

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CRISTIANA ROCHA FAÇANHA

**UM ESTUDO PSICOSSOCIAL SOBRE AS PRÁTICAS
PROFISSIONAIS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, NA
GRANDE CURITIBA: SUBSÍDIOS DA EDUCAÇÃO E DA
PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA**

**CURITIBA
2006**

CRISTIANA ROCHA FAÇANHA

**UM ESTUDO PSICOSSOCIAL SOBRE AS PRÁTICAS
PROFISSIONAIS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, NA
GRANDE CURITIBA: SUBSÍDIOS DA EDUCAÇÃO E DA
PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Área de Concentração em Educação, Saúde e Trabalho, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Quintal de Freitas.

**CURITIBA
2006**

TERMO DE APROVAÇÃO

CRISTIANA ROCHA FAÇANHA

UM ESTUDO PSICOSSOCIAL SOBRE AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, NA GRANDE CURITIBA: SUBSÍDIOS DA
EDUCAÇÃO E DA PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Quintal de Freitas
Departamento de Educação, PPGE - UFPR

Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera
UNISINOS – UFRGS

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Mantovani
Depto Enfermagem, UFPR

Prof^ª. Dr^ª. Araci Asinelli da Luz
Departamento de Educação, PPGE-UFPR

Curitiba, 13 de dezembro de 2006

AGRADECIMENTOS

A Deus que me oferece todos os obstáculos e oportunidades em minha vida.

Aos meus pais: Haroldo (*in memoria*) e Helena Façanha, que investiram todos os seus esforços em minha educação, por acreditarem que essa é a grande herança que os pais podem ofertar a um filho.

Às minhas irmãs, em especial ao meu irmão: Prof. Dr. Arnaldo Rocha Façanha, pelas palavras de incentivo e por ele ser um exemplo em minha vida profissional.

À minha linda Tainá, por ser companheira em minhas caminhadas pela vida, mesmo com sua pouca idade, sempre compreensiva, paciente e alegre.

À minha orientadora, Doutora Maria de Fátima Quintal de Freitas, pelo aprendizado, paciência e carinho. Pelo privilégio de tê-la orientando o trabalho e pela pessoa especial que é.

Aos meus companheiros da Secretaria Municipal de Saúde, que colaboraram com a coleta de dados e me ajudaram nos momentos que precisei me ausentar das atividades para produzir esse trabalho.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que consentiram participar desta pesquisa colaborando diretamente para o desenvolvimento científico do trabalho.

A todos os colegas do Mestrado, com os quais pude trocar experiências e aprender no decorrer dos estudos.

A todos os professores responsáveis por minha educação, e em especial aos professores: Dra. Zulmira Aurea Cruz Bonfim (UFC), Dra. Maria de Fátima Mantovani (UFPR), Dr. Jorge Castellá Sarriera (UNISINOS – UFRGS), Dra. Araci Asinelli da Luz Asinelli (UFPR), e Dra. Sonia M. Chaves Haracemiv (UFPR), por sua disponibilidade em participar das bancas de qualificação e defesa.

A todos os autores aqui presentes pelas contribuições e pelo aprendizado que me proporcionaram.

Um agradecimento especial a todo cidadão brasileiro que direta ou indiretamente contribuiu para a minha educação superior no ensino público e gratuito.

Poder pensar na possibilidade de organização e mobilização de uma dada comunidade, em seu cotidiano, remete-nos a pensar na possibilidade de construção de um homem na sua plenitude. E, isto significa que este homem se aproprie da sua condição social e da sua história, por meio do processo de conscientização e participação acontecido na sua história e vida cotidianas.

