

ÂNGELA MÁRCIA SIQUEIRA DA COSTA

**A capacitação do Agente Comunitário de Saúde: uma busca na
literatura**

GOVERNADOR VALADARES-MINAS GERAIS

2011

ÂNGELA MÁRCIA SIQUEIRA DA COSTA

**A capacitação do Agente Comunitário de Saúde: uma busca na
literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Co-orientadora: Fernanda Magalhães Duarte

GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS

2011

ÂNGELA MÁRCIA SIQUEIRA DA COSTA

**A capacitação do Agente Comunitário de Saúde: uma busca na
literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Co-orientadora: Fernanda Magalhães Duarte

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo - orientadora

Profa. Dra. Suelene Coelho

Aprovado em Belo Horizonte em ____/____/2011

Dedico esse trabalho ao meu amado marido Guilherme, pela constante presença, amor, total apoio e dedicação.

Aos meus pais amados, que estão presentes em todos os dias da minha vida em meu coração.

Ao meu bebê – Eduarda pela paciência e tolerância mesmo sem compreender a importância.

Agradeço, primeiramente, a Deus, pois estiveste sempre comigo.
Aos meus pais e familiares, que sempre me deram força e incentivo para realização desse trabalho.
Aos meus amores, pelo apoio, amor e compreensão pelas horas roubadas do seu convívio.
Aos mestres, por dividirem comigo muitos saberes acumulados ao longo da história de vida de cada um.
De modo muito especial à minha co-orientadora Fernanda Magalhães que soube transmitir muito mais do que conhecimentos, pois me ensinou com dedicação a ter paciência.
Em especial às facilitadoras do curso que tanto me estimularam:
OBRIGADA.

A todos, muito obrigada!

“Falar é completamente fácil, quando se tem palavras em mente que se expresse sua opinião...

Difícil é expressar por gestos e atitudes, o que realmente queremos dizer.

Fácil é julgar pessoas que estão sendo expostas pelas circunstâncias...

Difícil é encontrar e refletir sobre os seus próprios erros.

Fácil é fazer companhia a alguém, dizer o que ela deseja ouvir...

Difícil é ser amigo para todas as horas e dizer a verdade quando for preciso.

Fácil é analisar a situação alheia e poder aconselhar sobre a mesma...

Difícil é vivenciar esta situação e saber o que fazer.

Fácil é demonstrar raiva e impaciência quando algo o deixa irritado...

Difícil é expressar o seu amor a alguém que realmente te conhece.

Fácil é viver sem ter que se preocupar com o amanhã...

Difícil é questionar e tentar melhorar suas atitudes impulsivas e às vezes impetuosas, a cada dia que passa.

Fácil é mentir aos quatro ventos o que tentamos camuflar...

Difícil é mentir para o nosso coração.

Fácil é ver o que queremos enxergar...

Difícil é saber que nos iludimos com o que achávamos ter visto.

Fácil é ditar regras e,

Difícil é segui-las” ...

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

A Estratégia de saúde da família (ESF) atualmente consolidada como importante estratégia assistencial à saúde e adotada pelo Sistema Único de Saúde nasceu da experiência acumulada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará. Esta objetivava com a figura do ACS (Agente Comunitário de Saúde) criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da saúde, além de contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança e, para isto, bastava a ele morar na comunidade e saber se comunicar. Porém, com a reformulação do modelo assistencial a saúde e a implantação do PSF o papel do ACS foi ampliado, saiu do foco materno infantil para abranger a família e a comunidade, além de exigir novas competências no campo educacional, político e social. Diante deste novo perfil do ACS para lidar com situações mais complexas e abrangentes ligadas diretamente com a vida do indivíduo e da comunidade tornou-se importante questionar e refletir sobre a preparação/capacitação deste profissional para a execução competente das ações. O objetivo deste estudo foi identificar na literatura nacional a produção científica relacionada à capacitação do Agente Comunitário de Saúde. Para isto, utilizou-se da pesquisa bibliográfica na internet, nos bancos de dados da saúde como na Rede de Universidades Brasil – Universia, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, ScieLO (Scientific Electronic Library Online) ABRASCO (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva) e BVSMS (Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde). onde foram selecionados 16 textos em português e publicados no período de 1995 a 2009, que trabalhavam o tema capacitação do Agente Comunitário de Saúde. Conclui-se, que a capacitação é um investimento de suma importância na formação destes indivíduos, ACS, para serem capazes de lidar com os múltiplos aspectos que revestem o atendimento à população na atenção básica, de forma integrada com a comunidade e assim, contribuir junto com os demais membros da equipe de saúde, para modificar os indicadores de morbimortalidade na população, tornando-o assim, um “elo forte” e verdadeiro. Observou-se também, a importância do envolvimento de toda a equipe do PSF, através da verificação dos resultados e no fornecimento de apoio científico, teórico e cultural aos ACS. Para tanto, faz-se necessário que sejam viabilizados investimentos na Educação permanente das Equipes de Saúde da Família, e principalmente dos ACS, para que a formação contínua do profissional seja uma realidade, respondendo às necessidades do serviço e o melhor aproveitamento deste educador em potencial.

