvo aos contratados anteriormente, os quais devem ter estes requisitos complementados (BRASIL, 2002c).

Como muitos desses Pólos ainda estão em construção, inserindo-se aqui àquele o qual este município pertencente, além de situar-se a 250 quilômetros, passa a ser de competência das SMSs estimular e viabilizar a capacitação dos profissionais por meio de parcerias com organizações, para fortalecimento do PSF. (BRASIL, 2001a)

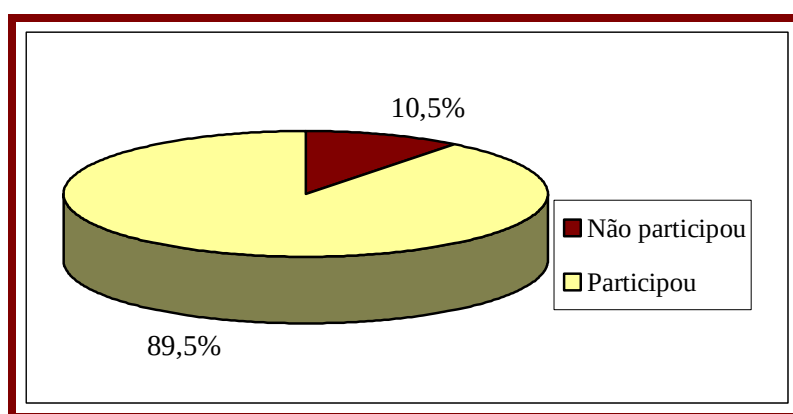


FIGURA 5 – Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo a participação em curso de capacitação para atuar como agente. Araçatuba-SP, 2004.

Verificamos que mesmo 89,5% terem participado da Capacitação introdutória para atuar como ACS, uma pequena porcentagem (10,5%) atua sem ter tido esta oportunidade, talvez por uma contratação posterior ao início do PSF. Assim, após a capacitação introdutória, as ESFs devem estar inseridas em um processo de educação permanente com o intuito de que seja possibilitado um desenvolvimento constante de suas competências, pois diante da atual dimensão de ações impostas, associada às novas expectativas de atuação frente a estas, surgem inúmeros desafios relativos ao processo de preparação para este “novo” perfil que se espera do ACS. (SILVA; DALMASO, 2002) Torna-se realidade a formação de Núcleos que ofereçam, além de uma educação continuada das ações a serem realizadas, o comprometimento com sua manutenção e aprimoramento.

Em outra perspectiva, segundo o próprio ACS, o melhor treinamento é o diário, através da observação dos pacientes e comentários dos outros profissionais da saúde (BRASIL, 2001a), ressaltando-se que os cursos oferecidos não devem seguir métodos e ou metas pré-estabelecidos (com prioridades estatais), pois o ACS não pode ter um perfil ocupacional, como os outros trabalhadores da ESF, devido ao seu fazer e saber depender dos problemas encontrados especificamente em cada família, microárea, comunidade. Fato este que pode ser confirmado, principalmente em comunidades rurais, diante de uma certa preferência de auxílio por pessoal local considerado “prático” (não treinados), como parteiras, curandeiros e

benzedeiras para que assumam o papel do pessoal qualificado. (WERNER, 1977).

Seja por deficiências de abordagens ou instrumentos adequados, parece-nos que muito ainda falta para que seja melhorada a capacitação do ACS, inserindo-se aqui a responsabilidade dos diversos setores da sociedade, como às Universidades de Saúde para resolução dessas, de forma que colaborem com a programação de modelos que almejem a manutenção da qualidade de trabalho. (SILVA; DALMASO, 2002)

Atualmente, sete fundamentais competências são atribuídas ao ACS. São estas as “Visitas Domiciliares”, à medida que percorrem as casas cadastrando famílias; o “Trabalho em Equipe”, através da comunicação, encaminhando e resolução quando aptos das situações identificadas, (BRASIL, 2000a; TOMAZ, 2002); “Participação no Planejamento das Ações de Saúde”, efetivamente; “Promover Saúde”, mobilizando famílias; “Prevenir” e “Vigiar” as situações de risco do meio ambiente e das doenças prevalentes no individual e coletivo; e “Acompanhar” avaliando as ações de saúde. (BRASIL, 1999) Desta maneira, em seu papel propriamente dito, determina-se que seja claro no da promoção e prevenção (BRASIL, 2002c), e no de facilitador, devido ao acesso e resolutividade ao serviço exercido pelo encaminhamento, e de tradutor à medida que veicula na comunidade saberes e práticas biomédicas. (CARVALHO, 2003)

Em segunda instância, sendo a municipalização um requisito imposto para a inclusão do PSF, fora essas atribuições citadas, insere-se uma outra atribuição ao ACS, que é o da criação da “participação popular” dentro do espaço democrático, que inclui dois outros papéis a serem oferecidos. O de levar informações sociais à comunidade, visando a inclusão de representantes nos Conselhos Municipais, liderança comunitária; atualização de assuntos sociais referentes à cidadania e direitos, sobre serviços e ocorrências da saúde municipal, bem como o de fiscalizar o uso dos recursos públicos de acordo com as necessidades. Todavia, estas novas responsabilidades, devem estar dentro das recomendações impostas para o exercício de seu trabalho. (SILVA; RODRIGUES, 2000)

Quadro 3 – Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo as atividades mais realizadas na função de Agente Comunitário de Saúde. Araçatuba, 2004.

* ATIVIDADE (S)	F	%
Promoção de Saúde	73	96,0
Visita Domiciliar	65	85,5
Agendamento de Consultas	60	79,0
Acompanhamento (hipertensos / diabéticos / gestantes)	37	48,7
Prevenção de Doenças	13	17,1

*** Mais de uma resposta**

Diante das atividades citadas vimos que todas encontraram-se dentro daquelas que os competem. Diante do papel de facilitador, vimos à ocorrência de 79% dos que vêm exercendo-o, agendando consultas. Quanto

ao de tradutor podemos incluir as respostas de promoção através das orientações (96%), acompanhamento (48,7%) e prevenção (17%), conforme refletido em algumas falas: *“Marcar consultas, fazer a prevenção da dengue e leishmaniose”; “palestras sobre diabetes, hipertensão, hanseníase...”;* *“controle da carteira de vacinas das crianças, acompanhar gestantes e orientar.”*

Por outro lado, observamos total ausência no exercício de seu papel de ordem social, uma vez que não houve nenhuma menção que pudéssemos caracterizar dentro desta. Segundo Werner (1977), em programas não governamentais, os ACSs são melhores treinados para a organização de cooperativas e mobilização de comunidades quanto a problemas sociais, por serem nestes programas menores as intervenções políticas, assim como a biologização e mercantilismo que fortalece as ações que gerem resultados efetivos à saúde, ao contrário daqueles que anseiam apenas em mostrar há mudanças ocorrendo nos sistema de saúde oferecido.

Especificamente quanto ao seu papel na promoção, em determinados momentos ilustra-se uma diversidade de atuação em áreas distintas, uma vez que qualquer tipo de ação a ser desenvolvida nas famílias e na comunidade tem sido atribuída a eles, inserindo-se aqui a da inspeção sanitária, conforme relatos do tipo: *“...verificar as condições de quintais, explicar a importância de mantê-los limpos...”*, que acaba por distorcer seu real trabalho, sobrecarregando-o por falta de uma clara delimitação de suas

funções. Isto implica diretamente num processo inadequado de qualificação, pois passam a receber diversos micro-treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora de um contexto e sem uma seqüência lógica. (TOMAZ, 2002). No entanto, estas forças tarefas justificaram-se neste município em prol de ações conjuntas entre o PSF e a Vigilância Epidemiológica, com o intuito de atacar os agravos epidemiológicos como dengue e leishmaniose que são tidas como doenças prevalentes.

Satisfatoriamente, vimos que dentre todas as atividades acima relatadas, quando questionados sobre qual a mais prazerosa que realizam em seu trabalho, os ACSs informaram ser a de “Orientação e Prevenção” (96%), as quais enquadram-se dentro de seu importante papel na promoção.

Sabe-se que para consolidação dessas inúmeras atribuições que se espera do ACS depende o envolvimento de toda a ESF, além de um conjunto de fatores técnicos, políticos e sociais de todas as esferas.