Freitas

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo descrever as práticas de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que atua na Grande Curitiba (PR), caracterizando tais práticas na perspectiva da Educação e da Psicologia Social Comunitária Latino-americana. Realizou-se um trabalho de campo, com a aplicação de 47 questionários semi-estruturados aos Agentes Comunitários de Saúde, numa cidade da Região Metropolitana de Curitiba. Foram identificadas as funções-padrão do ACS as atribuições expressas em portaria ministerial, bem como resgataram-se as legislações que permeiam o Sistema Único de Saúde a fim de que pudessem ser apontadas pelo próprio ACS como presentes em seu trabalho diário. As demais questões envolveram problemas e soluções; e os sentimentos gerados em sua prática profissional. Os resultados indicam que os ACS desenvolvem práticas mais direcionadas para as atribuições de diagnóstico e monitoramento do que para a promoção à saúde e participação popular. Aspectos tais como desvalorização funcional, discriminação por parte da equipe de trabalho e o sentimento de impotência são alguns dos grandes obstáculos cotidianos no exercício de sua função. Porém, a vontade em ajudar o próximo e a perspectiva de aprendizado na área da saúde, são fatores motivadores no seu trabalho. Verifica-se a necessidade de melhor capacitar esse tipo de profissional dentro da perspectiva da Educação Popular e da Psicologia Social Comunitária para que suas atividades alcancem melhor o público a ser assistido.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde e educação. Psicologia social comunitária. Práticas profissionais em saúde.

ABSTRACT

The aim of this research is describe the Health Communal Agent's job who acts in Curitiba, characterizing those jobs in the Education and Social Latin-American Psychology. A filed work was accomplished. There were forty seven semi-structured questionnaires to Health Communal Agent's, in the Metropolitan city of Curitiba. There were identified the standard functions of the Health Communal Agent's as the ones express in the rules of the Health Ministry, as well as the legislation, that are in S.U.S, has been rescued, in order to be aimed by the Health Communal Agent's like present in their jobs. The other question involved problems and solutions, and feelings produced in their professional work. The results show that the Health Communal Agent's develops skill that is going to the functions of diagnosis and accompaniment instead of the health promotion and popular participation. The biggest everyday obstacles are the functional devaluation, the staff discriminations and the feeling powerlessness. However the will to help the others and the perspective of learning in the health area are the reasons that motivate them. The necessity to improve this kind of professional in the popular education and social communal psychology perspective is verified, so their activities achieve the attended public better.

Key-words: Health and education communal agent. Social communal psychology. Professional skill in health.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA - 2006....	52
TABELA 2	- FAIXA ETÁRIA DOS ENTREVISTADOS - 2006	57
TABELA 3	- PERÍODO DE ENTRADA NO PACS - 2006	58
TABELA 4	- GRAU DE ESCOLARIDADE DO ACS - 2006	59
TABELA 5	- PRINCIPAL ATIVIDADE QUE DEVE SER REALIZADA PELO ACS - 2006	61
TABELA 6	- DESVANTAGENS QUE O ACS VÊ EM SEU TRABALHO - 2006....	62
TABELA 7	- VANTAGENS QUE O ACS VÊ EM SEU TRABALHO - 2006	63
TABELA 8	- ASPECTOS DO TRABALHO DO ACS POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA – 2006.....	64
TABELA 9	- SENTIMENTOS POSITIVOS DO ACS SOBRE O SEU TRABALHO - 2006	65
TABELA 10	- SENTIMENTOS NEGATIVOS DO ACS SOBRE O SEU TRABALHO - 2006	65
TABELA 11	- SITUAÇÕES QUE O ACS MUDARIA EM SUA REALIDADE DE TRABALHO - 2006	66
TABELA 12	- ASSUNTOS QUE O ACS ACHA IMPORTANTE TER CONHECIMENTO - 2006	70
TABELA 13	- CONTEÚDOS ESPERADOS NOS TREINAMENTOS REALIZADOS - 2006	72
TABELA 14	- CONTRIBUIÇÕES DADAS PELOS TREINAMENTOS - 2006	72
TABELA 15	- MOTIVOS QUE O LEVARAM A SER ACS - 2006	73
TABELA 16	- OUTRAS FUNÇÕES QUE O ACS DESEMPENHA ALÉM DAS SUAS ATRIBUIÇÕES NORMAIS - 2006	74
TABELA 17	- REPERCUSSÃO DOS SENTIMENTOS POSITIVOS NO DIA A DIA DO ACS - 2006	74
TABELA 18	- REPERCUSSÃO DOS SENTIMENTOS NEGATIVOS NO DIA A DIA DO ACS -2006	76

TABELA 19 - SUGESTÕES QUE OS ACS TÊM PARA DAR - 2006	77
TABELA 20 - DIFICULDADES QUE O ACS ENFRENTA EM SEU TRABALHO INDICADAS POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA - 2006	77
TABELA 21 - FORMAS DE ENFRENTAMENTO DAS DIFICULDADES - 2006	81
TABELA 22 - SUGESTÕES SOBRE COMO O PODER PÚBLICO PODERIA ENFRENTAR AS DIFICULDADES - 2006	81