Palavras-chave: Capacitação. Profissionalização. Agente Comunitário de Saúde. Programa de Saúde da Família

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is currently consolidated as an important health assistance strategy and adopted by Unified Health System came into being from a combined experience by Health Community Agents Program (HCAP) in Ceará. It was intended that the health community agents could provide job opportunities for women in a dry land and it could also contribute for the reduction of infant mortality. Prioritizing the achievements of actions in women and children health and to do so, it was only necessary that the agent could live in the community and know how to communicate with them. However, with the recast of the assistance model and the deployment of FHP, the role of the HCA was extended. It was not only focusing on mothers and children but now it covers the whole family and also the community and require new competences in educational, political and social fields. Faced with this new HCA profile to deal with complex and extended situations which are connected to the individual and community life, asking and reflecting about the preparation and training of this professional to execute the actions with competence became really important. This study aims to identify the scientific production related to the health community agent in the National Literature. To this, a literature search on the internet was done. A health database and Brazilian Universities web—Universia, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde), ScieLO (Scientific Electronic Library Online) ABRASCO (Associação Brasileira de Pós Graduação em saúde coletiva) and BVSMS (Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde) were checked and sixteen texts in Portuguese published from 1995 to 2009 were selected. The selected texts were about the health community agent training. It was concluded that the training is of paramount importance in preparing the HCA to be able to deal with multiple aspects that cover the population consultation in basic attention, becoming a part of the community and this way they can contribute to the other members of the health team to modify the rates of morbimortality becoming a strong and real bond. The importance of the involvement of the whole HFP, through the results and the supply of scientific, theoretical and cultural support to the HCA was observed. Therefore, it is necessary that investments in permanent education for the Family Health Team and mainly for the HCA can be provided, so that their training can become a reality, responding to the needs and better use of this potential educator.

KEYWORDS: Training, Professionalization, Health Community Agent and Family Health Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 METODOLOGIA.....	14
3 OBJETIVO.....	15
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
5 DISCUSSÃO DO RESULTADO.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

A partir de 1986 com o acontecimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde o sistema de saúde brasileiro sofreu inúmeras reformulações e ganhos como o Sistema Único de Saúde (SUS) previsto pela Constituição Federal de 1988. Este novo sistema de saúde organizado por meio de diretrizes como a descentralização, o atendimento integral, a participação comunitária e a equidade culminou com a lei orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando assim o SUS que definiu um modelo assistencial para todos os municípios brasileiros. O melhor fruto colhido deste processo tanto para a população quanto para os gestores se deve a consolidação da Atenção Primária da Saúde.

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2004, p. 44) a Atenção Primária à Saúde é definida como

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Mendes (2009), reportado no Guia de Formação da Atenção Primária a Saúde, reforça que para termos uma Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade ela

deve cumprir as funções de resolubilidade, de centro de comunicação para ordenar os fluxos e contrafluxos e ainda a função de responsabilização pelos usuários dentro da rede de atenção à saúde.

O Ministério da Saúde definiu, a partir da publicação da política nacional da atenção básica que a saúde da família e o programa de agentes comunitários de saúde como, as estratégias estruturantes para a organização do modelo assistencial nos municípios brasileiros (BRASIL, 2003).

O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), surgiu a partir da experiência acumulada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará e na contemporaneidade assume significativa importância quanto à assistência em saúde (TRAD e BASTOS, 1998). Mendes (2009) comenta que essa experiência dos agentes de saúde do Nordeste foi acolhida para ser a base da proposta da saúde família no SUS e é hoje a estratégia governamental de maior relevância social, definida como o centro de comunicação das redes de atenção à saúde.

Apresenta-se como uma estratégia de assistência que valoriza os princípios de territorialização, de formação de vínculo com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, com ênfase na promoção de saúde e fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade (SOUZA, 2000).

Segundo Nogueira (1997, p.182)

A assistência em saúde é, entre outras coisas, um processo de intensa relação entre quem presta e quem consome o serviço. Mais tipicamente que em outros setores da economia de serviço, vamos encontrar aí o fato peculiar de que o usuário é um fornecedor de valores de uso substantivos de tal modo que ele é um co-partícipe do processo de trabalho.

Por definição contida na política nacional de atenção básica as equipes de saúde da família são constituídas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e por agentes comunitários de saúde, com responsabilidade de

acompanhamento de no máximo 4.000 mil pessoas, sendo que os agentes acompanham no mínimo 400 e no máximo 750 pessoas dentro de cada microárea (BRASIL, 2006).

Ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) compete ser uma pessoa que mora na comunidade com capacidade de transmitir conhecimento de maneira mais acessível, fazendo assim, um elo entre a equipe de saúde da família e a comunidade. Este perfil permite um contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção de saúde (BRASIL, 2006).

