

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: relato de
experiência

SAMARA JANE CAMPOS ANACLETO ALVES DE ARAÚJO

GOVERNADOR VALADARES-MINAS GERAIS

2011

SAMARA JANE CAMPOS ANACLETO ALVES DE ARAÚJO

CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: relato de
experiência

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

GOVERNADOR VALADARES-MINAS GERAIS
2011

SAMARA JANE CAMPOS ANACLETO ALVES DE ARAÚJO

CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: relato de
experiência

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

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Eliane Aparecida Villa

Aprovado em Belo Horizonte ___/___/2011

Aos meus mestres Ayla e Rizioneide que tanto me auxiliaram nesta jornada. Aos meus filhos, em especial ao meu filho André, meu maior incentivador e sempre presente em minha vida!

Dedico este trabalho a Deus, que faz todas as coisas acontecerem em minha vida. Somente a Ele, honra e glória! A todos que, como eu, são apologistas da Estratégia de Saúde da Família. À minha equipe com quem muito aprendi e a quem tive a hora de ensinar para podermos criar, a cada dia, um novo saber.

RESUMO

Este trabalho foi realizado com o escopo de apresentar um relato de experiência acerca do Curso de Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde do PSF Zuleica de Araújo Lopes, no município de Divino das Laranjeiras, situado na região leste do Estado de Minas Gerais. Foram utilizados dois alicerces principais: o primeiro, uma revisão bibliográfica e o último, uma avaliação com os agentes capacitados. Na revisão da literatura pretendeu-se mostrar como funciona a atenção primária, seus precedentes e os requisitos para seu bom funcionamento, no caso prático, a educação continuada da equipe de saúde da família. Na avaliação do curso pelos agentes, foi feita uma análise de dados secundários registrados no relatório de avaliação da capacitação que continha a percepção desses agentes sobre a atualização a que foram submetidos. Pode-se verificar a amplitude e o valor agregado ao serviço público de saúde pela promoção da educação continuada em saúde, que deve ser praticada sempre. O Agente Comunitário de Saúde é o principal laço entre o serviço público de saúde e o seu usuário/cliente, por isso deve ser dotado de ferramentas que lhe possibilitem entender melhor a ponta mais frágil do serviço para que aja um atendimento plenamente integral, que atenda aos anseios da população de sua área de atuação.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde. Capacitação. Agentes Comunitários de Saúde. Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

This work was carried out with the aim of presenting an account of experience on the Training Course for Community Health Team in Basic Health Unit of the PSF Zuleica Lopes de Araujo, in City of Divino das Laranjeiras, located in the eastern state of Minas Gerais. We used two main pillars: first, a literature review and an evaluation with the agents trained. In the literature review was intended to show how it works primary care, its record and the requirements for their good operation in the practical case, the continuing education of health team family. In the course evaluation by the agents, an analysis of secondary data in the evaluation report of training that contained the perception of these agents on the update that were submitted. You can check the extent and value-added service public health by promoting continuing education in health, which should always be practiced. The Community Health Agent is the main loop between the public health service and its user / customer, so should be provided with tools that allow them to better understand the point weakest act of service for which a fully comprehensive service, that meets the aspirations of the population in its area of operation.

KEY WORDS: Primary Health Care Training. Community Agents Health. Continuing Education in Health.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVO	13
4 DESENVOLVIMENTO	14
4. 1 Revisão bibliográfica	14
4. 2 Relato da experiência educativa junto aos ACSs	17
4.2.1 Avaliação do Curso de Capacitação do Agente Comunitário de Saúde de Divino das Laranjeiras	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Quando realizei meus estágios curriculares do curso de graduação em enfermagem tive a oportunidade de vivenciar o trabalho das equipes de saúde da família e, em especial, o dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tal experiência foi muito gratificante para a minha formação profissional.

Tão logo me formei fui trabalhar no município de Divino das Laranjeiras como enfermeira de uma equipe de saúde da família e novamente me deparei com o trabalho dos ACS na promoção da saúde junto às famílias residentes no território da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Em 2008 participei do processo seletivo para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) e fui selecionada. No início fiquei temerosa com a forma como o curso seria desenvolvido, pelo fato de nunca ter participado de um curso a distância. No decorrer do curso, entretanto, com a participação da minha tutora, verifiquei que estava sendo acompanhada e direcionada dentro de uma nova metodologia de aprendizagem. Foi de fato uma rica experiência e uma oportunidade ímpar, posto que se tivesse que fazer um curso de pós-graduação presencial seria para mim, naquele momento, um grande sacrifício, pois teria que sair do meu trabalho para viver em outra cidade.

