



Artigo Original

## Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde em Florianópolis: necessidades e desafios

*Permanent Education to Communitarian Agents of Health: needs and challenges*

**Monica Motta Lino<sup>1</sup>**

**Gabriela Marcellino de Melo Lanzón<sup>1</sup>**

**Mariana Cabral Schweitzer<sup>2</sup>**

**Gelson Luiz de Albuquerque<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Doutoranda, Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>2</sup>Enfermeira, Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>3</sup>Professor Adjunto, Universidade Federal de Santa Catarina

**RESUMO** - Este estudo teve por objetivo compreender como se estabelece o processo educativo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Florianópolis, bem como, identificar temas para contribuir com a Educação Permanente em Saúde e transformação social. A pesquisa ocorreu no período de maio a agosto de 2007, utilizando uma abordagem quali-quantitativa. Na etapa qualitativa adotou-se como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial e a parte quantitativa caracteriza-se como transversal, com questionário estruturado, auto-aplicável. O grupo investigado foi composto por 470 ACS do município de Florianópolis distribuídos em 47 Unidades Locais de Saúde. Os dados foram coletados em 53 encontros denominados "oficinas educativas" que continham entre 8 à 10 ACS e três facilitadores. Os resultados foram organizados a partir de duas unidades de análise, a primeira, "Planejamento das ações de educação", indica que não há uma sistematização do processo educativo, para que esse seja regular, estruturado e formal. As iniciativas originam-se no nível central, configurando-se como pontuais, restritas e sem um planejamento específico. A segunda unidade de análise, "Levantamento de conteúdos de interesse para subsidiar um processo educativo formal", contou com a indicação de 1269 temas apontados pelos ACS que foram armazenados no software EpiData e avaliados no software SPSS (versão 9.0). Resgata-se o interesse em palestras acerca dos Problemas de Saúde Pública, de Promoção à Saúde, Relacionados às atividades dos ACS, ao Sistema Único de Saúde e à Estratégia Saúde da Família, bem como, é ressaltado o desejo pela formação regular como técnico de enfermagem. Os temas para Educação Permanente devem emergir da base, ou seja, dos próprios trabalhadores da saúde e comunidade, para que os problemas emergenciais sejam contemplados em todos os seus tocantes e que a educação tenha resultados positivos.

**Palavras-Chave:** Educação em saúde; Saúde da família; Saúde pública.

**ABSTRACT** - This study aimed to understand how the educational process of establishing the Community Health Agents (CHA) in Florianópolis - SC - Brazil, as well as identifying issues to contribute to the Permanent Education in Health and social transformation. The study was conducted between May to August 2007 using a qualitative-quantitative approach. The qualitative analysis was adopted as a methodological reference Convergent Care Research and the quantitative part is characterized as a cross, using a structured questionnaire, self-administered. The study group consisted of 470 CHA Florianópolis divided into 47 Local Health Units. Data were collected in 53 meetings called "educational workshops" containing 8 to 10 CHA and three facilitators. The results were organized from two units of analysis, the first, "Planning of these actions," indicates that there is no ordering of the educational process, for this is regular, structured and formal. The initiatives stem from the central level, configuring it as isolated and restricted and without a specific plan. The second unit of analysis, "Survey of content of interest to support a formal education process," he said with an indication of issues raised by the CHA in 1269 that were stored in the software EpiData and evaluated with SPSS (version 9.0). It's indicated interest in talks about the Problems of Public Health, Health Promotion, related to the activities of CHA, the National Health System and the Family Health Strategy as well as, is emphasized the desire for regular training and technical nursing. The themes for Continuing Education must emerge from the base, or the workers themselves and the health community for emergency problems that are covered in all its touching and that education has positive results.

**keywords:** Health education; Family health; Public health.

### 1. INTRODUÇÃO

Na área da saúde é fundamental vencer as barreiras que limitam o exercício da democracia e desenvolver sistemas flexíveis que reforcem a participação social e a cidadania. A educação e a disseminação da informação, portanto, são as bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, que podem

**Autor correspondente**

**Monica Motta Lino**

Doutoranda Departamento de Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Catarina – SC  
Campus Universitário – Trindade  
CEP 88040-970 – Florianópolis (SC)  
Email: [monicafioripa@hotmail.com](mailto:monicafioripa@hotmail.com)

Artigo encaminhado 2011-02-18

Aceito para publicação em 2011-05-30

fortalecer a Atenção Básica e, conseqüentemente, o Sistema Único de Saúde (SUS) em sua totalidade.

Neste sentido, esse artigo deriva de uma pesquisa que teve o intuito de contribuir na construção de uma Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis. Trata-se de relevante necessidade identificada por esse município, que veio ao encontro da execução da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP)<sup>1</sup> e Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) – Pacto pela Vida em Defesa do SUS<sup>2</sup>.

Para tanto, foi imprescindível compreender as estratégias da PNEP<sup>1</sup>, cujo objetivo principal é a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o setor da saúde, com constantes processos educativos voltados à realidade de trabalho e contexto social desses sujeitos. Essa Política visa contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas<sup>1</sup>.