As ações do ACS dentro da rede de assistência à saúde estão relacionadas com a observação e coleta, *in locus*, da realidade de toda a população adstrita a sua microárea e tem como objetivo contribuir na qualidade de vida dos indivíduos sob sua responsabilidade. Porém, o trabalho dos ACS tem se constituído em objeto de questionamentos e reflexões por parte dos profissionais da área da saúde com foco na complexidade de suas ações e nas formas de contratação. Como analisa Tomaz, (2002, p. 85), *“A discussão do perfil, atribuições e competências dos ACS é um pouco polêmica”*.

Durante a minha formação profissional tive a oportunidade de conhecer as atividades desenvolvidas por esses trabalhadores, consideradas de grande relevância social. Por outro lado, verificava que eles precisavam de treinamento contínuo para cumprir as funções que lhe eram atribuídas.

Após minha graduação fui trabalhar como enfermeira de uma equipe de saúde da família, o que me credenciou ao mesmo tempo, para ser instrutora do processo de capacitação em serviço desse trabalhador. Os questionamentos começaram a surgir no meu dia a dia de trabalho, dentre esses, como fazer para que esse trabalhador tivesse uma maior participação no acompanhamento das famílias e de fato uma responsabilização pela população da sua área de abrangência. De imediato fui absorvida pelo processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde onde a carga das funções administrativas era imensa e pouco ou quase nada de tempo me restava para de fato estar mais próxima desses trabalhadores. Mesmo assim, deparei-me com uma imensidão de problemas envolvendo esses trabalhadores, desde a falta de

capacitação, forma de inclusão nas equipes até interferências políticas partidárias no processo seletivo, entre outras.

Em 2008 fui aprovada no processo seletivo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), que durante o seu desenvolvimento oportunizou momentos de muita reflexão do meu processo de trabalho na equipe de saúde da família. Trouxe-me novamente para realidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde, quando na disciplina modelo assistencial e atenção básica voltei novamente o meu olhar para esse trabalhador como membro da minha equipe de trabalho e gerador de tantos conflitos na gestão do serviço. A maior parte dos problemas era gerada pela ausência ou pela sua saída por questões políticas, ou até mesmo, por não estar respondendo satisfatoriamente às demandas para as quais fora contratado.

Entendendo que, o processo político partidário eu não teria como mudar, apesar da existência da lei que diz que para exercer as funções de ACS esse trabalhador deverá passar por um processo seletivo e por uma capacitação. No entanto, será que ele está sendo devidamente capacitado para o exercício das suas funções?

Tomaz (2002) comenta que o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel.

Minhas idas e vindas, pensando e repensando esse processo de qualificação dos ACS, levou-me a direcionar o objeto deste trabalho, firmado no reconhecimento da importância do trabalho dos mesmos como agente de transformação social. Neste sentido, realizei um estudo na literatura nacional sobre a produção científica relacionada à capacitação do agente comunitário de saúde

2. METODOLÓGIA

Segundo Gil (1995) a pesquisa bibliográfica caracteriza-se por ser um estudo realizado a partir de material elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Para o autor, existem pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas e sua principal vantagem reside no fato de consentir a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela pesquisada diretamente. Ainda de acordo com o autor, para assegurar as condições em que os dados foram obtidos; deve-se atentar para alguns cuidados como conferir a fonte dos textos e analisar em profundidade cada informação para descobrir possíveis incoerências ou contradições.

Optou-se assim, a pesquisa bibliográfica narrativa realizada por meio da internet, nos bancos de dados da saúde como a Rede de Universidades Brasil (Universia), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (ScieLO), Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS) onde foram selecionados 16 textos publicados no período de 1995 a 2009, em português e que discursavam temas sobre a capacitação do ACS.

3. OBJETIVO

Analisar a partir da literatura identificada como vem se processando a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para atuarem nas equipes de saúde da família.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Historicamente, uma atribuição fundamental do ACS é servir de elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Tomaz (2002) enfatiza que as atribuições do ACS podem ser resumidas no tripé: identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações identificadas. O autor aponta ainda como atribuição, saber lidar com questões do território, suas subjetividades e com a ampliação do olhar sobre as demandas sócio-comunitárias.

Furlan (2008) aponta para a necessidade de educação permanente dos trabalhadores. Neste sentido, é importante refletir sobre o grau de escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde, pois de acordo com Tomaz (2002), o papel do ACS foi ampliado após a implantação do PSF, saindo do enfoque materno infantil para abarcar a família e a comunidade. Para o autor, passou-se também a exigir novas competências no campo político e social.