LISTA DE SIGLAS

APMI	- Associação de Proteção à Maternidade e Infância
PR	- Paraná
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AE	- Auxiliar de Enfermagem
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
ESF	- Equipe de Saúde da Família
ISP	- Instituto de Saúde Ponta Grossa
ISEP	- Instituto de Saúde do Estado do Paraná
PACS	- Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF	- Programa de Saúde da Família
RS	- Regional de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
USF	- Unidade de Saúde da Família
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
PSC	- Psicologia Social Comunitária
PSLA	- Psicologia Social Latino Americana
PSNA	- Psicologia Social Norte Americana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 - O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E O PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	5
2.1.1 - Histórico	5
2.1.2 - As leis e normatizações do SUS: NOBs e NOAs	11
2.1.3 - Programa de Saúde da Família (PSF)	15
2.1.4 - O Sistema Único de Saúde	17
2.1.5 - As concepções de saúde presentes nos Programas (PSF e PACS)	19
2.1.6 - Agente Comunitário de Saúde e Perfis Esperados	23
2.1.7 - As determinações legais sobre as funções e atividades do Agente Comunitário de Saúde	25
2.1.7.1 - As atribuições do Agente Comunitário de Saúde delimitadas nas Portarias	28
2.2 - BREVES ASPECTOS DA PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA	32
2.2.1 - Breve Histórico	32
2.2.2 - Principais eixos e categorias.....	38
2.2.3 - Campo de atuação.....	41
2.2.4 - Psicologia Social Comunitária e Educação.....	44
2.2.4.1 - Educação Popular	44
2.2.4.2 - O Sentido da Cultura	45
2.2.4.3 - Ação Dialógica	46
2.2.4.4 - Conscientização	47
2.2.4.5 - O Caráter do Oprimido	47
2.2.5 - Psicologia Social Comunitária e Saúde	48
3 MATERIAL E MÉTODOS	52
3.1 - O CAMPO DE PESQUISA	52
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	56
4.1 - ALGUNS POSICIONAMENTOS: "FALA AÍ AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE".....	56
4.1.1 - Atribuições para o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde	60
4.1.2 - Trabalho, (Des) Vantagens e Sentimentos	62
4.1.2.1 - Características da Prática de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde ..	68
4.1.2.2 - Sentimentos sobre suas Práticas	69
4.1.2.3 - Práticas e Saberes Necessários	70
5 CONCLUSÃO	83
5.1 "O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA GRANDE CURITIBA"	83
REFERÊNCIAS	90
DOCUMENTOS CONSULTADOS	94
APÊNDICE	95

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa, ora apresentada, enfoca a ação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no âmbito de seu trabalho cotidiano, dirigindo-se, mais especificamente, às suas atribuições funcionais, às vantagens e desvantagens de seu trabalho e às possibilidades percebidas na prática pelo próprio agente.

No Estado do Paraná, à semelhança dos demais Estados do país, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) precedeu ao Programa de Saúde da Família (PSF), tendo a implantação de equipes de PACS ocorrido no início da década de 90 e de equipes de PSF, a partir de 1994¹.

A preocupação com o desenvolvimento do Programa do Agente Comunitário de Saúde já é tema em vários estudos científicos publicados pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Em muitos destes estudos, aparece que o bom desenvolvimento do PACS nos municípios contribui para se atingir a eficiência e eficácia da assistência à saúde da população em nosso país.

Havendo participado do quadro de técnicos de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), na região litorânea leste, do Estado de Ceará, no período de 1996 a 1998, como psicóloga, tivemos a oportunidade de observar e acompanhar as atividades desenvolvidas, cotidianamente, pelos agentes comunitários de saúde da região.

Nessa ocasião, foi possível observar, que os Agentes Comunitários de Saúde relatavam inúmeros fatos rotineiros que revelavam a realidade de suas práticas, bem como suas dificuldades e possibilidades. Dentre os fatos citados, aparecem: a relação de confiança do usuário para com o ACS; a ausência de treinamento adequado para o exercício da função; as dificuldades de deslocamento para o desenvolvimento do trabalho; a identificação e proximidade a realidade de vida do ACS com a realidade do usuário assistido; as falhas dos processos de supervisão dos trabalhos do ACS; os sentimentos bons relatados pelo ACS em relação à sua utilidade para com a comunidade assim como os sentimentos negativos derivados das várias dificuldades; a identificação do ACS como uma liderança comunitária por parte dos usuários e dos políticos locais; a incorporação do ACS como membro da Equipe de Saúde da Família (ESF), entre outros.

