



**Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva**

II Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS

**O PROGRAMA DE FORMAÇÃO TÉCNICO DE AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, E AS
NECESSIDADES DE CAPACITAÇÃO DOS AGENTES: O CASO
DO DISTRITO SANITÁRIO I NO MUNICÍPIO DE OLINDA/ PE**

**Liege Lins Pereira
Mesullan da Silva Torres**

Olinda, 2006

O PROGRAMA DE FORMAÇÃO TÉCNICA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) E AS NECESSIDADES DE CAPACITAÇÃO DOS AGENTES: O CASO DO DISTRITO SANITÁRIO I NO MUNICÍPIO DE OLINDA/ PE

THE PROGRAM OF TECHNICAL FORMATION OF THE COMMUNITY AGENT OF THE MINISTRY OF HEALTH AND THE NECESSITIES OF QUALIFICATION OF THOSE AGENTS: THE CASE OF SANITARY DISTRICT I IN THE CITY OF OLINDA/PE

Messulan da Silva Torres¹

Fonoaudióloga, Técnica da Secretária de Saúde de Olinda, Especialista em Gestão e Política de Recursos Humanos do SUS, CPqAM/ FIOCRUZ

Liege Lins Pereira²

Secretária Executiva, Gerente de Recursos Humanos da Secretária de Saúde de Olinda, Especialista em Gestão e Política de Recursos Humanos do SUS, CPqAM/ FIOCRUZ

Kátia Rejane de Medeiros³

Mestre em Saúde Pública pelo CPqAM/ FIOCRUZ, Coordenadora do Curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos do SUS, CPqAM/ FIOCRUZ

¹ Correspondência para / Correspondence to:

Kátia Medeiros

Campus da UFPE, Av. Moraes Rego s/n

Caixa Postal 7472, CEP: 50670-420, Recife/ PE

Fone (81) 21012500/

E-mail: abelhatorres@yahoo.com.br

O PROGRAMA DE FORMAÇÃO TÉCNICA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) E AS NECESSIDADES DE CAPACITAÇÃO DOS AGENTES: O CASO DO DISTRITO SANITÁRIO I NO MUNICÍPIO DE OLINDA/PE

O Programa de Formação Técnica de Agentes Comunitários de Saúde do MS objetiva subsidiar os ACS de conhecimentos científicos para sua atuação nas ações de prevenção e promoção da saúde nas comunidades. Trata-se de uma importante etapa de capacitação desses profissionais, que se inserem no campo das ações de saúde em contextos sociais dinâmicos. Objetivando analisar o Programa de Formação de Técnico Agente Comunitário de Saúde do MS, frente às necessidades de capacitação dos ACS do Distrito Sanitário I (DSI) no município de Olinda, foram aplicados 187 questionários com ACS, que permitiu a caracterização de seu perfil sócio-econômico, além de identificar suas necessidades de capacitação. Os resultados revelaram que 85% dos ACS/DSI de Olinda são do sexo feminino; a faixa etária predominante é de 31 a 40 anos de idade; o tempo de serviço na atividade de agente é de 3 a 5 anos 34,2% e 76% têm no salário que recebem a única renda familiar. Em relação a escolaridade, 66,3% têm o ensino médio. Identificam como principal fator que dificulta o cumprimento de suas funções a escassez de materiais (62,4%). Nas necessidades de capacitação, destacaram como maiores demandas as áreas de Saúde da Mulher (78,6%) e da Criança (72,2%). As atividades que relataram como mais motivantes no trabalho foram as visitas domiciliares (30%). Quanto à importância da capacitação técnica possibilitada pelo curso do MS, os ACS crêem que esta contribuirá para uma melhoria da qualidade de todas as suas atividades de rotina e ampliação da capacidade nas funções de identificar e orientar sobre os fatores presentes nas comunidades que causam problemas de saúde. O estudo contribuiu para o conhecimento do perfil dos ACS do DSI de Olinda, suas necessidades de capacitação, apontando para o planejamento de ações de desenvolvimento destes trabalhadores.

Palavras-chave: Atenção Básica; Programa de Agentes Comunitário em Saúde; Capacitação.