No transcorrer da realização das disciplinas, principalmente quando realizei as disciplinas processo de trabalho em saúde (FARIA *et al.*, 2009) e modelo assistencial e atenção básica à saúde (FARIA *et al.*, 2010) fui verificando que muitos dos problemas identificados quando da realização do diagnóstico situacional eram originados pela falta de organização do processo de trabalho pela equipe e da não concepção da mudança do modelo assistencial proposto pela estratégia saúde da família.

Por outro lado, o trabalhar com os ACSs também foi algo novo, quando se deseja articular a participação das famílias adscritas ao território da equipe no processo de

trabalho e ainda priorizar os problemas oriundos da comunidade no planejamento das ações de saúde.

Analisando os problemas identificados quando da realização do diagnóstico situacional do território da UBS, retomei a um problema que havíamos trabalhado juntamente com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que foi a capacitação dos ACSs e que tive a oportunidade de participar como instrutora.

Para a realização deste trabalho optei por fazer o relato de experiência sobre a capacitação dos ACSs do município onde atuo com enfermeira da equipe de saúde da família e à época em que fui instrutora do processo de capacitação dos ACSs.

2 JUSTIFICATIVA

O relatório final da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978, de acordo com Santos e Gusmão (2010), afirmou, entre outras, que os cuidados primários de saúde seriam os meios principais para que todas as populações do mundo pudessem alcançar um padrão aceitável de saúde em um futuro próximo.

Nos últimos anos, a principal forma de ampliar a oferta de serviços de saúde no Brasil, se deu pela priorização da atenção básica e com a mudança do financiamento (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2011).

Por muito tempo, os serviços de saúde foram voltados para atender a doença que o usuário apresentava. A procura pelos serviços de saúde se dava, praticamente, por demanda espontânea.

Segundo Coriolano e Lima (2010), têm-se observado mudanças no modelo assistencial de saúde no Brasil, o qual começa a deixar lado exclusivamente o modelo hospitalocêntrico para assumir uma face mais preventiva e de ação multidisciplinar.

Os mesmos autores ainda destacam que surge, em 1994, uma nova forma de organização da Atenção Primária em Saúde, ou seja, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), constituído por uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, técnicos de enfermagem e ACSs.

Galavote *et al.* (2007), afirmam que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o elo singular de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde. Forma pela qual, o trabalho é em equipe e esse trabalhador é o principal interlocutor entre os clientes da área adscrita e os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF).

No Brasil a experiência de trabalhar com leigos atuando nos programas de promoção à saúde não é recente. Os movimentos sociais da Igreja e do próprio governo federal, como exemplo, a Pastoral da Saúde e o Programa de Interiorização

das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado para ser implantado na região nordeste do país, onde preconizada a utilização de pessoas recrutadas nas próprias comunidades a serem beneficiadas com as ações do programa. Esse último não foi exitoso, mas deixou uma experiência com o trabalho de leigos na promoção da saúde (SOUSA, 2001).

A inclusão dos visitantes sanitários e dos inspetores de saneamento vinculados aos projetos de campanhas de saúde pública no Brasil, no início do século XX, para atuarem no controle da peste bubônica e na erradicação da febre amarela e posteriormente, no controle das endemias proporcionou aos governos uma vasta experiências com esses trabalhadores preparados para atuarem em problemas focais que afligiam as comunidades e com as políticas públicas do país (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2011).

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve seu início no nordeste brasileiro:

[...] foi motivada pela existência de indicadores de doenças, carências, pobreza e miséria; os municípios dessa região abrigavam todos os males de exclusão social, uma concentração e aceleração na implantação do PACS resultariam em maior impacto, em curto e médio tempo (SOUSA, 2001, p.50).

A Carta de Ottawa, de 1986, define promoção de saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, além de propor estratégias para implementar o processo, entre as quais, elaboração de políticas saudáveis e reforço da ação comunitária (SANTOS e FRACOLLI, 2010).

A definição dos territórios como a ferramenta organizacional do processo de trabalho das equipes de saúde é de fundamental importância para o reconhecimento das necessidades da população e para a oferta de ações de saúde.

Monken e Barcellos (2005) afirmaram que o território apresenta muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil próprio e se expressa num espaço em

permanente construção. Complementaram, ainda, dizendo que o território é uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças.