¹ Informações adquiridas na 2ª Regional Metropolitana de Saúde do Estado do Paraná.

Ao trabalharmos junto à Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP-CE) no período de 1997 a 1998, desenvolvendo projetos de promoção da saúde na região do sertão central e acompanhando trabalhos desenvolvidos pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA - CE) no período de 1998 a 2000, na região praiana, no oeste do Estado, tivemos a oportunidade de observar mais de perto as diferentes práticas do ACS nas diversas realidades do Estado. Pudemos constatar que as práticas do ACS se diferenciavam muito raramente, que as queixas principais eram semelhantes, porém que os resultados de suas práticas estavam diretamente ligados ao perfil pessoal do ACS. Em outras palavras, os resultados oscilavam à medida que a pessoa que desenvolvia a função apresentava envolvimento pessoal com sua função, apresentando capacidade técnica, liderança e credibilidade junto à comunidade em que atuava.

Em 2001, chegando ao Estado do Paraná, desenvolvendo atividades junto a Secretaria de Saúde de um Município da Grande Curitiba², e participando ativamente do Conselho Regional de Secretários de Saúde (CRESEMS) da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) começamos a perceber algumas diferenças nas práticas desenvolvidas pelos ACS dessa região, mesmo suas atribuições sendo semelhantes aos ACS da realidade cearense. Fatos anteriormente observados tais como: liderança junto à comunidade de referência; integração do ACS à Equipe de Saúde da Família (ESF) aparecia como obstáculos a serem vencidos por estes profissionais em seu trabalho cotidiano.

A partir destas diferentes realidades surgiu a inquietação a respeito das várias práticas desenvolvidas por esses profissionais em seu local de trabalho, mesmo que suas atribuições sejam designadas pelo Ministério da Saúde, sendo teoricamente iguais para todo o território brasileiro, na prática observamos que existem grandes diferenças que contribuem ou dificultam o sucesso de suas intervenções profissionais nos municípios.

Portanto, achamos fundamental pesquisar através do próprio "ator" - no caso, o Agente Comunitário de Saúde - as práticas profissionais que este desenvolve na grande Curitiba. Assim, o problema desta pesquisa pretende investigar as práticas de trabalho desenvolvidas, rotineiramente, pelo Agente Comunitário de Saúde para

² Expressão usada popularmente para definir a Região Metropolitana de Curitiba, região que no Sistema Estadual de Saúde do Paraná abrange 29 municípios.

a realização das atribuições de sua função na grande Curitiba. Acreditado-se que as práticas de trabalho do ACS são mais amplas e significativas para os resultados de sua ação profissional, do que as suas atribuições definidas em portaria ministerial, pretendemos, com o enfoque deste estudo, buscar informações sobre o trabalho desenvolvido pelo ACS que possam contribuir para desvelar os fatores facilitadores e os fatores limitantes para a realização do trabalho do ACS, para que possamos sugerir melhorias nos processos de formação deste profissional de saúde.

O objetivo geral desta pesquisa é descrever as práticas de trabalho do ACS que atua na grande Curitiba (PR), tendo como ponto de partida as suas atribuições funcionais estabelecidas em portaria ministerial e caracterizar essas práticas na percepção da Educação e da Psicologia Social Comunitária.

Como psicóloga, visualizei no problema de pesquisa duas questões importantes que essas áreas do conhecimento podem contribuir para a análise posterior dos dados coletados: as práticas cotidianas do trabalho do ACS e o envolvimento comunitário do ACS em seu trabalho.

Estudar as práticas de trabalho do ACS justifica-se pelas transformações ocorridas, no âmbito do trabalho de saúde pública, como também pela pequena produção de novos conhecimentos que dêem suporte para o desenvolvimento desta atividade. Considerando-se que a atividade do ACS envolve múltiplos fatores (técnicos, educacionais e interpessoais) e diferentes atores, será realizada uma pesquisa quanti-qualitativa, junto aos ACS da grande Curitiba.