THE PROGRAM OF TECHNICAL FORMATION OF THE COMMUNITY AGENT OF THE MINISTRY OF HEALTH AND THE NECESSITIES OF QUALIFICATION OF THOSE AGENTS: THE CASE OF SANITARY DISTRICT I IN THE CITY OF OLINDA/PE

The Program of Technical Formation of the Community Health Agents of the MH (MS) aims to subsidize the CHA (ACS) on scientific knowledge for their performance in the actions of prevention and promotion of the health in the communities. This is an important stage of qualification for these professionals, who belong in the field of the actions of health in dynamic social contexts. Aiming at the analysis of the Program of Technical Formation of the Community Health Agent of the MH, before the necessities of the CHA qualification from the Sanitary District I (DSI) in the city of Olinda, 187 questionnaires with the CHA were applied, allowing the characterization of the partner-economic profile of the agents, besides identifying their needs of qualification. The results disclosed that 85% of the CHA/DSI from Olinda are of the feminine sex; the predominant age-group ranges from 31 to 40 years old; the working period as an agent varies from 3 to 5 years; 34.2% and 76% have their familiar income as their only livelihood. As to schooling, 66.3% have high-school education. The main factor that hinders them to carry out their tasks as CHA is the lack of materials 62,4%. In relation to the needs for qualification, the areas of Health of woman 78.6% and of child 72,2% were the most stressed demands. The most motivating activity for the CHA among their tasks have been domiciliary visits 30%. As regards to the importance of the technical qualification given by the course for the MH, the CHA believe that this will contribute for an improvement of the quality of all their routine activities as well as the capacity in the functions to identify and to guide on the actual factors in the communities that cause health problems. This study contributed to the knowledge of the CHA profile of the DSI from Olinda, their necessities of qualification, pointing towards the planning of actions of development of these workers.

Key-words: Basic attention; Program of Community Health Agents; Qualification.

INTRODUÇÃO

Até o início do século XX, o estado brasileiro não tinha uma forma de atuação sistemática sobre as ações de saúde na sociedade, desenvolvendo medidas esporádicas em situações de epidemias. A partir de 1930 são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), demarcando o acesso à assistência à saúde, apenas a parcela da população que era integrada ao mercado de trabalho formal, o que foi uma das principais características da política de saúde brasileira.

Em 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) do qual fazia parte o INAMPS (Instituto Nacional da Assistência Médica da Assistência Social). O INAMPS passa a ser o grande catalisador das ações de assistência médica no Brasil, de privilegiamento do setor privado. A partir de 1980, surgem movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente, democrática e acessível para todos. O Movimento pela Reforma Sanitária lançou as bases para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que propôs atender à demanda de todos os cidadãos brasileiros, mesmo num contexto econômico desfavorável, incluindo a restrição do gasto público”. (Brasil, 90)

O SUS, criado em 1988, sinalizou mudanças na situação de desigualdade na assistência a saúde da população e foi regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde 8080 e 8142 de 1990, cujo objetivo era disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde.

O SUS é um sistema público descentralizado nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Trata-se de um grande avanço para a sociedade, ampliando acesso aos serviços de saúde, mediante seus princípios e diretrizes: *universalidade, equidade, integralidade e controle social*. O princípio da universalidade define que “*todos têm direito a atendimento nos serviços de saúde do SUS*”.

Entretanto, observa-se que o direito à saúde ainda não foi alcançado por toda a população brasileira. (COHN, 1996). Para superar tais dificuldades a estratégia de descentralizar as ações e serviços de saúde no âmbito dos municípios é fundamental, pois a legislação do SUS reforça a necessidade de consolidação dos investimentos nas três esferas do governo, federal, estadual e municipal.

Trata-se de um princípio básico do SUS, pois a descentralização coloca o município como responsável pela organização e operacionalização dos serviços; pela forma de contratação e pagamento dos recursos humanos; pelo acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas (Brasil, 2001).

Neste sentido, a responsabilidade dos municípios com a atenção básica colabora no processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da gestão SUS através da habilitação de estados e municípios, (Pernambuco, 2001) que passam a ampliar a oferta de serviços e reestrutura suas redes de saúde revisando seu modelo de organização e de atenção assistencial.