A Educação Permanente aos trabalhadores da saúde pode ser compreendida como um processo de transformação na área da saúde, para que trabalhadores e usuários possam assumir maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde. A Educação Permanente em Saúde é uma das estratégias que possibilita construir um novo estilo de gestão em que os pactos para reorganizar o trabalho na gestão, na atenção e no controle social são construídos coletivamente<sup>1</sup>. Desta forma, deve considerar as necessidades de saúde no âmbito local, ou seja, a partir da lógica da equidade.

A partir dos anos 90, com a organização das ações de saúde no Brasil e a regulamentação do SUS, e com o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), as ações de saúde se voltaram para a realidade local dos usuários, seguindo a lógica dos princípios doutrinários e organizativos do SUS<sup>2</sup>.

A estratégia implementada por meio do PACS/ESF buscou introduzir uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Locais de Saúde, elegendo a família e seu espaço social como núcleo local de abordagem na atenção à saúde. Os trabalhadores da saúde podem buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde da comunidade, intervir sobre fatores de risco que a população está exposta e até promover parcerias com indivíduos e grupos. O Agente Comunitário de Saúde atua como membro da equipe de saúde, mas suas funções transcendem o campo da saúde na medida em que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se

convenciona chamar de ação intersetorial, justificando, portanto, sua importância neste estudo.

Na atenção básica, é notável a não-incorporação suficiente do conjunto de conhecimentos necessários para ocorrer uma verdadeira mudança na prática dos trabalhadores em saúde. Essa deficiência é ressaltada levando em conta o predomínio da prática assistencial tradicional. Neste âmbito, torna-se necessário ampliar as estratégias educativas aos trabalhadores em saúde para a transformação dessa realidade, não apenas na dimensão técnica como também nas relações estabelecidas, de maneira que o processo ocorra com participação coletiva, desde o seu planejamento.

Diante deste cenário, questiona-se: como se estabelece o processo educativo dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Florianópolis? Quais temas podem ser elencados para contribuir com Educação Permanente em Saúde e transformação social? Assim, o objetivo desse estudo foi compreender como se estabelece o processo educativo dos ACS do município de Florianópolis, bem como, identificar temas para contribuir com a Educação Permanente em Saúde e transformação social.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Na etapa qualitativa adotou-se como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), visto que essa é desenvolvida a partir da necessidade de resolução de uma situação-problema da prática vivenciada por seus sujeitos/pesquisadores<sup>3</sup>. Já a parte quantitativa da pesquisa caracteriza-se como transversal, com questionário estruturado, auto-aplicável.

O grupo investigado foi composto por Agentes Comunitários de Saúde do município de Florianópolis, que somaram 470 participantes distribuídos em 47 Unidades Locais de Saúde (ULS), ou seja, houve a participação de 92% do total de ACS do município em exercício efetivo durante a pesquisa. Foram realizados 53 encontros em horários de serviço dos ACS, com duração aproximada de duas horas e trinta minutos, nas dependências de cada Unidade Local de Saúde e em outros locais como o Conselho Comunitário ou de Saúde, escolas, salão de igrejas, templos, ou outros ambientes com os quais os ACS já estavam familiarizados. Cada ACS participou de um encontro, que continha entre 8 à 10 participantes (ACS) e três facilitadores.

A pesquisa ocorreu no período de maio a agosto de 2007 e foi estruturada em dois momentos: o primeiro foi realizado na forma de oficinas educativas, sendo adotada a observação participante e o diário de campo como técnicas de coleta de dados. A observação participante constituiu parte fundamental da pesquisa de campo, visto que possibilitou vislumbrar vários aspectos do

fenômeno investigado. Um facilitador responsabilizou-se pelo registro das atividades em cada oficina desenvolvida. Esse era composto por duas colunas, uma referente aos dados objetivos no qual eram descritos o número e nome dos participantes, as características do ambiente, as falas; e a outra destinada aos dados subjetivos, que destacavam as possíveis interferências na dinâmica, as características do grupo, as sensações e percepções despertadas a partir das discussões.

Como ferramentas de trabalho foram utilizadas situações-problema pautadas na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, por se tratar de um documento que desperta o debate e instrumentaliza o Agente Comunitário para atuar junto à comunidade em seu processo de empoderamento. Em meio às discussões fomentadas pelas situações-problema, as facilitadoras adentraram no objetivo do estudo, estimulando o grupo a refletir sobre o preparo que o ACS tem para atender a demanda de problemas da comunidade. Assim, algumas questões estratégicas foram ponderadas: como estava estruturado o processo de formação e desenvolvimento dos ACS para atuar na realidade de trabalho discutida nas situações-problema, como era organizada as ações e serviços de processo formativo, se existia algum incentivo por parte dos gestores municipais nesse aspecto, se sentiam necessidade e consideravam pertinente a estruturação de um processo educativo regular e formal, entre outras questões para alcance dos objetivos de pesquisa.