A atuação do ACS no Programa Saúde da Família (PSF) enquanto uma estratégia de descentralização dos serviços de saúde é de participar de maneira efetiva na melhoria da qualidade de vida da população (TRAD e BASTOS, 1998). Os Agentes Comunitários de Saúde são personagens de destaque na organização do atual modelo assistencial, gerando a aproximação da população com os serviços de saúde e ao mesmo tempo promovendo ações de promoção e prevenção de agravos junto às famílias do seu território de abrangência. Desse modo, é necessário que o ACS tenha um grau de escolaridade adequado, para dar conta dessas funções dentro do sistema de saúde (FURLAN, 2008).

O PSF vem se consolidando como uma estratégia de reorientação das práticas assistenciais, tendo a família como unidade de cuidado. Sua organização a partir da composição de uma equipe multiprofissional, acrescida pelos ACS, que vivencia cotidianamente a realidade socioeconômica e cultural da população adscrita e, estabelece uma relação de confiança. Assim, a compreensão dos problemas e necessidades de saúde das famílias é potencializada com esse vínculo, que

possibilita e favorece o reconhecimento de sua intervenção educativa na atenção à saúde dessa população (PARANAGUÁ, *et al.* 2009).

Conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), em dezembro de 2009, existiam 234.700 mil ACS no país, presentes tanto nas comunidades rurais e periferias urbanas quanto nos municípios altamente urbanizados e industrializados. Eles atuam junto ao Programa Saúde da Família, ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, sob a coordenação dos enfermeiros pertencentes às secretarias de saúde dos municípios.

A principal ferramenta de trabalho do ACS, de acordo com Kumagai (2005), é a visita domiciliar, a qual é realizada pelo menos uma vez por mês a cada família de sua microárea. Além disso, os ACS realizam o mapeamento das áreas, destacando as famílias e locais de risco para a comunidade. Realizam também, o cadastramento das famílias com registro no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, estimulam as ações coletivas, promovendo reuniões com grupos diferenciados como gestantes, mães, idosos. Atuam assim, como elo entre a comunidade e o serviço de saúde, estimulando-a à participação social.

Procurando caracterizar o perfil dos ACS e seu papel na Estratégia Saúde da Família, segundo a visão da equipe, da comunidade e do próprio ACS, Ferraz e Aerts (2004) constataram que, para o agente, seu principal papel é o de educador em saúde. Para os autores, tal fato pode ser explicado pelo sentimento de maior valorização que esse papel pode trazer, fazendo com que o agente seja visto como um trabalhador com qualificação à disposição da população. Ainda de acordo com os autores, para que o ACS não seja apenas um transmissor de simples informações, é necessário que haja educação continuada para a sua qualificação no trabalho. O estudo apontou ainda, que para a equipe de saúde e líderes comunitários, o ACS é visto como elo entre a equipe e a comunidade, tendo para esta última o papel de desenvolver vigilância, cuidando da saúde das famílias sob sua responsabilidade.

Destaca-se que a primeira experiência de ACS, como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada, ocorreu no Ceará em 1987 e, de acordo com Tomaz

(2002) tinha um duplo objetivo: criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. O autor afirma que

Esta estratégia expandiu-se rapidamente no Estado, atingindo praticamente todos os municípios em três anos, sendo encampada pelo Ministério da Saúde (MS) mais ou menos nos mesmos moldes, em 1991. As primeiras experiências do Programa de Saúde da Família, PSF, nos moldes atuais, também surgiram no Ceará em janeiro de 1994, sendo encampadas pelo MS em março do mesmo ano, como estratégia de reorganização da atenção básica no país. A partir daí o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, PACS, passou a ser incorporado pelo PSF. (TOMAZ, 2002, p. 84).

O trabalho do ACS é realizado em determinado território circunscrito, onde encontra as mais adversas demandas de saúde e condições sócio-econômicas. Território entendido como espaço de identidades, trajetórias pessoais, coletivos organizados, movimentos sociais, ação deliberada das pessoas e atuação protagonista (CAMPOS, 2005). Assim, considerando o caráter social das doenças, Nunes (2000) comenta que o trabalho do ACS no território, implica a transformação e problematização da realidade “aparente do cotidiano das condições de vida das pessoas” (citação direta, ver página e fazer a citação do autor/data) e a busca de compreensão da complexidade da vida de cada família, na sua essência.

Segundo Levy *et al.* (2004), são esses agentes que fazem o contato permanente com as famílias, o trabalho de vigilância da saúde. Para os autores, eles constituem também, um importante elo cultural, que auxilia e potencializa o trabalho educativo realizado com as famílias, uma vez que, eles representam “uma ponte entre mundos culturais complexos e distintos: o saber científico e o saber popular” (Levy *et al.* 2004, p.199).

O ACS desempenha assim, o papel de elo que possibilita a confiança e o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida. Contudo, sua formação para o desempenho dessa função vem sendo debatida em âmbito nacional, considerando-se a amplitude de suas funções. Neste sentido, a capacitação e profissionalização do ACS devem ser concebidas como um processo voltado para a realidade em que

está inserido. Por isso, a percepção do ambiente e da cultura local deve estar claramente presente no desempenho de suas funções. Esse olhar deve estar fundamentado no fato de que a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, interferindo fortemente na saúde (HELMAN, 2006).