Neste cenário, de demandas crescentes para os municípios, surgem na década de 1990 dois importantes programas para ampliação da oferta de serviços básicos de saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

Assim, a reprodução ampliada do modelo assistencial correspondente à vigilância à saúde, do mesmo modo que o PACS e o PSF tem colaborado para a organização da atenção básica (Rouquayrol).

A idéia de implantação do PACS surgiu a partir de uma experiência no Estado do Ceará, iniciada em 1987. Foi uma estratégia, de um lado para geração de novos empregos e de outro, teve a finalidade de socorrer os municípios do Estado num longo período de seca, que contou com apoio de recursos federais.

Mais tarde, em 1988, depois de findada a seca, cessa o apoio do governo federal, visto que finalizou-se o período de emergência, contudo, cerca de 150 agentes de saúde permaneceram desenvolvendo suas atividades sem remuneração. Em 1989, o governo do Ceará assume o financiamento permanente do programa, atestando seu sucesso (Castro, 2004):

“Antes do início do programa de medicina preventiva, em 1987 os indicadores de saúde do Ceará e o acesso aos serviços de saúde estavam entre os piores da América Latina.”

Em 1992, depois de apenas cinco anos de operação o novo programa de medicina preventiva, que mais tarde recebeu o nome de Programa de Agentes de Saúde /PAS[...] mudou enormemente essa situação. A mortalidade infantil diminui (Castro, 2004).⁶

Desta bem sucedida experiência, o programa foi institucionalizado como política oficial do governo federal em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde. Inicialmente o programa foi implantado em 13 estados das regiões Norte e Nordeste e posteriormente para as demais regiões do Brasil.

Já o Programa Saúde da Família, surge mais tarde, em 1994, e compõe o programa de ações e metas da Organização Mundial de Saúde, consistindo contudo, numa concepção mais abrangente de projeto estruturante da atenção básica na saúde.

Os dois programas, PACS e PSF, não têm a pretensão de solucionar todos os problemas de saúde, mas afirma-se que uma atenção básica de qualidade é parte fundamental no processo de

reestruturação da rede de serviços, conforme previsto no conjunto de responsabilidades presentes na Norma Operacional de Assistência a Saúde/2001.

Em alguns municípios brasileiros o PSF foi implantado em pequena escala, com apoio do Ministério da Saúde. O processo de implantação, além de tramites legais junto as esferas municipal e estadual, determina o estabelecimento de uma equipe de saúde da família (ESF) vinculada a uma Unidade de Saúde, composta por profissional médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde.

Assim o PSF tem sido de grande importância para o modelo de saúde e para consolidar o SUS. Do ponto de vista prático, isto significa desencadear profundas mudanças de ordem conceitual e operacional nas atividades dos profissionais envolvidos.

O agente comunitário de saúde é elemento fundamental na equipe de saúde da família, pois além de exercer suas atividades na comunidade onde reside, ele é o elo entre a população e a Unidade de Saúde da Família.

“A Lei nº 10.507 de 2002 cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, e define que o exercício da profissão do mesmo dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde”(Brasil, 2001). O processo de seleção e contratação do agente comunitário de saúde deve ser feito segundo uma lógica própria. Ao contrário dos outros membros da equipe, o agente comunitário de saúde não precisa ter conhecimentos prévios na área. Após aprovado na seleção, o agente recebe treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão de seu enfermeiro instrutor /supervisor (Brasil, 2001). Qualquer membro da comunidade que se enquadre no perfil estabelecido pode inscrever-se e submeter-se a seleção, que consta de uma entrevista e prova escrita (Brasil, 2001).

“O processo de profissionalização desses trabalhadores considera as novas perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil (Lei Federal Nº 9.394/96), que aponta para a elevação da escolaridade e para uma concepção de formação”(Brasília – DF, 2004). Nessa perspectiva o Ministério da Saúde, propôs mediante o Decreto Federal 5.154/2004 o Programa de Formação do Técnico de Agente Comunitário de Saúde. O Programa prepara os agentes para atuar como técnico de nível médio junto às equipes do Programa de Saúde da Família, que desenvolvem ações de cuidados e proteção à saúde de indivíduos. O curso está estruturado em três unidades básicas de 400 horas. (1200 horas teórico-práticas).