A análise dos dados seguiu a trajetória da PCA, incluindo quatro processos genéricos de pesquisa qualitativa: apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Na apreensão foram registradas informações relacionadas pelos ACS relacionados ao objetivo do estudo de forma organizada para proceder posteriormente a codificação. Nesse processo, os registros foram anotados em ordem cronológica com data e número da observação e identificação dos participantes. A partir da reflexão e releitura das informações foram encontrados termos que representavam o assunto, sendo estes agrupados por pontos de convergência, dando seqüência ao processo de categorização. Durante a síntese foram realizadas associações e variações das informações a respeito do processo formativo dos participantes. Essa etapa envolveu profundo trabalho intelectual para atingir familiaridade entre os grupos investigados. O processo de teorização englobou a interpretação dos dados, geração de questionamentos e hipóteses, bem como, fundamentação teórica na literatura sobre Educação Permanente em Saúde. A transferência dos resultados da pesquisa consistiu na contextualização dos achados sobre EPS em situações similares sem que ele fosse compreendido como poder de generalização. Ao contrário, a intenção foi socializar um

resultado singular e arriscar apontar novas formas de atuação em saúde<sup>3</sup>.

A intenção do debate nas oficinas educativas com os ACS foi oportunizar um momento de reflexão, adentrando além de questões técnicas, mas também subjetivas, de relação interpessoal e de humanização dos serviços, voltada ao contexto de trabalho dos ACS e para transformação da realidade identificada. Assim, não se quer apenas bons técnicos, mas boas equipes, capazes de serem criativas no pensar, no sentir, no querer e no atuar<sup>4</sup>.

O segundo momento, caracterizado pela etapa quantitativa, ocorreu ao final da oficina educativa. Foi solicitado aos ACS que preenchessem um instrumento individual, estruturado e auto-aplicável, indicando temas de interesse com relação ao contexto de trabalho deles, contendo a seguinte questão: Que assuntos você acredita que poderiam colaborar com o seu trabalho diário junto à comunidade? Os participantes poderiam indicar quantos temas quisessem. O banco de dados foi montado no software EpiData e avaliados no software SPSS (versão 9.0). Para a análise dos dados, os temas indicados foram agrupados em grandes temáticas conforme critério de pertinência e semelhança, sendo apresentados no texto segundo a ordem de frequência.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – CEP/UFSC, protocolo nº 050/2007. Foram assegurados a todos os envolvidos o anonimato e a liberdade de participação no estudo, bem como, a desistência a qualquer momento, sem acarretar qualquer tipo de dano. Neste sentido, todos os sujeitos desse estudo que aceitaram participar da pesquisa firmaram vínculo formal por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme observação dos preceitos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Em respeito ao anonimato dos participantes, seus depoimentos foram identificados com o codinome “ACS” seguidos por um número arábico que foi atribuído a cada indivíduo para o registro no questionário, bem como no diário de campo. Exemplo: ACS1, ACS2, ACS3, etc.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Intentando compreender como se compõe o processo educativo dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Florianópolis, os resultados foram organizados a partir de duas unidades de análise: “Planejamento das ações de educação” e “Levantamento de conteúdos de interesse para subsidiar um processo educativo formal”.

#### 3.1 Planejamento das ações de educação

A proposta de operacionalização do PSF em Florianópolis foi aprovada no Conselho Municipal de Saúde em 1994,

sendo que, a partir de 1996 as equipes foram progressivamente implantadas nas unidades de saúde. Inicialmente, os ACS que adentraram a implantação foram contratados pelos Conselhos e Associações de Bairro, refletindo a organização e envolvimento das comunidades na busca por melhorias para os seus moradores. Na época, essas equipes e os ACS contratados foram submetidos a cursos introdutórios do PSF realizados pela secretaria de saúde, em momentos diferentes, isto é, os profissionais das unidades foram separados dos ACS<sup>5</sup>. No entanto, após o curso introdutório, os ACS relataram que não percebem uma estrutura de atividades freqüentes e continuadas voltadas para formação e acompanhamento de suas ações.

A gente recebe o treinamento da secretaria quando chega, mas depois não tem nenhuma atividade, assim, formalmente estruturada. Alguns colegas nem receberam esse treinamento inicial, não sei o porquê, mas aí a gente que passou tudo pra eles, informalmente. (ACS 274)

Ao contrário dos outros membros da equipe, legalmente o Agente Comunitário de Saúde não precisa ter conhecimentos prévios na área. Depois de aprovado na seleção, ele recebe treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão de seu enfermeiro instrutor /supervisor. 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<sup>6</sup>.

Desde o início da década de 90 ficou definido pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Municipais de Saúde, que esses trabalhadores, independentemente do nível de escolaridade, deveriam cumprir requisitos de residir há pelo menos dois anos na comunidade atuaria; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades<sup>7</sup>. Ou seja, não há uma exigência mínima formal de escolaridade, o que põe em foco o preparo que esses trabalhadores têm para atuar junto a comunidade e a importância das iniciativas de educação formal que os supervisores ou secretaria têm desenvolvido para qualificar o processo de trabalho na saúde da família.