Nesta direção Oliveira *et al.* (2008, p.380) apontam que a

[...] capacitação, compreendida como um amplo e contínuo movimento de formação, é requisito indispensável para que a integralidade da atenção seja assumida e incorporada na práticas de saúde das equipes de saúde da família. A atenção à saúde na comunidade pressupõe uma complexidade que consiste na capacidade de responsabilizar-se pela pessoa, não se concentrando na doença e considerando o cuidado como uma ajuda para que a pessoa amplie sua autonomia.

Costa, *et al.* (2005) consideram também, ser de suma importância o processo de capacitação dos trabalhadores de saúde, pautado na realidade local, mas buscando construir junto com eles possibilidades de intervenção com vistas à modificação da realidade vivenciada. Esses autores comentam que

As estratégias de consolidação do SUS, o PACS, inicialmente e o PSF, vigente desde 1994, implicam capacitação dos trabalhadores de saúde para atuar na perspectiva traçada. Esses programas propõem uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade. Assumindo o compromisso de, nos diferentes níveis de complexidade, prestar assistência universal, integral, equânime e contínua, a população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades; nesse sentido, identifica os fatores de risco aos quais a população está exposta, neles intervindo de forma apropriada. Propõe-se, ainda, a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, a expressão de qualidade de vida (COSTA, *et al.* 2005, p. 91).

Neste sentido, o Ministério da Saúde lançou o referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde, em 2004, no qual foi proposta a formação de técnicos de nível médio. Estes deveriam atuar junto às equipes multiprofissionais, com o intuito de desenvolver ações de cuidado e proteção à

saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. Destaca-se ainda, a ênfase na atuação intersetorial, além do desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Assim, o curso passou a ser estruturado com uma carga horária mínima de 1.200 horas, a ser realizadas em três etapas ou formativas:

- a) “Formativa I, para todos os ACSs inseridos no SUS ativos, independentemente de escolaridade e com uma carga horária de 400 horas.
- b) Formativa II, para os ACSs que concluíram a etapa I e que concluíram ou estavam cursando o ensino fundamental, com a carga horária de 600 horas.
- c) Formativa III, para concluintes das etapas anteriores que estavam cursando ou concluíram o ensino médio, com carga horária de 200 horas. Este processo de formação busca destacar a singularidade profissional do ACS, com ênfase nas características do seu perfil social e na promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo” (HOLANDA, *et al.*, 2009)

Essa proposta curricular foi acrescida de um processo dinâmico em que aliava teoria/prática e ensino/serviço, ocorrendo paralelamente em todo o território de atuação do PSF com envolvimento de parceiros e população. Costa *et al.*(2005) analisam assim, que o processo de capacitação dos ACS foi caracterizado pela busca de integração ensino-trabalho, possibilitando uma melhor apreensão dos temas, situações e problemas, trabalhados de maneira articulada às ações desenvolvidas nas unidades de saúde e na comunidade.

Holanda, *et al.* (2009) esclarecerem que é importante que os sujeitos pensem sobre a doença depois de observarem suas causas e a sua prevenção, para que possam incorporar a integralidade do indivíduo, para que o sentido de cuidado possa ser desenvolvido. Esses autores comentam ainda, que é importante ampliar o olhar do ACS para os aspectos relacionados à saúde, devendo, portanto, ser este o foco das discussões, no momento da sua capacitação.

O desafio de preparar esses trabalhadores adequados às necessidades do SUS implica em profundas alterações na organização da sua formação. A busca de programas alternativos de ensino mais adequados aos desenhos de organização da atenção primária precisa incorporar o conceito de competências, passando, necessariamente, pela vinculação entre educação e trabalho (JUNGES, *et al.* 2008).

O processo de capacitação do ACS de acordo com Costa, *et al.* (2005) deve ser feito por uma proposta metodológica que compreenda os sujeitos do processo de aprendizagem de forma igualitária, a educação como meio de intervenção social buscando a transformação da realidade. Assim, o foco da educação é o contexto social vivenciado pelos sujeitos da aprendizagem tal como se apresenta, estimulando a reflexão crítica sobre ele, de modo a construir o processo de mudança.

Mosquera, (2003) acredita que há três dimensões que possibilitam o processo de mudança e que podem reorientar a prática educativa: o conhecimento do sujeito como base e processo de toda a educação; a aprendizagem como possibilidade de crescimento e o reforço do conhecimento como valor fundamental.

Essas dimensões e os princípios da educação popular nortearam as novas propostas de capacitação. Assim, ao refletirem sobre seu papel, sua relação com os usuários e sobre a importância do conhecimento como um aspecto potencializador do ser humano, os trabalhadores da saúde podem melhorar sua prática e, com isso, atuarem no cotidiano de forma a incidirem positivamente na melhoria da qualidade de sua vida e da vida da população (MOSQUERA, 2003).