Contudo, especula-se que seja necessário criar dentro do trabalho do ACS situações que faz o grupo e comunidade em que trabalha parar para refletir sobre o que estão fazendo, identificar o que precisam, para então planejar a ação, inserindo-se esta em um ciclo regular de reflexão e ação quanto aos pontos críticos (BRASIL, 2000a)

Atualmente, uma das estratégias visadas para superação das dificuldades vivenciadas é a ênfase que deve ser dada, inclusa no processo de supervisão, na situação de trabalhador do ACS, identificando seus sofrimentos e apoiando formas de lidar com os problemas que surgem, despertando neste profissional uma consciência crítica.

Quando o PSF apresenta ESFs capacitadas e integradas, adequadamente implantado com suficiente estrutura física e equipamentos, tem condições de proporcionar uma das maiores mudanças, que é a “Desospitalização” conseqüente da resolutibilidade efetiva na própria USF sem necessidade de atendimento hospitalar, equipamentos para exames e tratamentos com especialistas. (BRASIL, 2001a).

Quadro 4 – Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo as principais dificuldades enfrentadas no trabalho como agente. Araçatuba, 2004.

* DIFICULDADES	F	%
Dificuldade de Encaminhamento / Falta de Especialistas	24	31,5
Encontrar morador/Falta de receptividade	25	33
Relacionamento com a equipe	3	4
Falta de treinamento/cursos	2	2,6
Fatores climáticos (Sol)	27	35,5
Transporte / distâncias das UBS	13	17,1

*** Mais de uma resposta**

Entretanto, frente às dificuldades expostas, vimos que estes conceitos não têm sido cumpridos em sua totalidade, conforme reportado:

“Dificuldade de Especialidades nas áreas médicas.”; “Demora no encaminhamento...”. Especificamente quanto ao encaminhamento, evidenciado também por outros (BERTONCINI, 2000; SOUZA, 2000), tem sido visto como consequência de uma sobrecarga de atendimento, por vezes esclarecida pela busca ativa das ESF “in loco”, a qual aumenta o diagnóstico de enfermidades e do atendimento dos moradores referenciados de outras áreas.

Diante disso, argumenta-se que na prática o PSF tem se restringido apenas à AB, contrariando o princípio institucional do “atendimento integral” que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção, contrariando com isso também o preceito constitucional da universalização, onde a saúde é dita como direito de todos e dever do Estado (NARVAI, 2001). Dessa forma, necessita-se que o processo de reorganização da AB pressione conjuntamente a reestruturação de outros níveis sob pena de comprometimento em atender com qualidade a demanda da busca ativa realizada, bem como garantir a efetividade das ações a serem desenvolvidas. (NUNES et al, 2002)

Considerando a escassez profissional, deve-se evitar tirar os recursos humanos da assistência aos doentes, cujas filas aumentam, para ocupá-los com tarefas de baixo impacto resolutivo (NARVAI, 2001). Os próprios ACSs sugerem suas transformações em auxiliares de enfermagem, com o intuito de que estejam aptos a resolverem problemas de menor

complexidade. Se esta sugestão acaba negando o formato institucional de seu trabalho, por outro lado, com a justificativa de ser a prevenção mais importante que a cura, o ACS de programas ministeriais tem permissão de prestar poucas ações por estes protegerem o monopólio da medicina curativa. (WERNER, 1977).

Esta falta de profissionalização implica em outra dificuldade que é a da falta de receptividade dos moradores, pois tendo estes conhecimentos que a competência do ACS é apenas educativo-promocional e preventivo ficam insatisfeitas por darem a este pouquíssimo valor. (PEDORSA; TELES, 2001).

Ainda dentro deste problema resultam tensões de ordens distintas. Uma ligada ao próprio serviço organizacional, que passam a ser transferidas ao ACS em seus retornos domiciliares, conforme relatos:

“Moradores reclamam da má qualidade da UBS”; “Falta de recursos e remédios para melhor atender a população”; as quais poderiam ser amenizadas mediante uma adequação das necessidades. (SILVA; DALMASO, 2002) Podem ainda ser decorrentes de conteúdos desvinculados de suas ações, de caráter pessoal e afetivo, conforme reportado: *“Pessoas que simplesmente não aceitam visitas.”*, talvez pela ocupação de superioridade que passam a assumir (NUNES et al, 2002) ou por desconfiança resultante da desinformação quanto à identificação deste novo profissional. (PEDROSA; TELES, 2001) Porém, seja qual a razão, é

consenso ser esta vivência um processo dinâmico, onde a relação inicial evolui para a participação efetiva.

Quanto às dificuldades de relacionamento profissional: “*Os funcionários da UBS não gostam de ter os ACS aqui.*”, pode ser pelo fato da ESF esperar deste uma prática mais técnica (NUNES et al, 2002), ou por um conflito de poder instaurado entre os ACSs e alguns profissionais da ESF em resposta a divisão do trabalho, ou pelos ACSs opinarem diretamente nos diagnósticos (PEDROSA; TELES 2001).

Relacionado a insatisfação de treinamentos que recebem, pode ser em consequência ao domínio de certos conteúdos e práticas que passam a ter que assumir, onde acaba sendo iniciado um processo de comparação de seu conhecimento com o dos outros da ESF, conforme relatado nas solicitações de auxílio: “*Falta de cursos e treinamento para melhor atender a população.*”. Esta insatisfação pode estar ligada a incapacidade do ACS em modificar neles mesmos os valores e conhecimentos arraigados à sua cultura (NUNES et al, 2002).

Quanto ao transporte, à distância das USF e aos fatores climáticos, recomenda-se que o ACS obtenha, de acordo com as circunstâncias de cada localidade, bicicleta, barcos ou animais, guarda-chuva ou sombrinha, pois no decurso de suas tarefas, além do uniforme (jaleco, camiseta e boné) para melhor identificação, e de alguns materiais como prancheta, lápis, caneta e caderno, balança, fita métrica e termômetro.

(BRASIL, 2001a) A potencialização deste problema tem se agravado à medida que estes ACSs têm carregado, além deste próprio material, alguns outros de peso excessivo de caráter da Vigilância Epidemiológica, como desentupidores de ralos e pás. Este fato justifica-se também diante de insatisfações de que não estão como educadores e nem supervisores, mas sim como inspetores sanitários.

Diante do exposto, com vistas a superar a realidade majoritária do trabalho com deformidade, bem como melhorar o funcionamento institucional há de se considerar a satisfação pessoal dos trabalhadores de saúde. (PIRES, 2000) Estas satisfações podem ser também identificadas no processo de desenvolvimento do trabalho do ACS.

Quadro 5 – Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo as satisfações decorrentes de seu trabalho como agente. Araçatuba, 2004.

* SATISFAÇÕES	F	%
Conscientização / Mudança de Hábito (orientação/ informação)	43	56,6
Conquista da Confiança (receptividade / gratidão / carinho)	38	50
Auto-estima (útil na resolução de problemas/acompanhar idosos)	20	26,3
Convívio com a Família / Comunidade	12	15,7
Melhoria da Assistência Médica/Odontológica	3	4

*** Mais de uma resposta**

Pensando nisso procuramos superar a ênfase dada ao aspecto político de um indivíduo meramente funcional, por meio da compreensão das concepções do ACS no dia-a-dia de seu trabalho, como

criatura provida de valores, desejos e emoções, (AZEVEDO et al, 2002) através da identificação analítica dos motivos pela procura da profissão, bem como das gratificações que esta lhe fornece.

Vários estudos concretizam que os aspectos razão/sentimento e prática se mostram imbricados e se auto-determinam. (NUNES et al, 2002) Considerar as satisfações ligadas à dinâmica relacional comunitária desenvolvida em torno do ACS poderá servir como uma medida de avaliação do desempenho de seu trabalho, conforme evidenciado: *“Quando a população reconhece o trabalho e fica feliz com a nossa ajuda.”.*

Conforme vimos, de acordo com Silva e Dalmaso (2002), uma parte significativa dos ACSs consideram seu trabalho satisfatório pela possibilidade de ser útil, oferecendo ajuda à população carente, pois sua atuação quase sempre implica envolvimento pessoal pelas famílias por eles responsáveis, conforme relatos: *“E de ver a satisfação no olhar de cada um.”; “Ver a alegria de alguém que está curado de sua enfermidade, e do amor que eles dão a cada um de nós.”*

Vimos também que a partir do momento que o ACS assumi uma responsabilidade na construção de uma sociedade com maior equidade, grandes satisfações surgem quando da confirmação de suas forças tarefas específicas, conforme menções que se seguem: *“Mais atenção pelo PSF às pessoas, recebendo mais atendimento dos médicos especialistas e do dentista”.* Já outra surge do seu papel de informante à medida que mais

peessoas têm acesso a informações de cuidados à saúde: *“Maior higiene nas residências e entendimento sobre a importância dos medicamentos”* *“Hipertensos e Diabéticos agora fazem o seu tratamento corretamente.”*, que por sua vez faz com que o ACS alcance uma maior valorização pelos profissionais da ESF. Da mesma forma, valorizam seu trabalho em resposta a demonstração de carinho e afinidade da comunidade (PEDROSA; TELES, 2001), e da cooperação e participação das pessoas no processo do trabalho, conforme citado: *“É quando eu passo as orientações e eles fazem do jeito que eu ensinei”*.