A relevância do tema está relacionada ao fato de que as pesquisas sobre as práticas do ACS, no que diz respeito à opinião e envolvimento dos ACS para refletir sobre suas atribuições, ainda são incipientes. Para que se possa pensar em que medida eles podem contribuir cada vez mais para os avanços na melhoria da atenção básica à saúde é importante ouvi-los e assim, viabilizar formas efetivas de participação dos ACS no Sistema Único de Saúde.

Para contemplar as questões supracitadas o trabalho foi estruturado em cinco seções. A primeira parte introduz o leitor aos objetivos e a forma como está apresentada a pesquisa, logo em seguida, realizamos na segunda seção a revisão da literatura com um breve percurso histórico sobre o Sistema de Saúde no Brasil, as leis e normativas operacionais do SUS, culminando nas funções e atribuições do PACS bem como na contextualização dos Programas do SUS.

Ainda nesta seção, discorreremos sobre as noções básicas da Psicologia Social Comunitária e sua ligação com a saúde pública, abordando a temática da Educação neste contexto e buscando subsídios teóricos para uma posterior análise qualitativa.

A terceira seção refere-se à opção metodológica que explicita aspectos sobre o campo da pesquisa e à abordagem metodológica utilizada.

Na quarta seção, alguns posicionamentos: "Fala aí ACS", é destinado à análise dos dados coletados dos sujeitos significativos para o estudo, o que possibilitou selecionar os eixos temáticos de análise.

E, finalmente, a última seção com a Conclusão "O ACS na Grande Curitiba" no qual apontamos as considerações finais sobre a prática do ACS e suas condições.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E O PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

2.1.1 - Histórico

Na época do Brasil colônia, a saúde dos povos indígenas chamou a atenção dos colonizadores europeus, os hábitos ligados à natureza e o sistema da cura por pajelança eram características marcantes destes povos. Mas, segundo Scliar (2002), "o Brasil foi, desde seus primórdios, um país muito doente". Pois, com o aumento no tráfego de embarcações (a partir do seu descobrimento), o envolvimento do trabalho indígena nas atividades extrativistas e a baixa imunidade destes povos aos agentes infecciosos trazidos pelos colonos, a comunidade indígena foi sucumbindo às diversas doenças.

Neste contexto, os colonizadores buscavam no físico³ a possibilidade de substituição da figura do pajé - que além de ser o homem com o dom da cura para o índio era também o referencial de sabedoria e poder na tribo. Os europeus, além de não concordarem com as práticas de pajelança, investiam na inserção da medicina européia nas tribos e na catequização jesuíta objetivando neutralizar a organização do povo indígena que representava mão-de-obra barata para a cultura extrativista.

Scliar (2002) aponta o surgimento das Santas Casas de Misericórdia no Brasil, desde o início da colonização, pois como nesta época pouco se podia fazer com os doentes, lá, os enfermos eram albergados recebendo assistência religiosa e os físicos exerciam a prática da medicina apoiados pelos jesuítas e fiscalizados pelo comissário do Físico-Mor do Reino - única forma de controle do sistema de saúde até 1782⁴.

Com a mudança da corte portuguesa para o Brasil, Dom João VI criou a "Junta Vacínica da Corte (1811). Era o início da ação governamental no combate

³ Como era conhecido o médico licenciado pelas Escolas de Coimbra ou Salamanca, tinha cargo oficial, estava ligado a Coroa, ou à Câmara, ou ao exército, mas exerciam a clínica privada. Vários físicos eram judeus convertidos à força ao cristianismo pela Inquisição, o Brasil para eles era um refúgio.

⁴ Ano em que foi criada, pela rainha D. Maria I de Portugal, a Junta do Proto-Medicato (composta por sete médicos), tinha autoridade sobre todos os territórios dependentes de Portugal. Assim nascia o controle do exercício profissional da medicina no Brasil.

direto às doenças e uma iniciativa até pioneira". (SCLIAR, 2002, p. 50). A idéia era resolver os problemas relacionados às epidemias de varíola e febre amarela que assombravam a corte.

Desta forma, a medicina no Brasil, teve mais oportunidade para se desenvolver com a criação de academias⁵ (em 1808) e logo depois de faculdades em Salvador e no Rio de Janeiro (em 1832). Foi neste momento que a polícia sanitária⁶ realizava de forma autoritária o cumprimento da obrigatoriedade da vacinação tendo em vista o controle das endemias e epidemias.