As unidades básicas do curso abordarão: conhecimento da família, comunidade e o ambiente da unidade básica; desenvolvimento das ações educativas e desenvolvimento das ações de prevenção e monitoramento a grupos específicos conforme protocolo de saúde pública. Cada unidade básica é composta de competências e habilidades a serem construídas/desenvolvidas com

os ACS, contando para isso de bases tecnológicas nas quais serão tratadas os conteúdos teóricos que subsidiarão a ação.

A metodologia utilizada pelo Programa de Formação será a pedagogia da problematização de Magarez, representada pelo “método do arco” que leva o aluno a investigar a realidade, despertando-o para uma leitura crítica, identificando problemas e localizando recursos e meios tecnológicos simples para o agir profissional.

O presente estudo se propõe avaliar o Programa de Formação de Técnico Agente Comunitário de Saúde proposto pelo Ministério da Saúde, frente às necessidades de capacitação dos agentes comunitários de saúde do Distrito Sanitário I (DSI) no município de Olinda em Pernambuco.

METODOLOGIA

A pesquisa teve como universo os 187 agentes comunitários de saúde que executam suas atividades no Distrito Sanitário I no município de Olinda.

Trata-se de uma pesquisa de modelo descritivo, ou seja, com análise quantitativa dos dados. Para seu desenvolvimento recorreu-se a pesquisa de campo, que para Marconi et Al, 1986.

“Objetiva conseguir informações de conhecimento a cerca de um problema para o qual se procura uma resposta, cujo interesse está voltado para o estudo de indivíduos ou grupos visando a compreensão de vários aspectos da sociedade”.

No estudo foram aplicados pelos pesquisadores 187 questionários semi-abertos, no período de agosto a setembro de 2005, contendo dois blocos de perguntas: um primeiro com informações gerais sobre o agente comunitário de saúde, e o segundo com perguntas específicas sobre a necessidade de capacitação dos mesmos. (ANEXO I)

Recorreu-se ao programa Excel versão 6.0 para análise e consolidação dos dados.

RESULTADOS

O Distrito Sanitário I do município de Olinda foi criado em 1993, como parte do processo de descentralização dos serviços de saúde no âmbito municipal. Funciona com estrutura organizacional que tem o objetivo de articular ações entre serviços de saúde, comunidade e profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção (Olinda, 2000).

Seu território, área de estudo do trabalho, situa-se na parte oeste da cidade, limitando-se com o município de Paulista e Recife. É formado por 14 bairros: Alto da Bondade, Alto Sol

Nascente, Caixa D'Água e Passarinho, Águas Compridas, Aguazinha, Alto da Conquista e Sapucaia, Peixinhos, Salgadinho e Sítio Novo, Vila Popular e Jardim Brasil.

Apresenta uma população de 155.803 habitantes (IBGE, 2000) numa área de 14.11 km², sendo um Distrito bastante populoso (11 hab/km²), nele estando concentrado o maior número de morros e áreas pobres com ocupações e favelas. Atualmente ampliou sua rede de atenção básica no intuito de combater a exclusão social, onde há maior risco de adoecimento e morte, garantindo o acesso às ações e serviços de saúde.

Quanto ao perfil dos agentes estudados, observou-se faixa etária, sexo, tempo de serviço na atividade, renda familiar e escolaridade.

Os resultados revelaram em relação a faixa etária, 46,5% dos ACS apresentavam de 31 a 40 anos de idade e o sexo feminino foi representado por 85% do total dos agentes.

Quanto ao tempo de serviço, observou-se que a maior frequência concentrou-se no período de 3 a 5 anos, com 34,2%. Apenas 16,5% dos ACS têm de 6 a 8 anos de atividade.

Ao analisar a renda dos ACS, verificou-se que 76% tem como única renda na família a remuneração que recebem no seu trabalho, ou seja, 1 salário mínimo.