Sabe-se que diante todas essas satisfações conseguidas por intermédio do ACS gera não só na ESF, mas também nos moradores, uma maior confiança no trabalho que desenvolvem. Por sua vez, este sentimento alcançado resulta em motivação quanto à profissão que exerce, seja pela diferenciação do conhecimento que passam a dispor e oferecer, ou pelo acesso privilegiado a outros profissionais e ações de saúde.

Esta constatação foi constatada repetidamente em muitas das menções fornecidas: *“Sou apaixonada pela área de saúde e vi no PSF a escola que precisava para conhecer a saúde e suas necessidades”*; *“Se sentir útil à população, saber que você pode ajudar ou pelo menos amenizar aquele problema”*.

Quadro 6 – Distribuição percentual de agentes comunitários de saúde segundo os motivos que levaram os Agentes Comunitários de Saúde a escolherem esta profissão. Araçatuba, 2004.

* MOTIVOS	F	%
Opção de trabalho (falta de emprego / necessidade financeira)	46	60,6
Ter contato com diferentes pessoas	9	11,8
Possibilidade de poder ajudar as pessoas	8	10,5
Vocação para a área da saúde	7	9,2
Por querer ser efetiva (estabilidade)	5	6,6
Adquirir experiência	1	1,3

*** Mais de uma resposta**

Por outro lado, uma grande parcela dos ACSs citaram como sendo os motivos que o levaram a optar por esta profissão o de ordem financeira, ou escassez do mercado de trabalho: *“Falta de emprego na cidade”*; *“Fiquei interessada no concurso por necessidades financeiras. Hoje gosto do que faço.”*; *“Salário”*; *“Gostaria de ser efetiva na prefeitura, estabilidade.”* . Quanto a este, ressalta-se ser um aspecto positivo de oportunidade trabalhista se considerarmos que em outros países estes profissionais são incorporados como voluntários. O fato de reconhecidamente ganharem pouco torna-se peculiar, pois ao menos são remunerados, com o mínimo de um salário, ou mais (BRASIL, 2002b).

Por outro lado, Dal Poz et al (1997) considera que os incentivos financeiros não explicam na sua totalidade as motivações das

peçoas, e sim com a participação direta do trabalhador com suas atividades e produção. Dependente da motivação podem ser favorecidos ou desencorajados comportamentos que vão no sentido dos interesses do PSF. Ao contrário, a presença de imposições e regras detalhadas, bem como a rotina de numerosas atividades prejudica esta. Já com outra perspectiva, sendo constatado que a maioria dos motivos citados são de ordem financeira, estes devem ser considerados como critérios operativos úteis para potencialização do trabalho em saúde. (CAMPOS, 1997)

De uma forma ou outra, percebe-se que as organizações, no caso os gestores dos Programas e responsáveis pelas ESFs, devem promover oportunidades e incentivos encarados como apoio à melhoria, não podendo incorporar caráter punitivo, para que o ACS se sinta motivado e reconhecido pelo que realizam.

Dessa forma, o ACS vai escrevendo, por vezes até sem ter conhecimento sobre isto, uma parte, a sua parte, na história da implantação do SUS no Brasil. (BRASIL, 2000a)

2.7 CONCLUSÃO

Diante das evidências, vimos que mesmo estando o perfil da maioria desses ACS dentro do proposto pelo MS, evidencia-se a necessidade da reorganização de algumas práticas pelos responsáveis pelo PSF ou pela saúde deste município.

Inserir-se dentre estas, uma adequação na capacitação de modo que seja permanente visando incluir a todos, bem como em determinados pontos dentro de suas atribuições, por estar sendo dada certa ênfase em algumas, como na área da inspeção sanitária, e total ausência em outras, como a de organização social.

Frente à opinião dos entrevistados, há de serem superadas algumas dificuldades evidenciadas no tocante ao sistema de encaminhamento e de melhoria em algumas condições de trabalho, como transporte, fornecimento de alguns recursos materiais e de ensinamento, para que estas não interfiram na concretização de seu trabalho. Necessita-se também que sejam considerados as satisfações pessoais e os motivos advindos desta profissão, procurando estimulá-los sempre que possível de maneira que se construa um ambiente de trabalho saudável, na perspectiva de se alcançar uma assistência à saúde que seja ao mesmo tempo prazerosa, resolutiva e comprometida com a saúde de toda a população.

2.8 REFERÊNCIAS

Azevedo CS, Braga Neto FC, Sá MC. Indivíduos e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. Cad Saúde Pública 2002; 18:235-247.

Arpeck PL, Settle RB. The survey research handbook. San Diego: Academic, 1983.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed 70, 1977.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Implantação da Unidade de Saúde da Família. In:_____Cadernos da Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, 2000b.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei 10.507 / 2002. Criação do Agente Comunitário de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder executivo. Brasília, 10 de julho de 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. II Seminário internacional de experiências em atenção básica e saúde da família; 2001 Nov 27-29. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Reunião dos Coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/SAS. Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em atuação - ago/2003; [citado 2004 ago 10]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhpsf.pdf>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Oficina sobre Regulamentação Profissional do Agente Comunitário da Saúde. [citado 2004 out 27] Disponível em: <<http://www.ccs.ufpb.br/nesc/informativos/boletim022.htm>> 2004.

Bertoncini JH. Da intenção ao gesto uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 229-66.

Carvalho VLM. A prática do agente comunitário de saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeçerica da Serra. [resumo PT 0394]. Rev Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8 (1): 265.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília:Ministério da Saúde;1996.

Crippa, SMT, Freitas, GTR, Santos, IT, Silva, AMR. Quem são os agentes comunitários de saúde do programa saúde da família do município de Londrina-PR? [resumo PT 0394]. Rev Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8(1): 385.

Dal Poz, MR, Pierantoni CR, Varella T C. Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde. Programa de desenvolvimento dos recursos humanos (HSR). Organização Mundial da Saúde (OMS) junho 1997.

Dal Poz MR. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. Rev Interface 2002; 6(10): 88-90.

Dias NMO. Mulheres sanitárias de pés descalços. São Paulo:Hubite; 1991.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

Ferraz CRR, Borges ALV. Agente Comunitários de Saúde: histórias de vida em transformação. [resumo PT 795]. Rev Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8(1): 387.

Haddad RG, Ueno LS. O conhecimento de agentes comunitários de saúde e seu papel na área de saúde bucal. Rev Odontologia e Sociedade 2004; 6(1):87.

Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Rev Cadernos de Saúde Pública 2004; 20(2):197-203.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde; características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUBITEC/ABRASCO, 1994.

Nair VM, Thankappan KR, Sarma PS, Vasan RS. Changing roles of grass-root level workers in Kerala, India. Health Policy Plan 2001; 16 (2):171.

Narvai, PC. Saúde Bucal no PSF:SUS ou SUSF? Ano II – N.º 36 Abril de 2001. [citado em 2001 abr 04]. Disponível em:
<www.jornaldosite.com.br/arquivos/anteriores/capel8.htm>p.1-2.

Nogueira RP. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. Rev Interface 2002; 6(10):91-3.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Rev Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(6):1639-46.

Oliveira JLC. Atenção Odontológica no Programa Saúde da Família (PSF) de Campos dos Goyatacazes-RJ após um ano de implantação: a visão dos atores sociais envolvidos. [tese de doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; 2003.

Oliveira M, D'Angelo L A, Dilorenzo R, Da Cruz M. O agente comunitários de saúde: coração da equipe de saúde da família. [resumo PT 0786]. Rev Ciência & Saúde Coletiva 2003b; 8(1): 378.

Pedrosa JIS, Teles, JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2001; 35(3):303-11.

Pires D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. Rev Baiana Enfermagem 2000; 13:83-92.

Silva JA, Dalmaso, ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. Rev Eletrônica de Enfermagem 2000; 2(1). [citado em 2004 ago 10]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>.

Souza HM. Programa de saúde da família. Rev Bras Enfermagem 2000; 53:7-16.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Rev Interface 2002; 6(10):84-87.

Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Rev Saúde Pública 2000; 34(2); 190-5.

Werner D. O agente de saúde. 20.º Congresso Internacional de Hospitais. Tóquio 1977

CAPÍTULO 2

Análise da integração e ação dos profissionais

das equipes de saúde bucal e agentes

comunitários de saúde inclusos em um

Programa de Saúde da Família

**Araçatuba
2005**

Bueno e Silva FSJF. Análise da integração e ação dos profissionais das equipes de saúde bucal e agentes comunitários de saúde inclusos em um Programa de Saúde da Família. [Dissertação] Araçatuba: Unesp - Universidade Estadual Paulista; 2005.

3.1 Resumo - Capítulo 2

O Programa de Saúde da Família-PSF vem tentando incorporar as idéias expressas pelo movimento da promoção de saúde por meio de ações que estejam voltadas aos princípios da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde. A inserção da Equipe de Saúde Bucal-ESB no PSF surgiu com o desafio de ampliação do acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal-SB na população, através da colaboração de outros profissionais do PSF, especialmente a dos Agentes Comunitários de Saúde-ACSs por fazerem parte da comunidade assistida, como com o intuito de melhorar o quadro epidemiológico brasileiro. O objetivo deste trabalho foi analisar se tem havido integração entre os profissionais da ESB com os ACSs inclusos no PSF de Araçatuba-SP, a auto-percepção do conhecimento do ACS, bem como identificar a realização de diferentes ações desenvolvidas por estes atores na área da SB. Utilizando-se uma abordagem quanti-qualitativa através de um questionário semi-estruturado e auto-administrado, as respostas foram pós-categorizadas e contadas de acordo com a frequência de aparição. Relacionada à integração verificamos total ausência dos membros das ESBs nas reuniões que são realizadas semanalmente, e no repasse de informações e auxílio que capacitem esses ACS, o qual foi realizado em uma única palestra, bem como uma insatisfação desses atores quanto ao nível de seu conhecimento. Quanto às ações que os ACSs têm realizado, percebemos o não

desenvolvimento daquelas voltadas para a promoção e prevenção de real eficácia na SB, bem como uma indisponibilidade de recursos para a realização destas. Entretanto, diante de queixas e problemas identificados a conduta das ações de encaminhamento encontraram-se corretas. Contudo percebe-se não estar havendo integração dos profissionais das ESBs com os ACSs, seja pela não participação nas reuniões ou pela ausência de uma capacitação contínua e permanente, refletindo nas insatisfações de seu conhecimento. Quanto às ações, percebemos a falta de ações que pudessem trazer grande impacto na SB vigente, considerando ser o encaminhamento as Unidades de Saúde a única em que estão aptos a realizarem. Espera-se que a realidade evidenciada sirva para a inserção e modificação de propostas que visem transformar esses ACSs em verdadeiros multiplicadores e vigilantes da SB.

Palavras-Chave: Recursos Humanos em Odontologia; Agente Comunitário de Saúde; Educação em Saúde Bucal.

Bueno e Silva FSJF. Analysis of the integration and action of the professionals in the dental health teams and health community agents participating in a family health program. [Dissertation] Araçatuba: Unesp – São Paulo State University; 2005.

3.2 Abstract - Chapter 2

The Family Health Program (FHP) has been attempting to incorporate the ideas of health promotion by means of actions directed to the principles of universality and integrality of the Unified Health System. Aiming at the improvement of the Brazilian epidemiological picture, the insertion of the Dental Health Team (DHT) in the FHP has occurred with the challenge of expanding the actions to promote, prevent, and recover the populations' dental health through the cooperation of other FHP professionals, particularly of the Community Health Agents (CHAs), because they belong to the assisted community. The aim of the study was to analyze if there has been an integration of the DHT professionals with the CHAs participating in the FHP in Araçatuba-SP, their personal knowledge, as well as to identify the performance of the different actions developed by these agents in the DH field. A quanti-qualitative approach was made through a self-administered semi-structured questionnaire, of which the responses were post categorized and measuring by supposed frequency. We verified the absolute absence of the members of the DHTs in the weekly meetings, and their neglect in furnishing information and assistance able to qualify these CHAs, regarding oneself as exchange information and training occurred only once, as well as the personal dissatisfactions their knowledge. About actions performed by the CHAs, we noticed the absence of those directed to efficiently promote DH and prevent disease, as well as the lack of resources to carry out those actions. However, in face of the complaints and problems identified, the conducts regarding referral were correct. Nevertheless, it can be noticed that

there is no integration of the DHTs professionals with the CHAs, either because of the absence of the formers in the meetings or because of the lack of continuous and permanent training that, in turn, might be reflecting in their personal dissatisfactions knowledge. With regards to the actions, we noticed the lack of actions that could cause great impact on DH, as the CHAs feel that referring patients to the Health Units is the only action they are able to carry out. It is expected that the reality evidenced will be useful to insert and modify proposals to turn the CHAs into real multipliers and DH carers.

Key Words: Dental Human Resources; Community Health Agent; Health Education, Dental.

3.3 Introdução

As contribuições emanadas especificamente na II Conferência Nacional de Saúde Bucal - CNSB, como a inserção do controle social, incorporação de pessoal auxiliar e o desenvolvimento de ações promocionais coletivas e integradas, abriram caminho para uma série de discussões que passaram a constituir estratégias de Atenção em Saúde Bucal - ASB vinculadas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, em substituição ao modelo clássico de prestação de serviços odontológicos centrado na doença e com soluções curativas (BRASIL, 1993).

O Programa de Saúde da Família - PSF, que tem como objetivo a reorganização da prática assistencial com novas bases e critérios, é visto como uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Esta atenção centrada na família vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família - ESFs uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que superam as práticas curativas (BRASIL, 2002a).

Neste contexto, preocupado com a necessidade de melhorar a realidade dos índices da ASB e de ampliar o acesso da população às ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras a ela relacionadas, o Ministério da Saúde - MS decidiu estabelecer incentivo financeiro para a reorganização desta nos municípios por meio do PSF, através da Portaria n.

1444, de 28/12/00 267, posteriormente regulamentada pela Portaria n.267, de 6/03/01, a qual aprovou as normas e diretrizes de inclusão da Equipe de Saúde Bucal - ESB na estratégia do PSF por meio de um Plano de Reorientação das Ações de SB na Atenção Básica (BRASIL,2002 b)

Duas podem ser as modalidades de adesão das ESBs ao PSF. Na Mod. I consta de um Cirurgião-Dentista - CD, e um Atendente de Consultório Dentário – ACD. Já na II, além dos mesmos, é incluído um Técnico em Higiene Dental - THD. A proporção é de uma ESB para cada duas ESFs, com exceção para os municípios com até 6.900 habitantes, onde a relação poderá ser de uma ESB para uma ESF (BRASIL, 2001).

Ainda que conscientes do muito que avançar, vimos que após esta inclusão no PSF, foi caracterizada uma ampliação do atendimento à SB em todas as regiões do país, quando relacionado o número da cobertura populacional pelas ESFs e ESBs, considerando a devida proporção de inclusão. Atualmente, o número de ESF é de 18.343, abrangendo cerca de 4.380 (78,8%) municípios, acompanhando 60.126.862 (34,4%) da população. Quanto ao número de ESB, estão inseridos em torno de 2.617 (47,1%) municípios e acompanhando 31.271.219 (17,9%) da população, as quais tem somando um total de 5.128 de ESB em todo o país (BRASIL, 2003).

Percebe-se que o sucesso da estratégia de “inserção da odontologia” na Saúde da Família –SF tem sido alcançada por uma mudança

na atitude dos profissionais que compõem as ESBs, uma vez que passam a atuar voltados para a Atenção Básica - AB.

A título de exemplos de PSF bem sucedido, voltado para uma integração entre profissionais, cita-se o de Piraju-SP, onde os 13 CDs, entre estes clínicos, especialistas e alguns de retaguarda, dividem espaços para o atendimento, inclusive no período noturno. Observa-se também que, no PSF de José Gonçalves (Conquista-Salvador), faltando espaço de sala-gabinete dentário, as ESBs dividem com os Agentes Comunitários de Saúde - ACSs os dias entre atendimento, trabalho preventivo e de orientação (BRASIL, 2001).

Apesar do mencionado entusiasmo, parece que a odontologia do PSF tem suscitado um debate em torno das propostas da universalização da atenção com integralidade e equidade, baseado na afirmação de estar se restringindo apenas à AB, faltando com os outros níveis de atenção (NARVAI, 2001). Esta ocorrência que pode ser justificada pela falta de Recursos Humanos - RHs idôneos que respondam aos novos paradigmas que esta atenção integral e familiar representa, seja devido a uma precariedade de manutenção ou falta do desenvolvimento e avaliação efetiva de certas ações, que por sua vez geram deficiências de algumas categorias profissionais (BRASIL, 2002a).