Do ponto de vista prático, a Educação Permanente em Saúde é potencial desencadeador de mudanças de ordem conceitual e operacional nas atividades dos profissionais envolvidos. O ACS é membro 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. Assim, se torna necessário pensar sobre duas expectativas diversas ou complementares: o Agente como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à

saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao auto-cuidado – dimensão mais ético-comunitária - e o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social<sup>8</sup>.

Nesse âmbito, as ações de formação e acompanhamento dos ACS no município de Florianópolis no que tange o planejamento prévio das ações/atividades se apresentam pouco estruturada e pode ser ilustrada por meio dos relatos dos participantes.

Às vezes, aparece um ou outro curso, mas não são bem específicos pra gente, é pra toda equipe ou aberto pra comunidade. (...) E nem sempre temos liberação para participar, principalmente em época de campanha [de vacinação]. (ACS 371)

A inserção dos ACS como um membro da equipe de ESF tem impacto no debate e no desenho da mudança do modelo de atenção à saúde<sup>9</sup> e na definição do cuidado em saúde. Neste contexto o ACS tem como função<sup>10</sup> 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.

As iniciativas de educação aos trabalhadores da saúde em Florianópolis vêm sendo desenvolvidas e orientadas por uma pauta estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde, que por sua vez está ligada às diretrizes de diferentes secretarias ou programas do Ministério da Saúde<sup>11</sup>. Assim, as ações educativas realizadas junto aos ACS são promovidas a partir de uma perspectiva macro para as Unidades Locais de Saúde, com enfoque inespecífico. Não há, portanto, uma preocupação em trabalhar temas emergidos da realidade prática vivenciada no contexto social da comunidade e desses trabalhadores.

Existem, ainda, divergências entre o diálogo estabelecido entre a gestão e os trabalhadores da saúde<sup>12</sup>. Há um consenso entre os ACS quanto à falta de estímulo por parte da SMS – que muitas vezes apenas encaminha capacitações obrigatórias e padronizadas nacionalmente, pela gestão tripartite. Neste aspecto, desconsidera ações mais próximas às necessidades locais de saúde da população conforme preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Há um descompasso, portanto, que precisa ser repensado: o planejamento das ações de educação em saúde precisa ser vislumbrado a partir da necessidade local em saúde.

As capacitações que a gente tem são sobre questões mais gerais de vacinação ou sobre a dengue. Não agüento mais ouvir sobre dengue, dengue (...). Aí o pessoal nem se estimula mais a ir (...). Tem outras

questões que seriam muito mais importantes de ser trabalhadas aqui na comunidade; coisas da vida básica, da nossa realidade de trabalho, que parece muito distante do que o palestrante fala. (ACS 37)

A partir do diálogo construído junto aos ACS é possível identificar que não há uma sistematização do processo educativo, para que esse seja regular, estruturado e formal. As iniciativas são pontuais e restritas ao que vem de nível central, sem um planejamento específico. Para que seja estabelecida uma política institucional de Educação Permanente em Saúde no âmbito da atenção básica, são necessários alguns esforços por parte dos trabalhadores, da SMS e da ULS. Entre eles, identificar temas de interesse dos ACS e, conseqüentemente necessidades da comunidade adstrita na área de abrangência da ULS.

### 3.2 Conteúdos de interesse para subsidiar um processo educativo formal

Em acordo com a solicitação do instrumento de pesquisa em indicar  *cursos, conferências e palestras*, os ACS contribuíram com uma variedade de 1269 indicações de temas, distribuídos em diversos focos de interesses, que foram sistematizados em duas grandes temáticas: 1) Conferências, palestras e oficinas; e, 2) Formação regular/complementar (cursos). Essas temáticas são apresentadas a partir de um agrupamento por frequência, conforme é possível verificar na tabela 01.

**Tabela 01:** Distribuição de temáticas indicadas por Agentes Comunitários para a realização de um processo educativo formal, segundo frequência

<b>Temática 01: Conferências, palestras e oficinas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Problemas de saúde pública	386	30,42
Promoção da saúde	283	22,30
Relacionados às atividades dos ACS	191	15,05
SUS e ESF	169	13,32
<b>Temática 02: Formação regular/complementar</b>		
Educação/Ensino	144	11,35
Enfermagem	96	7,57
<b>TOTAL</b>	<b>1269</b>	<b>100</b>

### 3.3 Conferências, palestras e oficinas

Os temas indicados foram agrupados conforme critério de pertinência e semelhança.