Scliar (2002) afirma ter sido em 1850 que nasce o embrião do atual Ministério da Saúde, pois, com a segunda epidemia de febre amarela, o governo criou a Junta Central de Saúde Pública, com o objetivo de investir em ações de pesquisa e intervenção da medicina tropical. No final do século XIX, a saúde não era só de interesse público, mas também econômico, pois o Brasil estava sendo mal visto no mercado externo, os países compradores de café não aceitavam navios brasileiros com receio das doenças tropicais⁷ de que eram acometidos os imigrantes europeus - que vinham construir uma nova vida no Brasil, pois as notícias de suas mortes chegavam a Europa de forma assustadora. "Combater doenças não era apenas um objetivo humanitário: era uma questão de sobrevivência econômica para o país". (SCLIAR, 2002, p. 51).

Sobre a importância econômica dos sistemas de saúde, vemos em Mendes (2001), que até hoje eles tem uma grande representatividade.

Independentemente da valoração que se dê aos sistemas de serviços de saúde, eles constituem uma realidade indiscutível no mundo contemporâneo. Em 1997, movimentaram 2,98 trilhões de dólares americanos (60% em recursos públicos), o que corresponde a 8% do produto bruto mundial, e empregaram, diretamente, 35 milhões de pessoas. (MENDES, 2001, p. 14).

Sobre o desenvolvimento do sistema de saúde público brasileiro, Scliar (2002), cita alguns eventos importantes: em 1892 a criação do Laboratório Bacteriológico em São Paulo, onde o preparo de vacinas era prioridade; a criação do Conselho Nacional de Saúde Pública, com o objetivo voltado a higiene e

⁵ Assim eram chamadas as escolas de medicina e cirurgia nas principais cidades brasileiras no início do século XIX.

⁶ Conceito paternalista e autoritário lançado na Alemanha, em 1779, por Johan Peter Frank (1745-1821).

⁷ Eram doenças como: Malária, febre amarela e parasitoses.

saneamento; a Inspeção Geral de Higiene no Rio de Janeiro, cuidando da saúde portuária; em 1897, a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, que durante o mandato presidencial de Rodrigues Alves (1902-1906), teve como Diretor o Dr. Oswaldo Cruz.

Esse momento histórico foi marcado por uma visão mais administrativa e científica da saúde, porém com características autoritárias sendo praticadas através do método das campanhas de vacinação. Fato que resultou em um levante popular chamado de Revolta da Vacina⁸. Mesmo assim, verificamos que o método empregado pelo Dr. Oswaldo Cruz, atualmente já está incorporado nas rotinas da Vigilância em Saúde do sistema público.

Com a pandemia da gripe espanhola em 1918, o governo começou a se preocupar com o saneamento básico como a principal estratégia de saúde pública. Oswaldo Cruz e colaboradores começaram a desbravar o Norte e o Nordeste brasileiro e realizar relatórios sobre as condições de vida do povo, isso colaborou para que anos depois, fosse criada a Liga Pró-Saneamento, esta buscava defender a melhoria das condições de vida através de um movimento nacionalista. Podemos afirmar que neste momento vemos o nascimento dos movimentos sanitários no Brasil. "Em 1920 era criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, chefiado (1920-1926) por Calos Chagas. Neste meio tempo foi constituída (1923) a Sociedade Brasileira de Higiene, reunindo os sanitaristas brasileiros". (SCLIAR, 2002, p. 56).

Após a revolução de 1930, com Getúlio Vargas no Governo Federal, o Brasil seguiu o exemplo de países europeus e começou a investir na industrialização. Politicamente o governo se caracterizou como populista e totalitário sendo administrado por uma legislação do bem-estar social. Para Scliar (2002), essa forma de administrar repercutiu na saúde quando os vários Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) começaram a desenvolver serviços de assistência médica buscando a preservação da classe trabalhadora e o retorno político, atendendo à demanda com custo baixo. Isso porque a classe médica até então liberal começou a ser institucionalizada através dos concursos públicos para a Previdência Social.

⁸ Levante popular que ocorreu na capital federal em novembro de 1904, contra a vacinação antivariólica.

Em 1967 os vários IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1974 foram criados o Ministério de Assistência e Previdência Social e, incorporado a ele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). (SCLIAR, 2002, p. 59).