Os RHs em saúde devem ter um certo conhecimento acerca do trabalho um do outro, valorizando o compartilhamento de informações na

produção de cuidados (RIBEIRO, 2004). Da mesma forma, a visão integrada de ações multidisciplinares é fundamental para o entendimento do cuidar da boca, do corpo todo e da vida das pessoas em todos os seus aspectos, identificando seus principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade. (BRASIL, 2001)

A ESB pode desempenhar um papel decisivo nos resultados do PSF desde que tenha co-responsabilidade individual e coletiva.(BRASIL, 2000), pois assim como na medicina, na odontologia predomina a cultura da especialização e do trabalho individualizado. É essencial que trabalhe em sintonia perfeita dentro da Unidade de Saúde da Família – USF a qual que pertence, assim como com todos àqueles que dela fazem parte, procurando constantemente desmonopolizar seus saberes técnicos através da formação, capacitação e qualificação contínua, com características que inclua amplamente o “conceito” da SB. (ZANETTI, 2000)

Especificamente ao CD ressalta que somente deve ser incorporado à SF após uma compreensão da política de saúde proposta pelo SUS (MOREIRA, 1999), pois como especialistas é preciso que tenham conhecimento sobre divisão de trabalho e delegação de funções.

Por sua vez, a formação dos RHs própria das ESFs deve, do mesmo modo, incorporar as suas prévias funções as ações voltadas à SB, devido à magnitude dos problemas existentes no país que irão encontrar e a especificidade necessária para seu enfrentamento, considerando que para

haver efetividade, a incorporação destes as Equipes deverá ser definida a partir de RHs disponíveis propriamente em cada localidade. (ZANETTI, 2000; BRASIL, 2002b).

O ACS tem sido o principal interlocutor entre os serviços das USFs e usuários, atuando como atores sociais fundamentais na prevenção, promoção e ampliação do atendimento a SB. É ainda o elo cultural imprescindível entre as pessoas da comunidade adscrita com os outros profissionais das ESFs e ESBs. (BRASIL, 2001).

Programas que incorporam atividades voltadas a SB aos ACSs confirmam ser este desafio uma forma extremamente fácil, barata e impactante de se instituir uma frente preventiva e promocional por todo território, desde que tomados alguns cuidados principais com a organização gerencial dos recursos necessários, adequada formação pedagógica e desenvolvimento de um trabalho inserido numa ética comunitária aplicada. (ZANETTI, 2001)

Entretanto, reconhecidos apenas recentemente como peça de transformação social à medida que passam a assumir importantes tarefas nos cuidados à saúde com a regulamentação da profissão através da Lei n.º 10.507 de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002b), devem ser considerados alguns conflitos quanto à introdução de novos papéis e responsabilidades a estes RHs.

Não são raras às vezes que os ACSs voltam suas atividades para outro tipo de ação que não as de promoção e prevenção por possuírem comportamentos calcados em velhas concepções de favores e de facilitadores dos trâmites burocráticos, o que evidencia ainda mais a introdução de relações consubstanciadas na responsabilidade de uma ação multiprofissional, com o intuito de se (re)construir conhecimentos que os façam ter autonomia para utilizar estratégias de intervenção (PEDROSA; TELES, 2001).

O processo de formação e qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado e insuficiente para que desenvolva as novas competências para o adequado desempenho de seu papel. (TOMAZ, 2002). Qualquer ação especializada no sentido de propiciar a eles aprimoramento técnico repercute de forma bastante acentuada em suas práticas diárias, porém sabe-se que tem sido mínimas as oportunidades de participarem em atividades de capacitação, considerando ser os que mais precisam e se beneficiariam com estas atividades.

Com efeito, torna-se relevante que sejam realizados estudos voltados para verificar se deficiências envolvendo a interrelação e participação de todos os membros das ESFs e ESBs estão sendo apontados dentro dos Programas que encontram-se implantados nos municípios a fora.

3.4 Proposição

Com o intuito de conhecer a assistência desenvolvida na área da SB pelos ACSs inclusos no PSF do município de Araçatuba-SP, propôs-se analisar a integração dos profissionais que compõem as ESBs com os estes atores sociais através da participação desses profissionais nas reuniões de grupo e na capacitação de informações e ensinamentos práticos oferecidos, bem como a auto-percepção do ACS quanto ao seu conhecimento nesta área. Procurou-se também identificar os diferentes tipos de ações, a eles cabíveis, que vem sendo realizadas no dia-a-dia de suas atividades, como as de promoção, prevenção e de conduta diante de problemas identificados, bem como o recebimento de recursos para que sejam desenvolvidas.

3.5 Metodologia

O estudo foi realizado no município de Araçatuba-SP, localizado na região Noroeste de São Paulo, o qual encontra-se o PSF desde meados de 2001 como método eletivo para melhoria das condições da AB de saúde de sua população.

Atualmente este PSF encontra-se composto por 35 ESFs, que incluem 207 ACSs, e 17 ESBs distribuídas entre as 11 USFs instaladas dentro das UBSs já existentes, espalhadas pelo município.

A pesquisa caracterizou-se como um estudo do tipo exploratório descritivo, de natureza quanti-qualitativa, através de um questionário semi-estruturado e auto-aplicado a 76 ACSs, contando com a exclusão dos que fizeram parte do pré-teste, a não autorização e ausência de alguns sujeitos. Buscou-se conhecer as representações desses atores sociais através de uma leitura criteriosa do conteúdo, onde na análise qualitativa as respostas eram pós-categorizadas segundo as características de um determinado fragmento na mensagem tomado em consideração, e quantificadas de acordo com a frequência com que surgiam. (BARDIN, 1977). Na análise quantitativa, as respostas foram distribuídas de forma percentual. Os dados foram processados no programa EPI info versão 6.04.

3.6 Resultado e Discussão

O melhor método para se criar momentos de vínculos entre profissionais de diferentes formações tem sido por meio de reuniões grupais, onde se efetivam discussões sobre problemas e dificuldades vividas e busca conjunta para soluções, os objetivos e metas a serem alcançadas e a melhor maneira de atingi-las. (RIBEIRO et al, 2004) Em face desta concepção, dinâmicas direcionadas a promover uma integração entre os membros das Equipes vem sendo realizadas com o intuito de estimular a livre expressão de idéias e sentimentos. (LEVY et al, 2004). Ainda nestas reuniões são superadas inúmeras deficiências relacionadas à capacitação e treinamento, falta de envolvimento comunitário e de avaliação das ações por todos os envolvidos. (COSTA et al, 1998).

Pensando nisso, sejam estas reuniões administrativas, de programação, planejamento ou de avaliação, no sentido de haver além da integração, o fornecimento de informações específicas aos ACSs, o CDs e ACDs devem se fazer membros efetivos e participantes. (SOUZA et al, 2001)

Porém, conforme evidenciado, somos surpreendidos quando da análise das respostas referentes a esta questão por não haver, se quer uma única resposta, que incluía o CD ou ACD na participação destas, constatando não estar havendo uma integração desta área com a saúde geral, que é de competência de outros profissionais das ESFs, nem mesmo o

Quadro 1 – Distribuição percentual dos profissionais das equipes que participam das reuniões segundo a afirmação dos agentes comunitários de saúde. Araçatuba-SP, 2004.

* Profissionais participantes	F	%
Enfermeira	61	80,3
Auxiliar de enfermagem	53	69,7
Médico	34	44,7
Toda equipe	12	15,8
Não respondeu	3	3,9

*** Mais de uma resposta**

fornecimento de conhecimentos ao próprio ACS, o qual deveria ser repleto de conhecimentos e saberes por serem a porta de entrada da USF.

Em consequência a esta irresponsabilidade coletiva e baixo grau de integração no relacionamento interno dessas Equipes, Pedrosa e Teles (2001) revelam a geração de uma descontinuidade e desarticulação entre ações específicas de cada profissional, seja estas educativas, curativas ou administrativas. Esta ausência dos CDs nas atividades de capacitação vem sendo justificativas pelo fato destes terem sido incorporado a ESF recentemente (NEPP, 2002), o que não deixa de ser um motivo de não cumprimento do princípio da integralidade do PSF e conseqüente direção oposta à universalidade das ações.