#### 3.3.1 Problemas de Saúde Pública

Denominados como problemas de saúde pública, foram indicados como necessários os temas  *drogas, violência e patologias da comunidade*. É percebido que os ACS identificam a necessidade de discutir problemas inseridos no contexto social em que atuam. Ao se relacionar o tema  *drogas* é importante ressaltar que, além da indicação de discutir drogas ilícitas, foram englobadas as drogas lícitas, como o tabaco e o álcool. Além disso, estes temas já foram citados por outros ACS como problemas de saúde<sup>13</sup> que atingem grande parte

da população e que necessitam mais atenção por parte das autoridades.

A partir do momento em que os ACS dialogarem sobre o abuso do consumo do álcool e outras drogas, zonas de risco e contexto geral destes dependentes químicos, será possível questionar sobre estigmas relacionados ao estereótipo  *alcoólatra, drogado, bêbado de sarjeta*, bem como  *pessoa fraca, sem caráter* ou de  *pouco moral*<sup>14</sup>. A discussão sobre o fenômeno das drogas na comunidade poderá auxiliar estes trabalhadores da saúde a entender que o uso problemático destas substâncias é uma condição de enfermidade, que é legitimado no âmbito das responsabilidades dos serviços de saúde, para então, ser facilitado uma postura mais ativa e responsável pelo enfrentamento destas situações.

O tema  *drogas* foi tão citado quanto o tema  *violência* visto ser situações intimamente relacionadas. Muitas vezes, o entendimento sobre  *drogas* é reduzido apenas como mercadoria<sup>15</sup>, sendo dispensada pouca atenção à violência, que é conseqüência de seu consumo e de uma conjuntura social, política e econômica. A violência social decorrente de tráfico foi o tema mais citado neste tocante, mas também houve indicações de violência sexual, familiar, à criança ou adolescente e à mulher. Houve variação desde uma perspectiva adscrita à violência física até assédio moral, que pode ocorrer em casa, na rua, no trabalho e deve ser mais discutido, visto ser crescente na sociedade, ter relevância e pertinência atualmente. Abordar estas temáticas na atenção básica pode contribuir na busca de soluções envolvendo os trabalhadores da saúde.

Já no tema  *patologias da comunidade*, foi identificado o interesse dos ACS em conhecer sobre doenças transmissíveis, assim descritas de forma ampla; bem como outras patologias bem definidas, como: distúrbios cardiovasculares, insuficiência renal, câncer, dengue e verminoses. Esta realidade vem ao encontro da discussão despertada a partir de uma pesquisa realizada em São Paulo<sup>16</sup>, cujo resultado indica uma contradição entre os ACS, sujeitos do estudo, visto que alguns compreendem não ser sua função conhecer o diagnóstico dos pacientes ou fornecer informações sobre tratamentos, medicamentos e resultados de exames, executando um papel mais voltado à prevenção, enquanto outros ACS da mesma pesquisa entendem ser necessário ter maior conhecimento sobre as patologias e agravos à saúde dos usuários para poder auxiliar e ter mais credibilidade na comunidade.

Superar obstáculos, apesar das limitações, situando os trabalhadores de saúde aos reais problemas da população significa dialogar continuamente as concepções vigentes da organização do sistema, na busca de melhoria da atenção ao usuário e na prática de controle social. Para aproximar a realidade dos

princípios do SUS, centrados em ação integral aos sujeitos, é indispensável o contínuo aperfeiçoamento dos profissionais, que muitas vezes, atuam como multiplicadores do conhecimento e, portanto, do modelo de saúde pretendido. Neste sentido, a Educação Permanente se insere como a alternativa promotora de ações transformadoras na saúde, que implica na superação de conceitos e de práticas sociais que, apesar de predominarem a muito tempo, não tem se demonstrado eficientes.

### 3.3.2 Promoção da saúde

Os temas mais citados foram respectivamente: *terapia complementar*, *alimentação adequada* e *hábitos saudáveis de vida*. No item *terapia complementar*, houve grande procura pelos temas ervas, massoterapia, ioga e acupuntura.

Os três itens *terapia complementar*, *alimentação adequada* e *hábitos saudáveis de vida* indicam forte inclinação do incentivo à mudança de costumes rotineiros para práticas voltadas à melhoria da qualidade de vida, com redução de fatores de risco para o surgimento de novas doenças e agravamento de doenças crônicas, tendo, portanto, enfoque preventivo. Esta visão é bem voltada ao trabalho educativo exercido pelo ACS em exercício com a comunidade. Neste sentido, o ACS atua como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde<sup>8</sup>.

A complexidade e a dimensão dos desafios colocados aos ACS podem ser ilustrados quando se toma a caracterização, por exemplo, da competência Promoção da Saúde em seu cotidiano de trabalho. Compreende a atuação na sua área de abrangência através do desenvolvimento de trabalho educativo, do estímulo à participação comunitária e do trabalho intersetorial, com o objetivo da qualidade de vida.

A adoção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde<sup>17</sup>, criada em 2005, instituída e publicada em 2006, contempla diversas áreas específicas para o cuidado em saúde, como plantas medicinais, fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa, acupuntura e medicina antroposófica.