Dentro deste modelo, segundo Coriolano e Lima (2010), o ACS surge para fazer a ligação entre a comunidade e o sistema local de saúde, pelo fato do mesmo ser representante da comunidade onde atua e ter contato direto com os problemas da comunidade, ou seja, reconhecem o território em que atuam.

Essas autoras ao afirmarem que o cotidiano dos ACSs abrange desde ações de cunho burocrático até a convivência com as famílias da área adscrita, com isso lhes concedem um certo apoderamento das condições de vida dessas famílias, que são colocadas sob sua responsabilidade de vigilância

Santos e Fracolli (2010) encerram grifando que prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário, prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades e promoção de saúde são, em sua maioria, realizados pelo ACS.

3 OBJETIVO

Relatar a experiência de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde realizada no município de Divino das Laranjeiras.

4 DESENVOLVIMENTO

Para fundamentar e sistematizar a experiência no processo de capacitação dos ACSs, optou-se por primeiramente fundamentar por meio de uma revisão bibliográfica a importância da capacitação do ACS para que ele de fato possa contribuir na organização da assistência às famílias no território das Unidades Básicas de Saúde. A seguir, descrever de forma sucinta a experiência no processo de capacitação do ACS a partir dos dados da avaliação realizada por eles.

4.1 Revisão bibliográfica

Os investimentos nos processos de educação permanente para os profissionais de saúde que atuam na atenção básica são importantes para minimizar o distanciamento que ainda se verifica na formação dada pelas instituições de ensino e os reais problemas que afetam saúde das famílias nas comunidades que buscam os serviços básicos de saúde. A população também precisa receber informações de como se autocuidar para evitar danos a sua saúde. Em relação ao ACS o processo de educação permanente se mostra como uma condição primordial ao exercício de suas atividades, pelo fato da preparação deles para o trabalho ocorrerem no processo de trabalho.

Assim, como destacaram Galavote *et al.* (2010), o ACS necessita de ferramentas e habilidades que lhes superem o conhecimento técnico, permitindo avançar também no campo social de cada família assistida.

Nessa perspectiva, Peduzzi (1998) revela que o trabalho em saúde configura-se como um trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo (a saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade.

As políticas de saúde que incorporam o ACS nos serviços básicos de saúde tiveram sempre a preocupação que esses trabalhadores deveriam atuar nas áreas mais carentes, introduzindo práticas de promoção de saúde com enfoque na família e não no indivíduo, bem como uma visão de saúde integrada com a comunidade, numa

abordagem mais ampla e não centrada unicamente no médico (VIANA e DAL POZ, 1998).

Quando o Ministério da Saúde em 1994 incorporou o ACS no trabalho da equipe de saúde da família, vislumbrou a possibilidade de esse trabalhador, dada a sua experiência no PACS no nordeste brasileiro, realizar ações que promovam o fortalecimento da comunidade e amplie a capacidade dessa para o enfrentamento de seus problemas de saúde (CHIESA e FRACOLLI, 2004).

Tomaz (2002) aponta que o ACS deve ser alguém que se identifique, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, com relação à cultura, linguagem e costumes, o que deve fomentar, inclusive, as discussões referentes ao nível de escolaridade que necessitam ter os ACSs, pela crescente incorporação de responsabilidades e competências à sua prática, com um novo perfil político e social.

Já Merhy (2003), diz que o trabalho em saúde está sempre vinculado a uma face humanitária, que deve ser incorporada às tecnologias leves, formadoras de relações e intercessões.

Silva e Dalmaso (2002) afirmam que entender as pessoas que habitam a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) permite ao ACS ter um conhecimento amplo da realidade local e do modo de vida dos indivíduos, enriquecendo as relações e o vínculo com o usuário.

Com o objetivo de conhecer a prática do trabalho do ACS, Lunardelo (2004), conclui que esse profissional fortalece o acolhimento e resgata a integralidade do cuidado, muitas vezes oferecendo à população seu perfil solidário e acolhedor.

Neste sentido e procurando dotar o ACS de uma capacidade mais técnica e profissional, é que os trabalhos de Mota e David (2010) mostram mudanças no perfil de escolaridade desse trabalhador, concluindo-se que o ACS é um trabalhador que busca alternativas de escolarização e formação profissional. Defende-se a ampliação da escolaridade e o ensino técnico como processo para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Porque o ACS é um dos principais atores da ESF, Brito e Domingos Sobrinho (2009) destacaram que a educação em saúde para os ACS constitui mais do que uma simples educação formal ou pedagógica necessária, mas sim uma verdadeira qualificação profissional e que deve ser constantemente praticada para uma efetiva atuação no serviço de saúde. Afirmam ainda que o ACS não educa o povo só em saúde, mas também cidadania, levando-lhes benefícios e também fazendo saber de seus direitos.