Segundo Bertoncini (2000), condições de trabalho assim, onde *"os atores sociais se encontram dentro de situações que divergem e convergem"*, talvez por influência dos modelos biomédicos exclusivistas, produz impotência, estresse, conflitos, insegurança e baixa auto-estima, dificultando ainda mais as condições vigentes.

Os esforços devem partir para formação de profissionais dentro das diretrizes da SF, incluindo mudanças curriculares no nível da graduação, que vise a quebra da setorialidade com que este profissional vem sendo formado, na dicotomia Ministério da Educação e Ministério da Saúde. (NEPP, 2002).

Os temas tratados no curso do Módulo Introdutório são bastante diversificados, fazendo com que sejam produzidas grande dispersão dos conteúdos. Assim, tópicos considerados fundamentais para a capacitação dos ACSs passam a ser oferecidos com pequeno destaque em função do tempo. (NEPP, 2002)

Permeia-se uma nova prática em saúde após o treinamento introdutório e antes do início das atividades, onde todos os profissionais devem ser capacitados mediante um projeto de Educação Permanente, os quais deverão propor alguns conteúdos programáticos de abordagem. Especificamente quanto ao Módulo da SB, este deve conter ensinamentos sobre a atenção clínica, promoção à saúde e ações de controle e

estabilização das patologias bucais com vistas ao auto-cuidado. (BRASIL, 2001)

Encontrando-se as ESBs deste município dentro da Mod I, compete ao CD e ACD a realização de mecanismos que capacitem os ACSs a realizarem um trabalho voltado a atividades de promoção e prevenção mediante conteúdos pré-estabelecidos. Ao CD compete participar da formação e do treinamento dessas ações, preparando a todos (BRASIL, 2001), bem como àquelas voltadas para o atendimento e agravos que tenham relação com esta. (SOUZA et al, 2001), e ao ACD participar destas, principalmente quando forem para os ACS.

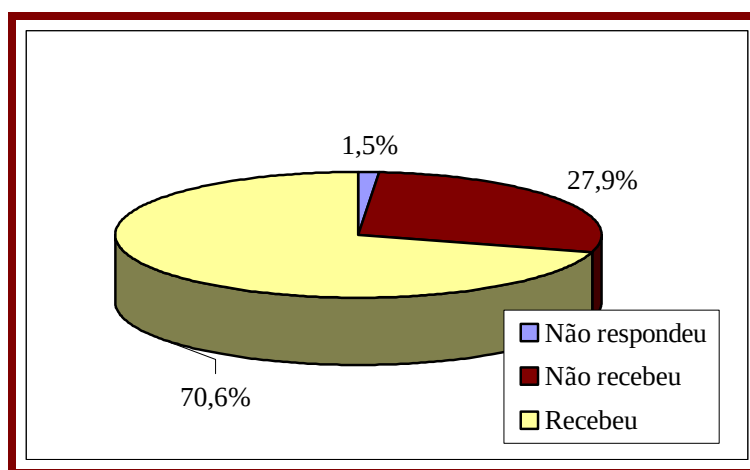


FIGURA 1 – Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde que afirmaram receber informações sobre Saúde Bucal durante o curso de capacitação para atuar como agente. Araçatuba-SP, 2004.

Infelizmente, apesar de 70,6% afirmarem ter recebido informações sobre SB, sabe-se que foram através de uma única palestra que

abrangia apenas alguns tópicos dentre o amplo leque de conteúdo estabelecido a ser de conhecimento dos ACSs, a qual fez parte do “introdutório”. Observa-se ainda haver dentro deste PSF um número considerado de ACS (27,9%) que não tiveram a oportunidade de participar, seja devido a uma contratação posterior, falta ou afastamento no dia da realização desta palestra.

Com isto, identifica-se a ausência e necessidade de um processo de educação continuada que pudesse habilitar esses ACSs com conhecimentos para intervirem como educadores e ou transformadores da saúde bucal.

Sabendo disso, tivemos ainda a intenção de relacionar a auto-percepção quanto ao nível de conhecimento desses ACSs que participaram desta capacitação.

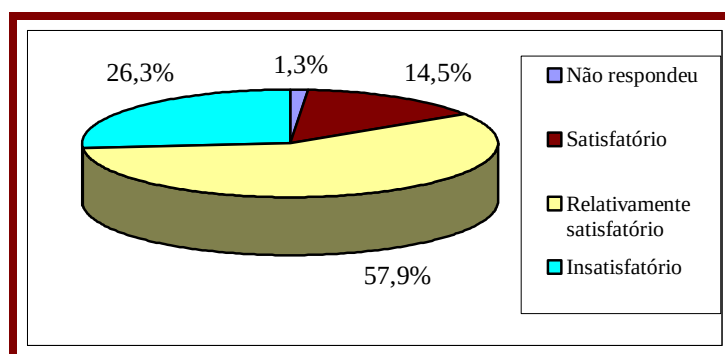


FIGURA 2 – Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde segundo a opinião sobre seu próprio nível de conhecimento na área de saúde bucal. Araçatuba-SP, 2004.

Conforme demonstrado, vimos que pouco mais da metade consideram seu conhecimento relativamente satisfatório (57,9%), e quando

somados aos que consideram este insatisfatório (26,3%), percebe-se um número elevado da necessidade de uma capacitação mais adequada na área da SB, fato este que também confirmado por outros (HADDAD, UENO, 2004). Para estes ACSs, a concepção do amplo conceito que têm sobre educação em SB restringe-se a informações do tipo: *“Tem que escovar os dentes”*, conhecimento este escasso diante de tamanha abrangência desta área da saúde. No entanto, apesar desse insatisfatório resultado, há de se considerar que quando questionados sobre a importância da higiene bucal, 100% reconheceram a necessidade e importância desta: *“Fazer higiene bucal faz parte de uma vida saudável.”*, *“Para se ter uma saúde melhor.”*, *“Preservação dos dentes e da boca em geral.”*, confrontando-se com o estudo de Haddad e Ueno (2004) onde 46% não tinham este conhecimento.

Para que o modelo de atenção seja centrado na qualidade de vida não só do usuário, mas também do trabalhador, com ações concretas dentro dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, mais do que ter acesso aos serviços é preciso que sejam de qualidade. Assim, os profissionais devem possuir conhecimentos confiáveis, que respeitem as indicações técnicas e garantam as normas de biossegurança de maneira a estabelecer relações interpessoais saudáveis.

Segundo Zanetti (2000), para que os ACSs sejam autorizados a iniciar as ações que a eles cabem junto das famílias, os treinamentos deveriam ser reforçados dentro das visitas domiciliares, ao mesmo tempo em

que iriam sendo avaliados, esperando com isso que se alcance um nível de qualidade que se espera.

Considerando que 92,1% inclusos neste PSF têm um nível de escolaridade elevado, entre ensino médio e curso superior completos, esses RHs deveriam ser melhores aproveitados no delegar de mais funções mais específicas na promoção à SB, que facilitaria a resolutividade do atendimento uma vez que o CD estaria voltado apenas a prática curativa, a qual somente a ele compete.

No entanto, para preparação deste “novo” perfil que se espera do ACS deve haver a superação de alguns desafios quanto ao método de capacitação, de modo que, sendo contínuo e permanente (SILVA; DALMASO, 2002), possibilita uma revisão constante de suas competências e conhecimentos. Na visão dos ACSs, o treinamento em serviço é o momento de realmente aplicar os conhecimentos adquiridos e de confrontar teoria e prática, e significativo por possibilitar o relacionamento com a comunidade (NEPP, 2002).

Compete a Secretaria Estadual de Saúde - SES garantir o processo de educação permanente aos profissionais das ESFs por meio de Pólos de Capacitação em Saúde da Família, articulando demandas e propostas. Em contrapartida é dever das Secretarias Municipais de Saúde - SMS estimular e viabilizar tal capacitação por meio de parcerias com Instituições de Ensino e Universidades (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002a) as

quais tem mostrado grandes sucessos (LEVY et al, 2004) no fortalecimento de programas municipais com destaque a participação dos ACSs de forma construtiva e participativa.

Sabendo-se que não há neste município, que representa a DIR VI do Estado, um Pólo para Capacitação e Educação Permanente, encontrando-se o mais próximo ainda em construção, além de localizar-se a 250 quilômetros, inseri-se aqui um aspecto positivo a ser ressaltado, que é o fato de existir nesta localidade uma Faculdade de Odontologia de nível Estadual (FOA-UNESP), com curso de pós-graduação em Saúde Pública, o qual vem prestando mediante projetos de solicitação cursos de aprimoramento aos ACSs com o propósito de melhorar as condições da SB desta região.