Quanto ao nível de escolaridade dos ACS no DS I, 66,3% destes concluíram o nível médio. Observou-se que 24,1% tem até o ensino fundamental e que 4,3% dos ACS têm o nível superior. (TABELA 1)

Nas perguntas que compuseram as tabelas 2, 3 e 4 foi facultado aos informantes a possibilidade de preencherem até 3 alternativas de respostas.

As razões destacadas pelos ACS como dificuldades para o desenvolvimento das atividades inerentes a sua função, apontam para escassez de materiais (62,4%), como principal fator de dificuldade para o cumprimento das suas tarefas.(TABELA 2).

Quanto as capacitações, 78,6% dos Agentes Comunitários de Saúde do DS I de Olinda declararam necessidade na área de Saúde da Mulher e 72,2% na de Saúde da Criança. (TABELA 3)

A tabela 4 identifica as atividades que mais motivam os ACS em sua rotina de trabalho. As visitas domiciliares representaram 30% da preferência no conjunto das atividades. As visitas aos acamados ocuparam o 2º lugar, com 25,7%. Verificou-se o baixo percentual (8,7%) da motivação dos ACS para o desenvolvimento das atividades educativas.

Quanto a importância da escolaridade para a qualidade de trabalho, 93,6% dos agentes do DSI/Olinda declararam fundamental para orientação da população e para as ações de promoção da saúde.

Quando solicitou-se que expressassem sua posição sobre a importância do Programa de Capacitação Técnica do Agente Comunitário de Saúde para melhoria do desenvolvimento de suas funções, 81,3% dos agentes registraram que o curso vai melhorar a qualidade de seu trabalho como um todo e 69,5% identificam que vai ampliar sua capacidade na função de orientar a comunidade,

TABELA 1

Distribuição dos Agentes Comunitário de Saúde do Distrito Sanitário I/Olinda – PE no ano de 2005, segundo grau de instrução.

| <i>Grau de Instrução</i> | <i>Nº</i> | <i>%</i> |
|--------------------------|------------|-------------|
| Fundamental incompleto | 10 | 5,3 |
| Fundamental completo | 45 | 24,1 |
| Ensino Médio completo | 124 | 66,3 |
| Ensino Superior | 08 | 4,3 |
| TOTAL | 187 | 100% |

TABELA 2

Fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades dos Agentes Comunitário de Saúde do Distrito Sanitário I/Olinda - PE no ano de 2005.

| <i>Dificuldade para desempenho das atividades</i> | <i>Nº</i> | <i>%</i> |
|--|-----------|----------|
| Salário | 57 | 30,5 |
| Difícil acesso à área de atuação (alagamento, violência) | 61 | 32,6 |
| Escassez de recursos materiais | 126 | 62,4 |
| Pouca oferta de reciclagem/capacitação | 79 | 42,3 |
| Outros | 39 | 20,9 |

TABELA 3

Áreas de necessidade de capacitação identificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário I/Olinda - PE no ano de 2005.

| <i>Necessidade de capacitações nos programas</i> | <i>Nº</i> | <i>%</i> |
|---|-----------|----------|
| Saúde da Criança | 135 | 72,2 |
| Saúde da Mulher | 147 | 78,6 |
| Tuberculose | 41 | 22 |
| Hanseníase | 39 | 20,9 |
| Participação na realização de diagnóstico demográfico | 41 | 22 |
| Realização do acompanhamento das micro áreas de risco | 66 | 35,3 |
| Outros | 45 | 24,1 |

TABELA 4

Distribuição de atividades que mais motivam os Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Sanitário I/Olinda - PE no desenvolvimento de suas funções no ano de 2005.

| <i>Atividades que se sentem mais motivados para desenvolver</i> | <i>Nº</i> | <i>%</i> |
|---|-----------|----------|
| Reuniões em grupo | 37 | 20 |
| Visita a acamados | 48 | 25,7 |
| Visitas domiciliares | 56 | 30 |
| Reuniões com lideranças | 24 | 12,8 |
| Atividades educativas | 35 | 8,7 |

DISCUSSÃO

O Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS do município de Olinda teve seu início no ano de 1992 em 36 localidades de baixa renda. Naquele momento, coube a Secretaria Estadual de Saúde a função de selecionar os 208 ACS, que foram remunerados por meio de bolsa de treinamento custeada pela Fundação Nacional de Saúde.