Tais ações de educação permanente em saúde devem ser intersetoriais, onde os profissionais da ESF devem atuar, pois devem sempre reorientar o modelo assistencial, a partir das demandas individualizadas de cada usuário (COSTA *et al*, 2009).

Nunes *et al.* (2002, p. 1640), afirmam que o pertencimento a uma equipe de saúde e a formação que eles recebem em serviço *“lhes dá um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular, o que lhes confere prestígio social”*

Assim, sendo certo que o ACS promove de fato a integração serviço-cliente, sendo o responsável mais direto pela promoção de saúde, é que se justifica o presente relato da experiência com esses atores que integram a Equipe de Saúde da Família do PSF Zuleica de Araújo Lopes, em Divino das Laranjeiras, Minas Gerais.

A literatura pesquisada nos mostrou a importância desse trabalhador para a mudança do modelo assistencial, para a efetiva participação da comunidade no serviço de saúde e da necessidade da educação permanente não apenas para o ACS para todos os profissionais de saúde.

4. 2 Relato da experiência educativa junto aos ACSs

O município de Divino das Laranjeiras situa-se no Vale do Rio Doce e possui 5.092 habitantes, conta com duas equipes de saúde da família e onze Agentes Comunitários de Saúde. Essas duas equipes de saúde cobrem 100,0% da população do município.

Desde a implantação das equipes de saúde da família, fala-se muito em humanização, acolhimento, levantamentos de dados, dentre outros itens como sendo de grande relevância para o êxito do trabalho na comunidade.

Da maioria dos ACSs que atuavam nos municípios mineiros, de acordo com os dados da pesquisa realizada por Barbosa (2006), 67,9% tinha os seus vínculos de trabalho firmados por contratos administrativos. Isso significava que ao término do mandato político da gestão municipal esses eram dispensados ou recontratados por outro período, determinado nos contratos administrativos. O município de Divino das Laranjeiras não era diferente, à época.

Esses trabalhadores têm papel relevante para o êxito da estratégia saúde da família e, na maioria das vezes, não têm sequer materiais suficientes para a execução efetiva do mesmo.

Esses ACSs na sua grande maioria não tinham experiências de trabalho com problemas de saúde e com vinculação em territórios, posto que muitos foram incorporados aos serviços de saúde por indicação política. Muitos, apesar da forma como foram inseridos na equipe de saúde da família, eram proativos e exigiam capacitações para desenvolverem bem as suas atividades. O treinamento inicial desses trabalhadores era quase que exclusivamente voltado para colher dados para fazer o cadastro da população e, de responsabilidade do enfermeiro à sua execução.

Trabalhando de forma empírica, esses trabalhadores motivados e entusiasmados com o novo paradigma, sempre me cobravam capacitações. A pouca experiência da

minha equipe em fazer capacitações com metodologias mais inovadoras, muitas vezes, nos faziam sentir incompetentes para ajudar os ACSs transpor as dificuldades geradas no processo de trabalho dos mesmos.

No ano de 2005 solicitei à Gerência Regional de Saúde (GRS) de Governador Valadares, uma capacitação desses ACSs ou mesmo, um treinamento para os enfermeiros assumirem a responsabilidade de fazê-la, mas, por vários motivos, só tivemos acesso ao curso de capacitação do ACS no ano de 2008.

A nossa capacitação ocorreu em Belo Horizonte na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Pouco a pouco fomos nós mesmas compreendendo e incorporando muito conhecimento que estava além de nosso conhecimento acadêmico apreendido durante a nossa formação profissional. Assim sendo, começamos a criar recursos para que a aprendizagem deixasse de ser mera formalidade contextual e se unisse à prática na problematização diária.

Passamos a compreender que existia uma grade curricular a ser cumprida pela ACS e que o treinamento inicial seria de 400 horas e as atividades de dispersão seriam realizadas no local de trabalho dos mesmos. Haveria momentos em que todos estariam juntos num processo de construção coletiva, e em outros, de dispersão, seria o momento de aproximação da teoria com a prática.

Iniciamos de imediato, a nossa capacitação, o curso para os ACSs e, conseguimos o apoio dos outros profissionais da equipe para dar suporte e tínhamos a certeza de que, quando tudo terminasse as idéias e os conhecimentos adquiridos se ampliariam e que, ao solicitarmos qualquer intervenção nas famílias, seríamos imediatamente compreendidos, facilitando assim, o trabalho de toda a equipe e melhorando a qualidade do atendimento.