Além disso, o estímulo das práticas consagradas na medicina tradicional chinesa tem sido uma constante, visto eficácia, baixo risco, constância da qualidade, crescente desenvolvimento de pesquisas na área, popularização destas práticas no país<sup>18</sup>, possibilidade de inserção nacional decorrente do fácil acesso aos seus meios, apoio de órgãos governamentais e não-governamentais, bem como incentivo à realização de Educação Permanente com os trabalhadores da saúde para que atuem cômicos destas práticas.

As abordagens de cura para os agravos à saúde têm caráter educativo e preventivo no trabalho dos ACS,

sendo a *terapia complementar* adotada como prática cotidiana, na combinação do uso de ervas medicinais, medicamentos fitoterápicos e industrializados em algumas regiões do Brasil<sup>13,18</sup>. O emprego de plantas, de ervas ou resinas em forma de chá e pomadas tem sido cada vez mais comum na atenção à saúde, principalmente para auxiliar no tratamento da gripe, bronquite, febre, diarreia e ferimentos leves como cortes e machucados<sup>13</sup>. Ainda, o alto custo das medicações alopáticas, bem como o não acesso ao medicamento, leva a um agravamento de enfermidades, sofrimento individual e familiar, perda de qualidade de vida, bem como, tende a favorecer o uso massivo de plantas medicinais nos locais em que se dispõe, atribuindo credibilidade aos remédios caseiros e valores arraigados culturalmente.

Assim como o uso das ervas medicinais e fitoterápicos<sup>18</sup>, outras terapias complementares como ioga, a massoterapia e a acupuntura podem ser realizadas dentro da Unidade Local de Saúde. Essas práticas podem ser (e geralmente são) realizadas com a educação em saúde, ou seja, com os temas indicados pelos ACS. Os hábitos saudáveis de vida, a caminhada, o abandono do tabaco, o balanceamento calórico adequado para cada indivíduo, o alongamento e lazer, entre tantos fatores, fazem parte da manutenção da qualidade de vida e redução de agravos à saúde.

### 3.3.3 Relacionados às atividades dos ACS

Os temas mais relacionados nessa subcategoria foram segundo ordem de frequência: *marcadores específicos* e *direitos trabalhistas*. Os *marcadores específicos* somaram as indicações de crianças, diabetes, hipertensão e idosos.

A participação do ACS efetuando o cadastro de todas as pessoas de sua micro-área e mantendo os registros atualizados é fundamental para o controle das metas anuais a serem alcançadas em relação aos indicadores de saúde acordados no Pacto de Indicadores de Atenção Básica<sup>2</sup>. Saber abordar de forma adequada cada caso e transmitir informações relevantes sobre a conduta para a manutenção da saúde é indispensável para o cotidiano desse trabalhador.

A educação deve fomentar a responsabilidade individual, pois essa leva à obtenção de suas próprias realizações sanitárias, e a cooperação coletiva, sendo esta capaz de fomentar a solidariedade, pois senão se tornará impossível à participação em obras que sejam de caráter coletivo<sup>19</sup>. Ainda, há relevante importância da inserção dos cidadãos nos programas de educação sanitária, levando em conta o resultado prático desses programas na saúde dos indivíduos e não apenas a intenção dos mesmos. Já sobre os *direitos trabalhistas*, ainda nesse tópico, relacionaram interesse em saber mais sobre acidentes de trabalho,

importância de efetivação do trabalhador, dados sobre finanças e trabalho informal.

É adequado que sejam reivindicadas pelos ACS condições de ingresso a cargos e carreiras similares aos demais profissionais da sua equipe de trabalho - os funcionários públicos do SUS. Pois sua origem, na década de 90, foi desprotegida em relação às garantias legais do trabalho, e os gestores do SUS, mesmo quando consideravam relevantes e justo que tais garantias lhes fossem concedidas, tinham sérias dificuldades em institucionalizá-las<sup>20</sup>.

O precedente histórico para as dificuldades de vinculação institucional dos ACS remete a atmosfera gerada pelos antigos “auxiliares de saúde” utilizados nos programas de extensão de cobertura da década de 70. Embora, também tenham sido angariados na comunidade para trabalhar em postos de saúde, foram inseridos na rede como funcionários regulares e, posteriormente, passaram a ser qualificados formalmente como Auxiliares de Enfermagem<sup>20</sup>.

Portanto, na conjuntura atual de ascensão ao mercado de trabalho e da necessidade de mais uma renda para complementar o sustento da família, é lógico que os ACS nutram o desejo de gozar de direitos e benefícios associados à relação assalariada. Ser um trabalhador celetista, ou seja, a segurança da “carteira assinada”.

Assim, desde outubro de 2006, os Agentes Comunitários de Saúde estão submetidos ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, salvo se, no caso dos Estados e Municípios, lei local se dispuser de forma diversa. Ainda, fica estabelecido que o recrutamento destes trabalhadores deva ser precedido de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos e que possuam o ensino fundamental completo<sup>2</sup>.