Segundo Calvasina et al (2003), um outro método amplamente utilizado e oferecido aos ACSs em processos educativos de continuidade é o desenvolvimento de oficinas, com atividades de problematização que incluem a própria comunidade, com o cuidado de contextualizar informações com linguagem popular, abordando alguns tópicos básicos como a importância da SB, cárie, doença periodontal, câncer bucal, higiene oral, SB para gestantes e bebês, entre outros.

As ações promotivas e preventivas podem ser realizadas pelos ACS durante as visitas domiciliares, mediante a definição de um calendário, após treinamento, autorização e supervisão de um profissional

técnico responsável por essas ações, as quais devem incluir cuidado de manutenção e melhoria das condições de saúde das famílias saudáveis ou doentes, bem como vigilância da SB dessas. (ZANETTI, 2000)

Ainda dentro da mod I, também é dever do CD e do ACD empregarem 3 horas diárias de seus trabalhos voltadas para ações coletivas. Ao CD compete executar a coordenação, supervisionamento e avaliação destas ações no trabalho do ACS, e ao ACD o acompanhamento e participação no desenvolvimento dessas. (SOUZA et al, 2001).

Comprova-se que, do mesmo modo que as condições sócio-econômicas e crenças individuais são fatores responsáveis pelo aparecimento de doenças, também os problemas bucais como a cárie e doenças gengivais podem ser controladas por aquele indivíduo capacitado e instruído a adotar medidas adequadas (UNFER, SALIBA, 2000), incluindo-se aqui a importância do ACSs no desenvolver de ações e medidas que contemplem este propósito.

Dentro das ações a serem desenvolvidas pelo ACS inclui-se as de inspeção visual da boca, distribuição de insumos para as famílias realizarem higiene bucal, promoção de escovação supervisionada com evidenciação de placa, aplicação de flúor tópico em pessoas acima de 5 anos e instrução necessárias após aplicação, realização de atividades educativas à SB de forma geral, com instruções outras necessárias a realidade familiar. (ZANETTI, 2000; SOUZA et al, 2001)

Assim, diante do exposto deduzimos quão lastimáveis é vermos que praticamente metade dos ACSs (46,1%) não realizam qualquer

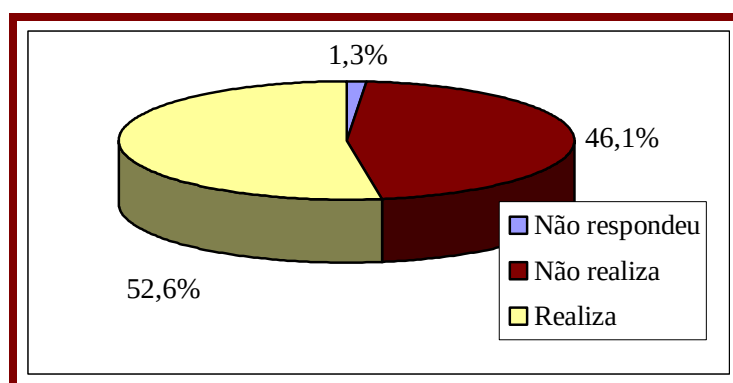


FIGURA 3 – Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde segundo a realização de ações preventivas e educativas em saúde bucal. Araçatuba-SP, 2004.

tipo de ação dentro desta perspectiva. Entretanto, segundo Calvasina et al (2003), apesar do interesse de muitos em incorporar atividades educativas em SB durante as visitas domiciliares, esta prática tem sido aos poucos esquecida por também acreditarem já ter uma sobrecarga grande de trabalho, sendo neste caso a SB relegada a segundo plano.

Observa-se ainda haver uma distorção de interpretação, talvez pela falta de “saber” entre os 40 ACSs (52,6 %) dos que responderam realizar essas ações, uma vez que consideram encaminhamento como sendo orientações de educação e prevenção, conforme relatos: *“Sempre passo orientações para que procurem e passem pelos dentistas da área”, “Indicando crianças, gestantes e adultos a procurarem a unidade para as devidas orientações profissionais.”*, conforme exposto abaixo.

Sabendo que este encaminhamento é uma de suas outras atribuições, percebemos ainda que tais informações são inespecíficas e incapazes de causar impacto para melhoria do estado da SB da população.

Quadro 2 – Distribuição percentual das ações preventivas e educativas segundo os agentes comunitários de saúde que afirmaram realizar ações preventivas e educativas em saúde bucal. Araçatuba, 2004.

TIPOS DE AÇÕES	F	%
Orientação para procurar CD (encaminhamento)	24	60,0
Orientação de higiene bucal	30	75,0
Câncer	2	5,0
Alimentação	1	2,5

Por outro lado vimos uma frequência de 33 respostas de ações consideradas válidas quanto à prevenção e educação, conforme especificado: *“Algumas palestras sobre uma boa escovação e o uso do fio dental durante as reuniões de grupo”, “Passo orientações de escovação e CA”, “Orientações sobre escovação e alimentação.”*

Conforme relatam, Levy et al (2004), as atividades de orientação a SB feita pelos ACSs compreendem e estão limitadas apenas a orientar a procura de dentista ou a perguntar se escovam os dentes, levam as crianças ao dentista, entre outras.

Reconhecendo as visitas domiciliares como uma estratégia de atuação ampla no controle e prevenção de doenças, Pretto e Franco (1999) citam que para a atuação da odontologia ser efetiva e a demanda organizada, a ênfase na abordagem deve ser para motivação a autocuidados.

Como não tem havido um envolvimento dos CDs e ACDs na formação destes ACSs, que na maioria nem sabiam que estes faziam parte de sua Equipe, não seria de se espantar que as ações de real eficácia seriam inexistentes frente ao poder de tantas que poderiam realizar. Considera-se urgente que os responsáveis enxerguem tais carências de formação especializada ou técnica no que tange à ciência e saúde, nestes profissionais que atuam nas comunidades.

Para que os ACSs realizem tais procedimentos técnicos, além da mencionada educação, é imprescindível a incorporação de novas tecnologias em saúde, bem como o fornecimento de materiais educativos e também de intervenções curativas, sob pena de comprometimento na qualidade e efetividades das ações.

Compete as SESs disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilite o processo de educação dos ACSs, como a série de vídeos "ACS em Ação". Em contrapartida, as SMSs devem garantir o bom funcionamento das USF, que devem ser dotadas de recursos materiais e equipamentos suficientes para o conjunto das ações propostas, bem como

de infra-estrutura física (local para reuniões). Já o supervisionamento deste fornecimento é dever dos CDs, os quais podem solicitar. (BRASIL, 2001)

Quanto às famílias incapazes de se autoproverem materialmente, segundo Zanetti (2000) compete ao ACS realizar alguns procedimentos, de distribuição na rotina de suas visitas de creme dental ou insumo alternativo, bimestralmente, e de escovas e fio dental, quadrimestral. Com o intuito de que fosse alcançado todos os objetivos esperados do ACS, este mesmo autor especifica que estes deveriam ter um kit para suas visitas,

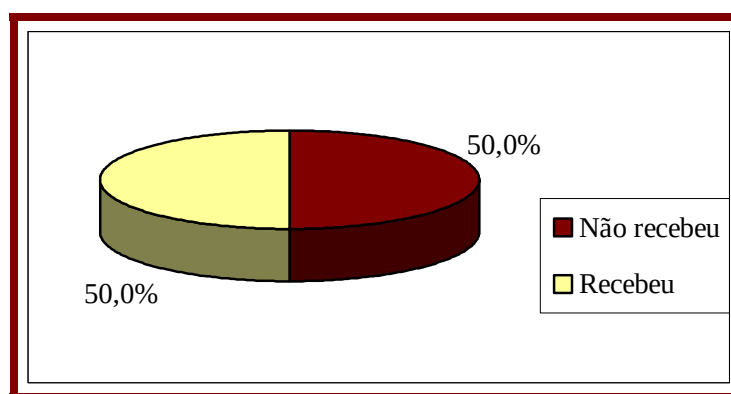


FIGURA 4 - Distribuição percentual do total de agentes comunitários de saúde que realiza ações preventivas e educativas e saúde bucal segundo a recepção de recursos materiais educativos. Araçatuba-SP, 2004.

contendo evidenciador de placa, frasco de flúor gel, creme e escova dental, rotina escrita e plastificada das atividades e folders educativos de orientação. Além disto, toda a USF deveria ter material didático como álbum seriado, macro-modelos, fitas de vídeo, entre outros.