Para melhor utilizar os recursos humanos e dos investimentos financeiros, as turmas de ACSs foram formadas com a participação de ACSs de municípios circunvizinhos que nos momentos de concentração se reuniam em um dos municípios para as discussões da fundamentação teórica e as atividades de dispersão ocorreram nos territórios de origem dos ACSs.

Durante o processo de capacitação sempre tivemos o suporte de uma tutoria da Escola de Enfermagem da UFMG, nos momentos presenciais. Sempre foram ricos esses momentos pelos depoimentos dos participantes do curso. Muitas ACSs que eram tímidas e ainda não sabiam se era aquilo mesmo que desejavam com trabalho, tiveram a oportunidade de se exporem para sanarem suas dúvidas em relação a sua profissão e ao seu trabalho junto as famílias.

Como nos demais municípios de Minas Gerais a maioria das ACSs é do sexo feminino. Em Divino das Laranjeiras, 100,0% dos ACSs são mulheres.

Com a realização do curso aquela que era tímida, se soltou mais, aprendeu a falar em público, se tornou mais ousada na visita domiciliar e compreendeu assim como as outras, o real valor do seu trabalho junto à população.

Com a aquisição de conhecimentos e a melhoria da escrita, aumento da capacidade cognitiva, entendimento maior do seu contexto tanto na equipe quanto no dia a dia junto à população, hoje consigo ver pessoas mais preparadas não só para essa profissão como também para voar mais alto.

Durante todo o curso elas foram incentivadas a pensar, questionar e valorizar-se mais. Atualmente a maioria delas está concursada e serão efetivadas muito em breve. Sonham em fazer uma Faculdade e já sabem lidar bem com o computador. Não se encabulam mais nas visitas quando são questionadas ou até mesmo quando são, de alguma forma, pressionadas, pois têm bagagem suficiente para compreender os fatos e não se sentirem humilhadas como acontecia anteriormente.

Planejam ações, se unem aos setores da comunidade para angariar fundos e organizam palestras, conferências e estratégia dentre tantas outras coisas que poderia.

Junto com minha equipe, mais do que a certeza de dever cumprido, entendi que quem mais ganhou nessa história foi a população e que juntamente com elas toda a equipe aprendeu.

4.2.1 Avaliação do curso de capacitação do Agente Comunitário de Saúde de Divino das Laranjeiras

Foi com muito orgulho que recebemos os resultados do nosso trabalho no curso de capacitação. Pelos dados que nos foram repassados pela instituição responsável pelo curso, verificou-se que:

- a maioria dos ACSs considerou que as atividades do curso lhes possibilitou um melhor relacionamento com a instituição de serviço e ainda foram importantes para o seu crescimento pessoal;
- a metodologia utilizada no curso foi adequada para integrar a teoria com a prática e ainda foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos no trabalho diário junto às famílias, com mais segurança e competência;
- externaram que aprenderam a fazer análise e síntese das situações estudadas e ainda aprenderam a identificar problemas de saúde e priorizá-los dentro do contexto de cada família sob sua responsabilidade;
- aqueles que ainda não tinham uma identidade firme com o fazer do ACS destacaram que o curso veio clarear a importância do trabalho dos mesmos e assim entenderem que era aquilo que desejavam ser na vida;
- por último, ressaltaram as dificuldades vivenciadas para fazer o curso pela ausência de transporte entre os municípios e a alimentação nos dias de concentração foi para muitos um sacrifício ter que buscar alternativas, as vezes, onerosas e de difícil acesso para eles.

Para os ACSs do município de Divino das Laranjeiras o curso foi uma oportunidade ímpar para prepará-los o desenvolvimento de suas atividades com maior conhecimento e segurança. Aqueles que fizeram essa primeira parte, têm-nos cobrado a continuidade da capacitação.

Nós enfermeiros que participamos como instrutores, fomos também beneficiados com a capacitação porque aprendemos a trabalhar com uma nova metodologia que valoriza os conhecimentos que já temos e nos possibilitam a construção de outros coletivamente. A ação/reflexão/ação é a base da metodologia da problematização e assim continuamos construindo novos saberes a partir da nossa prática e sempre contando com os demais profissionais da equipe de saúde da família do município.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste sentido, o curso de capacitação dos ACSs do PSF Zuleica de Araújo Lopes, de Divino das Laranjeiras, veio como mola propulsora do trabalho destes atores sociais da saúde, sendo estes os mais próximos à comunidade.