### **3.3.4 SUS e ESF**

Os temas mais solicitados dessa subcategoria foram *conhecimentos gerais* e *políticas de saúde*. Na seqüência, o tema mais freqüente nesta categoria geral foi *medicação*.

Os *conhecimentos gerais* indicados pelos ACS englobaram diversos aspectos do SUS e ESF, como: funcionamento da SMS e da ULS; credibilidade do SUS; exames de alto custo; fluxo de informações do SUS e assuntos específicos da ULS. No tocante *políticas de saúde*, os ACS indicaram as políticas de humanização do SUS, o Acolhimento, as diretrizes do SUS, direitos dos usuários da saúde e planejamento familiar. Já no item *medicação*, os ACS solicitam temas sobre efeitos das medicações, manuseio e cuidados com as medicações, bem como, uma discussão sobre os genéricos.

Todos estes temas se relacionam, pois são atividades rotineiras dos Agentes Comunitários de

Saúde, ou seja, a informação é a palavra-chave durante as visitas domiciliares, tanto para informar quanto para coletar os dados relevantes. Cabe a este trabalhador divulgar amplamente o funcionamento do SUS e de sua ULS de origem, esclarecer as formas para a realização de exames, a aquisição de medicamentos, e como as políticas de saúde influenciam na dinâmica de atendimento no sistema de saúde.

O ACS ao mediar essas instruções, na implantação de estratégias como o Acolhimento os usuários nas ULS já estarão cientes da nova rotina de atendimento, na qual poderão colaborar para o bom funcionamento do novo fluxo de atendimento, bem como, nas demais dúvidas para a efetivação dos direitos e deveres dos usuários do SUS.

No entanto a carência de informações e, algumas vezes, a não-formação para atuar como ACS permitem lacunas na assistência ao usuário<sup>16</sup>. Este trabalhador deve ser preparado para atuar na sua micro-área, e receber formação complementar contínua, para orientar de forma plena a comunidade nas suas diversas necessidades.

### **3.4 Formação regular / complementar (cursos)**

Os ACS indicaram interesse em cursos complementares e de formação regular, que foram distribuídos em “Educação/Ensino” e “Enfermagem”.

#### **3.4.1 Educação/Ensino**

No tocante *Educação/Ensino*, o maior número de temas apontados pelos ACS foi *informática*, que oscilou desde curso de digitação, curso para aprender sobre programas como Microsoft Word®, até cursos de informática para aprimorar o trabalho do ACS, tal como, um programa para o ACS registrar os dados da sua micro-área.

A inserção dos avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde transforma a atuação dos profissionais e, agora, está sendo percebida como uma necessidade pelos ACS. Entre os benefícios provenientes da informática estão: melhoria da produtividade, pois prevê mais ferramentas que auxiliam no trabalho em saúde; melhoria da agilidade do fluxo de informações e redução de custos, já que elimina os processos manuais envolvidos, reduz o tempo despendido no trabalho e diminui a latência da comunicação<sup>21</sup>.

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde<sup>21</sup> prioriza incorporação da informática nos serviços de saúde, com vista em algumas experiências realizadas no exterior, e apóia a prática profissional neste contexto, no qual o ACS tem um espaço a ser conquistado para facilitar e organizar os registros rotineiros, oportunizando a realização de

consultas aos relatórios sobre as informações produzidas, entre outros.

Seguido da solicitação de cursos de informática, o tema mais indicado nesta subcategoria foi *capacitação de saúde em geral*. Surgiram diversos temas de capacitação, isolados, que foram inseridos neste grupo, dentre os quais citamos: corpo humano, terapia intensiva, saúde da comunidade e oficina para explicar os panfletos explicativos da área da saúde. Ainda neste item, cumpre ressaltar a indicação de cursos profissionalizantes de radiologia e relações humanas.

### 3.4.2 Enfermagem

No tocante *Enfermagem*, muito embora nossa solicitação tenha sido “temas para Educação Permanente”, os ACS requeriram a realização de um curso *Técnico em Enfermagem*, indicando um interesse de profissionalização, talvez em decorrência das necessidades exigidas pela comunidade no contexto cotidiano de trabalho.

Seguindo este tema, a maior freqüência foi *Cuidados de Enfermagem*, que incluiu verificar a pressão arterial e glicemia, realizar curativos, orientar mães sobre amamentação, primeiros socorros, cuidados ao idoso e ao acamado e vacinação. Este último item – vacinação foi o mais freqüente dentro do grupo de temas *Cuidados de Enfermagem* e indicou interesse dos ACS em aprender sobre efeitos das vacinas, quadro vacinal e em como aplicar as vacinas. Entretanto, esses apontamentos podem indicar o desejo dos ACS em profissionalizarem-se em técnicas de Enfermagem e/ou o desconhecimento quanto as suas atribuições, visto que o indicativo feito demonstra que estas são prerrogativas de profissionais de Enfermagem. Neste sentido, as atribuições do ACS são detalhadas na Portaria 648, de 28 de março de 2006<sup>2</sup>, que expõe como uma característica muito marcante desta atividade, a busca pela integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à ULS, e o acompanhamento de indivíduos e grupos sociais.