Desde sua gênese o programa se constituiu numa estratégia para reorganização do modelo assistencial de saúde do município de Olinda, com ênfase nas ações voltadas para o grupo materno infantil. O programa também estava sendo estimulado/implantado em todo o país.

Assim, como afirma Mendonça 2004, a inserção dos ACS como um novo trabalhador de saúde tem impacto no debate e no desenho da mudança do modelo de atenção à saúde e na definição do cuidado em saúde.

No presente estudo, tal como em outras pesquisas já realizadas com a categoria (Ferraz, 2005, Machado, 2000, Martins et al, 1996), observou-se o predomínio do sexo feminino (85%).

Machado, 2000 ressalta que tal tendência também é observada entre outros profissionais de saúde, como enfermeiros, categoria profissional formada basicamente de mulheres (Machado, 2000). “Esse fato pode estar intimamente ligado ao papel de cuidador que a mulher desempenha na sociedade, sendo as principais responsáveis pela educação e pela alimentação das crianças e pelos cuidados prestados aos membros idosos da família” (ellis et al, 1998).

A faixa etária que predominou entre os agentes estudados foi de 31 a 40 anos, totalizando 46,5%. Em outros estudos (Andrade, 1998, Silva & Damasco, 2002), os autores também encontram uma concentração de indivíduos entre 30 a 45 anos, sendo que Silva & Damasco, 2002

destacam que, para muitos, ser agente comunitário de saúde foi uma oportunidade de reingresso no mercado de trabalho e que, para outros, ser agente representou reconhecimento e remuneração de trabalho já desenvolvido como trabalhadores da comunidade. Em outras investigações, cujo foco foram municípios do Estado de Pernambuco, especificamente Moreno, Camaragibe e São Bento do Uma, verificou-se que os agentes apresentaram a faixa etária mais jovem, entre 25 a 34 anos, totalizando 67% (Moura, 2003, Ferraz, 2003).

Quanto ao tempo de serviço, observou-se que 34,2% dos Agentes Comunitários de Saúde têm de 3 a 5 anos na atividade. Este fato deve-se ao incremento no número de equipes do PSF no município que de 1998 a 2004 aumentou de 14 equipes para 43 equipes, respectivamente.

Ainda é importante destacar que 29,9% dos ACS têm mais de 10 anos de tempo nesta atividade. Este resultado também foi visto por Ferraz, 2003, que o tempo de permanência no Programa é importante para o entendimento do papel do agente que é construído nas suas práticas cotidianas.

Ao analisar a renda familiar dos agentes do DSI de Olinda, observou-se que 76% têm como única renda na família a remuneração que recebem no seu trabalho, ou seja, um salário mínimo. Em pesquisa realizada em Moreno/PE no ano 2003, os autores identificaram que 35% dos ACS do município são os únicos responsáveis pela renda familiar. Os resultados dessa pesquisa reiteram a tese de que os ACS têm um papel importante na sustentação econômica de suas famílias.

Em pesquisa recente, Ferraz, 2005 identificou que a renda per capita dos agentes caracteriza-os como população de baixa renda, tendo uma inserção econômica muito semelhante a da população por eles assistida.

Quanto ao nível de escolaridade dos agentes 66,3% concluíram o nível médio. Em sua pesquisa Moura, 2003, alertou que o nível de escolaridade dos ACS está acima dos níveis mínimos exigido pelo Ministério da Saúde, que é de saber ler e escrever para ingresso no PACS/PSF (Brasil, 1997).

Entretanto, a condição dos ACS neste nível favorece um melhor aproveitamento nos cursos de qualificação profissional continuada preconizada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (Lei nº 9.394/96). E ainda como reforça Ferraz, 2004, quanto maior o grau de escolaridade maiores condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade.

Sobre as necessidades de capacitação destacadas pelos ACS, as áreas prioritárias apontadas foram 78,6% saúde da mulher e 72,2% saúde da criança. Analisando estes dados concluiu-se que o ACS ainda está ligado ao raio de ações do programa em sua gênese, cuja prioridade eram as áreas materna e infantil.