A profissionalização do ACS é importante para as equipes e para a comunidade e, de acordo com Junges, *et al.* (2008), esta deve ser pautada pela realidade de cada comunidade e envolver toda a equipe de saúde, pois existem profissionais que ainda não entendem o papel do ACS.

Conforme esclarece Nogueira (2002) a profissionalização do ACS não deve passar necessariamente, por cursos técnicos de enfermagem, já que os agentes têm um

perfil de liderança social por sua capacidade de mobilizar a comunidade diferente do profissional Técnico de Enfermagem.

Devido aos seus aspectos políticos, a atuação do ACS independe de formação técnica em saúde. Os problemas de saúde enfrentados por determinada comunidade não estão tanto na falta de acesso à unidade de saúde ou na falta de profissionais capacitados, mas nas questões ambientais do seu meio. A falta de saneamento não se resolve com ações profissionais, mas exige um agente social para mobilizar a comunidade.

A profissionalização do ACS envolve questões complexas, pois o seu trabalho ocorre na comunidade, mais especificamente dentro dos domicílios. Por isso, Tomaz (2002) propõe trabalhar competências, pois entende que o agente deve ter uma noção de causa, consequência e prevenção. As competências que o autor aponta são: observação, ética, noção de causa e consequência, comunicação, integração, liderança, responsabilidade e autonomia.

O trabalho cotidiano dos ACS exige constante atualização, e para tanto Junges, *et al.* (2008) compreendem que é de suma importância que haja formação continuada, ofertada pelas Secretarias de Saúde. Contudo, essa formação e educação permanente não podem acontecer de forma isolada e descontextualizada. Desde a implantação do PSF, são percebidas dificuldades em relação ao tipo de formação necessária para os ACS. Essas, muitas vezes tem sido demasiadamente pensada a partir da experiência da formação na atenção hospitalar e centrada na doença, esquecendo-se da sua contextualização com o trabalho cotidiano, em que se vivenciam as reais situações das comunidades. Neste sentido, Alves, (2004, p. 42) esclarece que

Há uma necessidade emergente de estimular-se a criação de espaços de escuta e de reflexão sobre o cotidiano dos trabalhadores da saúde, pois de nada adianta a realização de cursos e encontros de qualificação se não forem reservados espaços para olhar, escutar, refletir e reconstruir uma nova forma de trabalhar, na qual os conteúdos teóricos possam subsidiar a prática diária. Articular a teoria com a prática é a melhor forma de criar condições para que

habilidades e atitudes sejam discutidas e modificadas com vista à qualificação do processo de trabalho.

Segundo Nunes, *et al.* (2002), os agentes, por fazerem parte da equipe de saúde, são levados a identificar-se com certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina. Pelo tipo de formação recebida adquirem maior acesso ao saber biomédico, mais valorizado do que o conhecimento popular, conferindo-lhes maior prestígio social. Para os autores, a busca de formação técnica confirma essa visão ilusória de que com conhecimentos biomédicos estariam mais capacitados para resolver os problemas da comunidade.

No entanto, faz-se necessário o emprego de estratégias de aprendizagem que propiciem a formação de um cidadão trabalhador capaz de intervir na realidade para transformá-la, seguindo a perspectiva do educador Paulo Freire, (1997, p. 4), ao dizer numa entrevista concedida dezesseis dias antes de sua morte, que a educação sozinha não faz. *“Mas pode fazer algumas coisas importantes, entre elas abrir caminhos e intervir no mundo”*.

Ressalta-se que vários limites devem ser ultrapassados para se efetivar a operacionalização da capacitação dos ACS, uma vez que esse processo não depende somente de resultados isolados e, sim, de políticas sociais e econômicas que combatam a fome, a miséria, as condições inadequadas de trabalho, de moradia, enfim, de políticas que combatam a ausência de condições mínimas para que as populações possam viver com dignidade (COSTA, *et al.*, 2005).

Portanto, é de suma importância, analisar todo o contexto que envolve o processo de capacitação do ACS e o quanto o seu déficit intervém no trabalho da equipe e na resposta para a comunidade

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe um novo modo de cuidar da saúde, tendo a família como objeto de atenção, considerando-a em seu contexto social, econômico e cultural. Cabendo ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) ser o mediador entre duas esferas: o Estado e a comunidade. Isto porque apresentam dois atributos sociais básicos: identidade com a comunidade e capacidade para a ajuda solidária, aliados à sua capacidade de liderança. (HILDEBRAND e SHIMIZU, 2008).

Embora o ACS possa ter experiência com o trabalho comunitário e isso ser reconhecido como uma aptidão para o seu processo de trabalho, pode-se inferir que existe alguma dificuldade dos mesmos com relação ao trabalho na ESF. A compreensão das condições de vida como intrínsecas ao processo saúde-doença implica romper com modelos estereotipados de compreensão biomédica da “doença” e realizar um cuidado de dimensões complexas, assim como trabalhar na e com a comunidade requer uma “carga” elevada de trabalho (OLIVEIRA, *et al.*, 2008).