A conformação e o fortalecimento da “identidade profissional” dos ACS ocorre no exercício da sua prática diária, nas relações estabelecidas com a equipe e com a comunidade<sup>22</sup>. Nesse contexto, a Educação Permanente permite disseminar a valorização da atividade deste trabalhador por meio da informação e da troca, visto que a educação deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial<sup>23</sup>, a melhoria permanente da qualidade da atenção à saúde e a humanização do atendimento.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que o atendimento em saúde seja prestado de forma equânime, é importante que a sistematização da Política de Educação Permanente para os trabalhadores da saúde sejam voltados à realidade em que esses se situam. Dessa forma, é possível atribuir maior qualificação nos serviços e focar o atendimento às situações que exigem mais atenção.

Na atenção básica, a educação para prevenção é fator indispensável para evitar agravos à saúde humana e ao meio ambiente, reduzindo os índices de morbi-mortalidade e atribuindo maior qualidade de vida às pessoas. Nesse sentido, além de conhecer a necessidade de uma sistematização do processo educativo, foi possível identificar que os temas solicitados pelos ACS estão intimamente atrelados às vivências cotidianas, algumas vezes, avessas às ações educativas indicadas pelo Ministério da Saúde no âmbito nacional. A educação em saúde não pode ser feita apenas na elaboração e imposição de um programa de saúde, sendo fundamental que os trabalhadores da saúde e a comunidade se sintam acolhidos e participantes da ação abordada em tais programas. Os temas para Educação Permanente devem emergir da base, ou seja, dos próprios trabalhadores da saúde e comunidade, para que os problemas emergenciais sejam contemplados em todos os seus tocantes e que a educação tenha resultados positivos.

Esse trabalho contribuiu com a sistematização da Política de Educação Permanente para os ACS do município de Florianópolis, logo, apresenta como limitação a representação das necessidades desse cenário específico. É indicado como sugestão para futuros estudos a aplicação dessa experiência em outros realidades visando efetivar o planejamento das ações educativas para os trabalhadores da saúde como uma proposta de qualificação profissional e promoção da saúde.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 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 (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 mar. 2006.
3. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis (SC): Insular; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004. 1-66.

5. Gonzalez E, Grando S. A organização do território em Florianópolis: Curso de Capacitação de Monitores do Curso Introdutório do PSF. 2006. Notas de Aula. Mimeografado.
6. Brasil. Programa de Agente Comunitário de Saúde-PACS. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. Brasília, 2001.
7. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CEB 19/2004. Relator: Francisco Aparecido Cordão. Aprovado em 08/07/2004.
8. Silva JAS, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6(10):75-96.
9. Mendonça MHM. Profissionalização e Regulação da Atividade do Agente Comunitário de Saúde no Contexto da Reforma Sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde* 2004;2(2):353-65.
10. Ferraz L, Aertes DRGC. O Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde em Porto Alegre/RS. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(2):347-55.
11. Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS, Ferraz F, Prado ML, MARTINS ST. The reality of Nursing Continuing Education in the Public Health Services. A descriptive study. *OBJN* 2007; 6(0). Acesso em 13 dez 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/619/147>>
12. Lino MM, Backes VMS, Ferraz F, Prado ML, Fernandes GFM, Silva LAA *et al.* Educação Permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. *Trab. Educ. Saúde* 2009; 7(1):115-136.
13. Silva MCR, Silva VR. Gênero, Saúde e Meio Ambiente: o trabalho do agente comunitário de saúde na Amazônia Ocidental. [Acesso 26 abr 2010]. Disponível em: <<http://www.alasru.org/cdaldasru2006/01%20GT%20Mauro%20César%20Rocha%20da%20Silva.pdf>>
14. Corradi-Webster CM, Minto EC, Aquino FMC, Abade F, Yosetake LL, Gorayeb R, et al. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. 2005;11. [Acesso 26 abril 2010]. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/smad/v1n1/v1n1a04.pdf>>
15. Gonçalves AM. Cuidados Diante do Abuso e da Dependência de Drogas: Desafios da Prática do Programa Saúde da Família [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2002.
16. Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. *Saúde Soc* 2004;13(2):70-5.
17. Ministério da Saúde (BR). A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
18. Arnous AH, Santos AS, Beininger RPC. Plantas medicinais de uso caseiro - conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário. *Rev Espaço Saúde* 2005; 6(2):1-6.
19. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Caderno Saúde Pública* 1996; 12(1):07-30.
20. Nogueira RP, da Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. *IPEA*; 2000.
21. Brasil. A construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (DF); 2003.
- ...
22. Brand CI, Antunes RM, Fontana RT. Satisfações e insatisfações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Cogitare Enferm* 2010; 15(1):40-7.
- ...
23. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(2): 399-407.