Considerando-se as necessidades destacadas pelos ACS do DSI de Olinda nesta pesquisa, e o conteúdo do Curso de Formação Técnica proposto pelo Ministério da Saúde, alguns comentários merecem ser registrados.

A estrutura do curso em unidades básicas propõe trabalhar conteúdos teóricos integrados a prática cotidiana do ACS, neste sentido a saúde da mulher e da criança não deverão ser tratados de forma isolada, mas introduzidas nas diferentes questões presentes na comunidade. Assim o curso, terá um grande desafio, que é o de subsidiar os ACS de meios intervencionistas e de recursos de educação em saúde, rompendo com uma visão isolada, ou seja, reconhecendo as relações destes grupos e dos outros que também são alvo das ações dos agentes, como é o caso dos adolescentes, idosos e portadores de deficiências mental e física. As bases tecnológicas dessas unidades serão abordadas com conteúdos como micro área de risco; condições de risco social e ambiental.

Assim o curso poderá contribuir para que o ACS do DSI de Olinda compreenda que suas ações estarão cada vez mais extensivas aos diferentes grupos de cuidados das comunidades e que todos os indivíduos devem ser trabalhados em seu contexto social e nas relações que estabelecem entre si.

Neste contexto, Ferraz, 2005 adverte que o ACS tem como função identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, à promoção, à recuperação e a reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade (Brasil, 2001).

Das atribuições que mais motivam do Agente Comunitário de Saúde do Distrito Sanitário I de Olinda as visitas domiciliares ocupam o 1º rol com 30%. Este resultado também é enfatizado pelo Ministério da Saúde que preconiza que a visita domiciliar é uma das principais atividades dos Agentes Comunitário de Saúde (Brasil, 2001).

Ferraz, 2005 destaca-se que a visita domiciliar é o instrumento ideal para educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família. As orientações não estão prontas, pois cada família/indivíduo apresenta uma realidade e é baseada nessa realidade que acontece a troca de informações.

Outro item que se faz necessário comentar é a motivação dos ACS em realizar visita aos acamados (25,7%). Na pesquisa de Ferraz, 2005 que isto se dá pela priorização às famílias que necessitam de um maior acompanhamento.

Chama a atenção a baixa motivação dos ACS para realizar as atividades educativas (8,7%). A proposição do curso de Formação Técnica do MS em focalizar a questão da educação em saúde em uma de suas unidades básicas, demonstra a importância dessas atividades no conjunto de atribuições desenvolvidas pelo ACS. Nesta unidade, 2ª do curso, espera-se desenvolver

competências nos ACS para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde por meio de atividades educativas, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Assim, espera-se que o curso torne esse tipo de atividade mais atraente para os ACS de Olinda.

Martins e colaboradores, 1996 ressaltam que a participação dos ACS em ações pontuais e simplificadas parece produzir impacto significativo e relevante em termo de saúde pública, como por exemplo, a orientação do uso do soro caseiro para a redução da mortalidade infantil e a cloração na água para prevenção da cólera. Entretanto, o desenvolvimento de atividades educativas coloca a necessidade de recursos materiais. Neste contexto, o Ministério da Saúde em parceria com a UNICEF, buscando subsidiar o desenvolvimento de atividades educativas na área da família, possibilitou aos municípios, entre eles o de Olinda, o recebimento de um kit família brasileira. /2004.

A importância da participação do ACS no Programa de Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde do MS, foi destaca por 81,3% dos agentes do DSI de Olinda, que reconhecem que o curso irá melhorar a qualidade do seu trabalho como um todo, 69,5% disseram que ampliará sua capacidade de orientar a comunidade e 60,4% expressaram que facilitará o processo de identificação dos fatores presentes na área que causam problemas ou doenças na comunidade.

CONCLUSÕES

A assertiva de que a profissionalização de uma nova atividade em saúde torna-se um fato social sempre que surgem projetos de renovação das práticas sociais, introduz um novo agente social na sociedade respondendo às necessidades de uma nova ação. Assim, a emergência de um novo agente geralmente antecede à profissionalização, entendida como formação profissional e estabelecimento de diretrizes para sua realização, bem como a regulação dessa atividade a partir de um dado perfil profissional (Mendonça, 2004).