Entretanto, conforme exposto pode ser observada uma carência didática quando 50% dos ACSs disseram não receber nenhum tipo

de material, conforme também evidenciado em outras localidades, como no PSF de São Paulo (SILVA; DALMASO, 2002).

Por sua vez vimos que estes problemas acabam ficando de lado pelos ACSs, que voltam seu trabalho mais para seu senso comum, diante de outros que passam a enfrentar no decurso de suas tarefas, como quando colocados diante de queixas impostas pela comunidade sobre a falta de atendimento odontológico de maior complexidade e longos períodos sem tratamento, fato este notado em Programas onde os RHs responsáveis pela assistência curativa passam a se ocupar com tarefas inócuas (NARVAI, 2001) que poderiam ser resolucionadas por outros profissionais.

Além das ações preventivas e educativas, os ACSs devem estar aptos a identificar permanentemente as necessidades assistenciais odontológicas curativas acumuladas, como a restauradora, cirúrgica e reparadora-prótese (ZANETTI, 2000).

Diante dessas respostas não evidenciamos nenhuma das funções de identificação acima citadas, mas sim uma sobreposição de relatos nas condutas de encaminhamento (97,4%), em concordância a uma das especificações de seu trabalho, que é encaminhar e agendar a USF de referência, quando necessário, frente a demandas curativas. (ZANETTI, 2000; SOUZA et al, 2001), reproduzindo-se aqui alguns relatos: *“Oriento a procurar o dentista do posto. Se ela não puder resolver vai encaminhar para FOA.”*, *“Agendamento para triagem”*.

Quadro 3 – Distribuição percentual do total de agentes comunitários segundo as condutas quando um morador de sua área de atuação se queixa de algum problema bucal. Araçatuba, 2004.

Condutas	N	%
Encaminhamento para CD da UBS/PSF/Posto	50	65,8
Orienta a procurar um CD (Particular ou Não)	23	30,3
Orienta a procurar um CD ou médico	1	1,3
Procura saber o que é ou tenta resolver	2	2,6

Segundo Carvalho (2003), como interlocutor os ACSs têm assumido papel relevante no encaminhamento das demandas dos usuários. Porém observa-se que, apenas informando a procurarem um CD, percebemos que não tem ao menos tentado identificar a causa e os riscos dos principais problemas relatados, na tentativa de amenizá-los ou até mesmo resolvê-los, uma vez dentro de suas atribuições.

Tais evidências favorecem as críticas quanto ao trabalho que desenvolvem, pois têm sido considerados apenas como de “Office-Boys” à medida que vai apenas levando e trazendo problemas e reclamações entre comunidade e USF. (NARVAI, 2001).

Os atendimentos feitos pelos ACSs devem ser registrados em fichas clínicas e relatórios para avaliação e supervisão dos gestores

(SOUZA et al, 2001). Dessa forma, se estes que aqui se encontram analisassem tais documentos poderiam atualizar o papel desses ACSs.

Talvez pelo ACS pertencer a grupos sociais que tiveram seus direitos básicos de cidadania excluídos na questão da saúde (LEVY et al, 2004), demonstra-se o seu interesse em melhorar seus conhecimentos sobre o trabalho que podem realizar nos domicílios, conforme relatos: *“Por enquanto ninguém se queixou, mas eu posso tentar aprender mais para poder estar preparada para perguntas”, “Passo o problema para a enfermeira, mas gostaria de tentar resolver dentro dos meus limites.”*, fato este considerado positivo para o processo de aprendizagem. (CALVASINA et al, 2003)

Seja pela falta de integração ou pelo interesse pessoal em aprender, ilustra-se mais uma vez a necessidade de inserir esses ACSs em um processo de promoção a SB. Estratégias voltadas para uma melhor e maior produtividade do seu trabalho devem começar a ser desenvolvidas. (SILVA; DALMASO, 2002b). Assim, reforça-se o treinamento regular na prática, onde além dos ACSs serem observados quanto à qualidade dos serviços que prestam, desenvolve-se um trabalho de Equipe integrada. Da mesma forma, vão sendo conscientizados sobre a importância de seu trabalho nas comunidades, percebendo o quanto é importante ser solidário e sensível.

3.7 Conclusão

Percebemos uma baixa elaboração de propostas que contemplem a integralidade da assistência na área da SB, pois verificamos a não integração dos profissionais das ESBs com os ACS, seja pela não participação nas reuniões ou pela ausência no fornecimento de uma capacitação contínua e permanente, que reflete nas insatisfações pessoais quanto ao seu conhecimento nesta área.

Quanto às atividades desenvolvidas pelos ACSs, vimos a não realização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que pudessem trazer algum impacto a SB da população, nem o recebimento de recursos para seu desenvolvimento. Porém, têm realizado corretamente as de conduta diante de solicitações e problemas à medida que vão encaminhando as pessoas à USF, sendo esta a única ação para a qual foram instruídos.

Sabendo que o ACS é importante no processo de construção social da SB dentro das famílias, cumpre-se com satisfação este conteúdo informativo, esperando que a realidade evidenciada sirva para a inserção de propostas que visem transforma-los em verdadeiros multiplicadores e vigilantes da SB.

3.8 Referências

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed 70, 1977.

Brasil. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB; 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Programas e Projetos-PACS/PSF [online]. [citado 2000 set 13]. Disponível em:
<http://www.saude.rj.gov.br/ViverSaude/Intos/Psaufam.htm>

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

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. II Seminário internacional de experiências em atenção básica e saúde da família, 27 a 29 de novembro 2001 [relatório final]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Brasília:Ministério da Saúde, 2002 b.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/SAS. Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em atuação - ago/2003; [citado 2004 ago 10]. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhapsf.pdf>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Dez anos de saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Bertoncini JH. Da intenção ao gesto uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Calvasina PG, Teixeira AH, Nuto SAS, Sampaio HAC. Como motivar agentes comunitários de saúde a trabalhar a promoção de saúde bucal? O desafio do fazer e saber-fazer. [resumo PT 1948] In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2003 jul./ago. 29-02; Brasília DF: Livro de resumos I. Rev Ciência & Saúde Coletiva 2003 , 8(1): 723.

Carvalho VLM. A prática do agente comunitário de saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeverica da Serra. [resumo PT 0394]. Rev Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8(1):265.

Costa ICC et al. Investindo na promoção da saúde: Programa Saúde da Família (PSF) e Agente comunitário de Saúde (PACS), uma análise de suas performances em oito municípios brasileiros. Rev da ABOPREV 1998; 1(1): 30-7.

Haddad RG, Ueno LS. O conhecimento de agentes comunitários de saúde e seu papel na área de saúde bucal. Rev Odontologia e Sociedade 2004; 6(1):87.

Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Rev Cadernos de Saúde Pública 2004; 20(2):197-203.

Moreira LCH. A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico de Família de Niterói/RJ: o dentista de família. Niterói, 1999. 148 p. Dissertação (mestrado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense.

Narvai, PC. Saúde Bucal no PSF:SUS ou SUSF? Ano II – N.º 36 Abril de 2001. [acesso 2001 abr 04]. Disponível em: <www.jornaldosite.com.br/arquivos/anteriores/capel8.htm>p.1-2.

Nepp. Núcleo de estudos de políticas públicas. A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família. Etapa 3. Ministério da Saúde – Brasil. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas – SP, maio de 2002.

Pedrosa JIS, Teles, JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2001; 35(3):303-11.

Pretto SM, Franco E. Visitas domiciliares como estratégia de educação em saúde: relato de uma experiência. Rev da Associação Brasileira de Saúde Coletiva 1999; 2(3):33-6.

Ribeiro EM, Pires DB, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Rev Cad Saúde Pública 2004 ; 20(2):438-46.

Silva JA, Dalmaso, ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para o processo de formação de recursos humanos em saúde. Rev Interface 2002; 6(10): 75-83.

Souza D S, Cury J A, Caminha J A N, Ferreira M A, Tomita N E, Narvai P C et al. A inserção da saúde bucal no programa de saúde da família. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva 2001; 2(2); 07-29.

Tomaz J B C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Rev Interface 2002; 6 (10): 84-87.

Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Rev Saúde Pública 2000; 34 (2); 190-5.

Zanetti C H G. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família - PSF: proposição e programação. Brasília: DF 2000. 25p.

Zanetti C H G. Opinião: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília-UnB:.Brasília, 2001.p.9

Anexo A

Anexo B

Anexo C

Autorizo a reprodução deste trabalho.

Araçatuba, 5 de Junho de 2005

Fabíola S. J. F. Bueno e Silva