Discutindo os desafios para o saber fazer e saber ser na atuação dos ACS no PSF, Silva e Dalmaso (2002) elegeram seis pontos: o contexto, a finalidade, a tecnologia, o trabalho em equipe, a identidade e a formação. Neste sexto ponto, a formação dos profissionais para saúde da família tem na Atenção Básica um vasto campo de atividades educativas e de aconselhamento que exigem habilitação adequada.

Para o desenvolvimento do trabalho do ACS destacam-se estratégias que aparecem como mais produtivas, dentre elas, a construção de novas práticas e conhecimentos. Para tal, torna-se necessário investir sempre na pesquisa, tanto de natureza operacional quanto de teorias sobre o trabalho e sua organização, assim como um maior investimento em atividades de supervisão dos trabalhos, pois a manutenção da qualidade destes se faz mediante supervisão e reflexão.

Percebe-se, portanto, que é necessário prover condições e preparo para que o ACS disponha de instrumento adequado ao lidar com as necessidades e problemas da comunidade, para que possam contribuir com os demais profissionais, pois é um trabalhador integrante da equipe de saúde, e não apenas um membro da comunidade informante dos problemas.

Moura e Sousa (2002), esclarecem, que há um número insatisfatório de profissionais com o novo perfil necessário à ESF, e neste sentido, torna-se necessário que o Ministério da Saúde invista no processo de capacitação, formação e educação permanente para o Programa Saúde da Família.

A produção de conhecimento em saúde, de acordo com o Ministério da saúde (BRASIL, 2000) caracteriza-se por ser uma ação gerada no trabalho, de forma participativa, mesclando experiências entre a equipe de saúde e a comunidade. Portanto, as necessidades de aprendizagem das equipes de ESF, em especial dos ACS, deve coincidir com seus conhecimentos e valores, devendo ser o processo educativo um investimento na formação para o trabalho, o qual, por sua vez, define as demandas educacionais. Assim, para o autor, a Educação Permanente deve ter como principais objetivos: a transformação do processo de trabalho para que se consiga atingir melhoria constante da qualidade das ações em saúde, respeitando as formações individuais de cada membro da equipe.

Em concordância, Motta, *et al.* (2002), discutindo aspectos teórico-conceituais e metodológicos da educação permanente em saúde (EPS), afirmaram que na EPS, quem determina as necessidades de conhecimento é o processo de trabalho, o qual deve ser entendido em seu contexto sócio organizacional-cultural.

As atividades de educação em saúde constituem uma atuação inerente a toda equipe de saúde.

Para que o ACS inserido na ESF seja realmente um facilitador do trabalho na atenção primária, sendo um elo entre a equipe e o usuário, faz-se necessária a sua capacitação específica para se atender à demanda deste novo modelo de atenção. Trabalhar ações de educação permanente a partir de estratégias metodológicas inovadoras propicia conhecer a própria realidade, além de garantir um ambiente de diálogo entre os atores envolvidos com troca de experiências, sensibilização, conscientização, participação, mobilização, autonomia. Os ACS precisam ter uma educação permanente para um melhor aproveitamento das atividades educativas por eles realizadas, pois estes são sujeitos de suma importância dentro da equipe, que funciona mais do que um elo, o ACS dá voz para a comunidade ou é a voz da comunidade dentro dos serviços de saúde.

Portanto, é essencial que se faça um compromisso com as ações de educação em saúde, de forma a preparar o ACS, educador em saúde, para atuar na realidade e na busca de soluções para os problemas comunitários, mediante o exercício de uma prática educativa crítica e reflexiva.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão de literatura com o intuito de identificar na literatura nacional a produção científica relacionada à capacitação do Agente Comunitário de Saúde foi possível fazer algumas considerações sobre o tema.

Para consolidar o novo modelo de atenção em saúde na prática, torna-se necessária a presença do ACS, assim como de todos os demais profissionais da equipe multiprofissional, integrantes do Programa Saúde da Família (PSF), nos cursos de educação continuada, como estratégia de promoção à saúde, de forma que possam ser agentes transformadores de suas realidades.

A profissionalização do ACS não pode pretender que eles exerçam o papel dos outros profissionais de saúde, pois eles se assemelham às características do povo, assim como aos seus anseios, e, portanto, podem preencher as lacunas da equipe por conhecerem as necessidades da população atendida na atenção básica. Porém, deve-se destacar a necessidade da conscientização do ACS quanto ao valor do seu conhecimento genuíno adquirido pela pertença à sua comunidade. O perfil adequado para o desenvolvimento de suas atividades envolve reflexão, sensibilidade, compromisso e reconhecimento de si mesmo como construtor de conhecimento, capaz de produzir um saber/fazer sobre as necessidades reais da comunidade.