Embora atuando em um Município de pequeno porte os ACSs já chegaram com bagagem de conhecimento da população, entretanto, tal conhecimento se limitava apenas ao campo da convivência comunitária, o que ajudava, mas não bastava. Era preciso haver um conhecimento mais técnico, que proporcionasse uma visão mais científica dos problemas que eram conhecidos pela equipe.

Ainda segundo Galavote et al. (2007), a produção de saberes e as práticas dos ACSs devem propiciar infindáveis possibilidades da relação com o outro e consigo mesmo de forma a potencializar uma produção de saúde vinculada à cidadania, à autonomia dos sujeitos e coletividades nos modos como, no dia-a-dia, vão se construindo novas formas de viver e lidar com a vida, inclusive nos espaços institucionais em que se constroem as várias e diferenciadas modelagens do trabalho em saúde.

Por isso, a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde foi tão importante, na medida em que visou preparar esses trabalhadores para uma visão mais ampla do cenário que convivem diariamente.

Além disso, a criação de instrumentos que constituíssem em verdadeiros arcabouços para um atendimento integral e, principalmente, humanizado, foi de extrema necessidade, pois os usuários, principalmente para aqueles com mais fragilidade social, precisam se sentir seguros e bem tratados em um serviço público de saúde. Os trabalhadores em saúde devem ter em mente que estão prestando um serviço primordial e não apenas uma obrigação.

São competências básicas dos ACSs: integração da equipe de saúde com a população adscrita; planejamento e avaliação das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário e prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (BRASIL, 2004). Apoiado neste eixo, o curso de capacitação veio para dotar o ACS da capacidade de acolher, lidar com a população, alertá-la sobre riscos, ganhar a confiança da clientela, fazendo com sua ação tenha eficácia, além de entender todas as demandas sanitárias e sociais.

Em dois anos, verificou-se que a plena atuação dos trabalhos da ESF experimentou uma grande consolidação, fazendo com que a população deixasse de procurar, cada vez mais, os serviços do Hospital Municipal para atendimentos que devem ser realizados na Atenção Primária à saúde (APS). Antes disso, UBS ainda era vista como um simples posto de saúde, onde funcionava a farmácia para dispensação de medicamentos e onde a técnica de enfermagem fazia e trocava curativos.

Hoje, com a constante integração entre os serviços de saúde e as demais áreas do serviço público, como Educação e Assistência Social, a APS se tornou o grande prestador de serviços de saúde e, com a capacitação de equipe, cada vez mais humanizada.

Outro fator importante é que o ACS, como agente de maior contato com a população, é também um grande impulsionador da política de saúde. É dele, também, a responsabilidade de fazer com que os planos traçados para uma melhor cobertura e atuação das políticas sanitárias do Município dêem resultados positivos.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. C. Q.; RODRIGUES, J. **Primeiro censo de recursos humanos da atenção primária do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2004.

BRITO, S. M. O.; DOMINGOS SOBRINHO, M. Os sentidos da educação em saúde para agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 669-676, dez. 2009.

CHEISA, A.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção de saúde. **Rev Bras Saúde Família**, ed. esp., p. 42-56, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **A atenção básica que queremos**. Brasília: CONASEMS, 2011.

CORIOLOANO, M. W. L.; LIMA, L. S. Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 92-96, jan./mar., 2010.

COSTA, G. D. et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n.1, p. 113-118, jan./fev., 2009.

FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, H. P.; COELHO, I. B.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

GALAVOTE, H. S. *et al.* **Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia de Saúde da Família no Município de Vitória (ES, Brasil)**. Vitória: PMV, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n1/v16n1a26.pdf>>. Acesso em: 02 fevereiro 2011

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto**. 2004. Disponível em: <<http://www.teses.ensp.br>>. Acesso em: 3 fevereiro 2011.

MERHY, E. E., **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, HUCITEC, 2003.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho. **Revista da FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, jul./out., 2010.

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

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, FCM/UNICAMP, 1998.

SANTOS, L. P. G. S.; FRACOLLI, L. A. O agente comunitário de saúde: possibilidades e limites para a promoção de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 76-83. 2010.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 10, n. 6, 21 p., nov./dez., 2002.

SOUSA, M. F. **Agentes comunitários de saúde: choque de povo**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

TOMAZ, J. B. C. **O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói**. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/08.pdf>>. Acesso em: 02 fevereiro 2011.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis Rev Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.