O curso de qualificação técnica proposto pelo Ministério da Saúde para os agentes comunitários de saúde ampliará ações que facilitam a integração entre a população e as equipes profissionais, considerando as características e finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais, participar do desenvolvimento das atividades de planejamento das ações de saúde na unidade básica de saúde, desenvolver ações de promoção de saúde por meio de atividades educativas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população, desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário para a população, conforme o plano elaborado pelas equipes de saúde da família, desenvolver ações de prevenção e

monitoramento de grupos específicos e de doenças prevalentes, conforme protocolo de saúde pública e plano definido e elaborado pelas equipes de saúde da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Elizabete Coelho (2003). **O Perfil do Agente Comunitário de Saúde: Características desse novo trabalhador da saúde e suas perspectivas (um estudo em Camaragibe e São Bento do Una –PE)**. Recife.

BRASIL (b), Portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. **Normas e Diretrizes do Programa de Agente Comunitário de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22/12/1997.

BRASIL, 2001b. **Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS**. Secretaria Executiva, Brasília.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Parecer CNE/CEB 19/2004**, relator: Francisco Aparecido Cordão, aprovado em 08/07/2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente de Saúde**, Educar SUS, Brasília/DF, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS E SAÚDE, DEPTº DE ATENÇÃO BÁSICA, **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**, Brasília, 2000.

BRASIL ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, MINISTERIO DA SAUDE. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, Estudo e Anablise-Vol.II**

BRASIL MINISTERIO DA SAÚDE.Lei nº 8.080 de 19 /09 /1990;Lei nº8.142 28/12/1990.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIAB: **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília/DF, 1998.

CASTRO, Janete Lima de, VILAR, Rosana Lúcia Alves de e FERNANDES, Vicente de Paula. **Precarização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Um desafio para a gestão do SUS.** In Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises. V.2, Organização Núcleo de Saúde, 1 CD-ROOM, JSBN 85.334-0841-2.

COHN, Amélia e Elias, Paulo. **Saúde no Brasil.** Editora Cortez, Brasil, Julho/1996

CONASEMS. DEZ/JAN 2005.

ELLIS Jr & Hartley CL. **Enfermagem Contemporânea: desafios, questões e tendências.** Trad. de Maria Virgínia Godoy da Silva. (5ª edição) Artmed, Porto Alegre.

FALERO S. Vicente de Paula. **O que é política social.** Brasiliense, São Paulo 1999.

FERRAZ, Lucimari & AERTES, Denise Rangel Ganzo de Castro. **O Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde em Porto Alegre/RS.** Ciência & Saúde Coletiva 2005, 347-355.

GIL, A. C. – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social** – 4ª Edição. São Paulo: Atlas, 1994.

JAEGER, Maria Luíza; CECCIM, Ricardo Burg; MACHADO, Maria Helena. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Revista Brasileira de Saúde da Família. Edição especial. BR, 2004, p. 86-103.

MACHADO, M. H (Coord) 2000 – Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil, Ministério Saúde, Brasília.

MARTINS, CL et al. 1996. **Agentes Comunitários nos Serviços de Saúde Pública: elementos para uma discussão.** Revista Saúde e Debate 51: 38-43.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Profissionalização e Regulação da Atividade do Agente Comunitário de Saúde no Contexto da Reforma Sanitária.** Trabalho, Educação e Saúde 2004; 353-365.

MINISTERIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAUDE programa de agente comunitário de saúde, setembro /1994.

MOURA, Alda Alice Gomes (et al). **O Perfil do Agente Comunitário de Saúde do Município do Moreno/PE e sua Contribuição no Processo de Consolidação do SUS.** Recife 2003.

OLINDA/2000/SEPLAMA/DIM/PMO.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde de Pernambuco, Projeto de Qualificação para Agentes Comunitários d Saúde, Recife, 2004.

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – Ministério da Saúde OPAS/OMS – Brasília/2002.

PROJETO DE FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – 1ª Etapa Formativa – ETESP – PE/2004.

SILVA. Joana Azevedo da e DALMASO. Ana Silvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber e o fazer.** Editora Fiocruz, Rio de Janeiro/2002.