No contexto das mudanças nas práticas de saúde e na mobilização social e integração entre a população e as equipes de saúde, a importância do agente está na sua singularidade profissional que transita entre a assistência social, a educação, a saúde e o meio ambiente. No entanto, o ACS deve buscar sua capacitação e profissionalização, para que seja possível realizar suas atribuições de forma efetiva. O PSF ainda não amadureceu suficientemente as questões referentes à uma lógica de trabalho em equipe que reconheça o perfil e estimule a formação específica do ACS.

A capacitação desses trabalhadores precisa ser continuamente fomentada, e para isso, trabalhadores e gestores necessitam apresentar essa demanda às instâncias de formação, criando uma co-responsabilização para a efetivação da mudança de modelo.

Conclui-se, que é de suma importância investir na formação do ACS, para torná-los capazes de lidar com os múltiplos aspectos que revestem o atendimento à população na atenção básica, de forma integrada com a comunidade. Dessa maneira, eles contribuirão com os demais membros da equipe de saúde, para modificar os indicadores de morbimortalidade na população, tornando-o assim, um “elo forte” e verdadeiro.

Observa-se também, a importância do envolvimento de toda a equipe do PSF, por meio da verificação dos resultados, bem como o fornecimento de suporte necessário aos ACS.

Para tanto, faz-se necessário que sejam viabilizados investimentos na Educação Permanente das Equipes de Saúde da Família, e principalmente dos ACS para que a formação contínua do profissional seja uma realidade, respondendo às necessidades do serviço, e assim ocorra um melhor e maior aproveitamento desses multiplicadores em potencial.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G. O processo de capacitação desenvolvido em um PSF: a experiência da utilização da educação popular e da pesquisa-ação como estratégia educativa. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre. v. 18, n. 1, jan./jun. 2004.

BRASI. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2000. (Caderno 3 - Educação Permanente).

_____. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária- Seminário do Conass para construção de consensos**. Brasília: CONASS, 2004. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de março de 2006**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. SP: Hucitec, 2005.

COSTA, T. M. *et al.* **O processo educativo dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da comunidade de Catolândia-Ba: intervindo sobre um problema de saúde.** *Sitientibus*, Feira de Santana, n. 33, p. 85-99, jul./dez. 2005.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p. 68-74, jan./abr. 2004.

FREIRE, P. Paulo freire explica como o saber abre caminhos, **Folha de São Paulo**, São Paulo, 4 de mar. 1997. Caderno Cotidiano, p. 3.

FURLAN, P. G. **Veredas no território: análise da prática de agentes comunitários de saúde.** Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP : [s.n.]: Faculdade de Ciências Médicas. 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** 4 ed. Porto Alegre: Art Med, 2006.

HILDEBRAND, S. M.; SHIMIZU, H. E. Percepção do agente comunitário sobre o programa família saudável. **Rev. bras. enferm.** v. 61, n. 3, p. 319-324 , 2008.

HOLANDA, A. L. F; *et al.* Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1507-1512. 2009.

HORTALE, V. A.; REIS, C. C. L. Programa de saúde família: supervisão ou convicção? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 225-240. 2004.

JUNGES, J. R. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** 2008. Disponível em: <<http://www.revistaciencia&saudecoletiva>>. Acesso em: 07 nov. 2009.

KUMAGAI, T.S.I. **Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família sobre a Atenção em Saúde Bucal à Gestante.** 2005. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Curso de Pós-Graduação Lato

Sensu em Saúde da Famí) - Escola de Saúde Pública "Dr Jorge David Nasser". Disponível em: <<http://www.universia.om.br>> Acesso em: 29 set. 2009.

LEVY, F. M.; *et al.* Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan./fev. 2004.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2009.

MOTTA, J. I. J. *et al.* Educação permanente em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2002.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, , p. 1809-1811, nov./dez. 2002.

MOSQUERA, J. **A educação no terceiro milênio**. Educação, Porto Alegre, v. 26, p. 43-58, 2003.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: _ Organização Pan-Americana de Saúde. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema de saúde**. Brasília: OPAS, 1997.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do ACS entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista". **Interface. Comunic, Saúde, Educ.** v. 6, n.10, p. 75-94. 2002.

NUNES, E. D. **A doença como processo social**. In: CANESQUI, A.M. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: FAPESP/ Hucitec, 2000.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA, A. G. B. *et al.* Gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial. **Cienc Cuid Saúde**. v. 7, n. 3, p. 376-384. jul./set. 2008.

PARANAGUÁ, T. T. B. *et al.* As práticas integrativas na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar; v.17, n.1, p. 75-0. 2009.

SILVA , J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface. Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

SOUZA, H. M. Entrevista com a diretora do Departamento de Atenção Básica-SPS/MS. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 53, p 7-16, dez. 2000.

TOMAS, J. B. C. O Agente comunitário de saúde não deve ser um "Super Herói". **Interface. Comunic Saúde Educ**; v. 6, n. 10, p. 75-94. 2002.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 429-435. abr./jun. 1998