Podemos afirmar que a partir desse momento o sistema de saúde no Brasil se dividia em três modelos de assistência: o particular, usufruído pelo cidadão com situação econômica favorável que participava do sistema privado de atenção a saúde; o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (originado do INPS - Instituto Nacional de Previdência Social), que servia ao trabalhador com carteira registrada e era administrado pelo governo federal, neste modelo só poderia usufruir do sistema de saúde o trabalhador registrado (contribuinte); e por último, o modelo mais antigo, o filantrópico das Santas Casas de Misericórdia que atendiam a todo o cidadão que não se encaixava nos dois modelos acima citados, este era reconhecido como indigente⁹.

Scliar (2002) afirma que neste momento houve uma cisão dos serviços de saúde pública, pois ao Ministério da Saúde e secretarias estaduais cabia a tarefa de vigilância, prevenção de doenças, tratamento de endemias e epidemias e saneamento básico; de outro lado o INAMPS prestava serviço de assistência médica privilegiando o atendimento individual, exigindo cada vez mais repasses financeiros baseados em serviços prestados. Desta forma, havia um distanciamento entre as ações preventivas e as curativas, da atenção coletiva à individual dentro do mesmo sistema público.

Em 1975, a lei 6229 cria o Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo de tentar superar a distância entre ações preventivas e curativas, implantando as Ações Integradas de Saúde (AIS), dando início a municipalização da saúde no Brasil. Em 1987, houve a expansão das AIS através da criação dos Sistemas Unificados de Descentralização de Saúde (SUDS) que envolveu todos os governos estaduais, os Estados começavam a adquirir uma maior importância na regulação do sistema. Para Cordeiro (2001), o SUDS foi a estratégia-ponte para o Sistema Único de Saúde (SUS), que hoje existe, pois conseguiu envolver todos os Estados e cerca de 2.500 municípios (1987-1990).

A partir de 1985, no período da denominada Nova República,

⁹ Segundo Mendes (2001), os milhões de brasileiros pobres, condenados à medicina simplificada, ou à caridade de instituições filantrópicas são indigentes sanitários.

expandiram-se as ações integradas de saúde e, a partir de 1987, com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde transferiram-se atribuições, recursos financeiros, pessoal de saúde vinculado à estrutura do INAMPS e instalações (hospitalares e ambulatoriais) para a gestão de secretarias estaduais (hospitais de maior porte) e para secretarias municipais. (CORDEIRO, 2001, p. 324).

A Constituição Federal de 1988 (Título VIII, Cap.II, Seção II) determinou ser dever de o Estado garantir saúde a toda população. Para tanto, estabelece a criação do SUS e sua interligação com as políticas de seguridade social, garantindo orçamento para assistência, previdência social e saúde com recursos próprios da União, através do chamado: orçamento da seguridade social.

Cordeiro (2001) afirma que o orçamento da seguridade social nunca foi efetivamente implantado e que a falta de financiamento da saúde é um problema estruturante do SUS, que culmina nas dificuldades práticas na efetividade da prestação de serviços de saúde a população, fato este que poderá ser agravado com a regulamentação da emenda constitucional 29/2000¹⁰ (EC 29/2000), pois esta confirma a dissociação entre contribuição social e saúde já que não apresenta nenhuma especificação de fonte orçamentária em seu conteúdo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce com a proposta de diminuir a distância entre os direitos constitucionais do cidadão e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população, através da Lei Orgânica n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.

Art.2º - A Saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (BRASIL, Lei nº8. 080 - 19/07/1990).

Segundo Mendes (2001), isso foi fruto de uma reforma sanitária brasileira que apresenta avanços importantes, principalmente no que diz respeito à aquisição de

¹⁰ Vincula progressivamente, percentual dos orçamentos municipais e estaduais e consigna um percentual de 5% do incremento do produto interno bruto, caso este aumente de um ano fiscal para o outro, com vista à expansão da alocação para a saúde de recursos fiscais de estados e municípios de forma compulsória.

direitos à saúde por parte de milhões de brasileiros e o movimento de reforma de Estado que está expresso no processo de municipalização que atinge quase todo o território nacional.

A transformação de 60 milhões de pessoas, indigentes sanitários, em cidadãos portadores de direitos à saúde foi a maior e irreversível conquista da reforma brasileira. Esses são os grandes ganhadores da reforma sanitária e o problema reside em que não estão socialmente organizados; alcançaram, com o SUS, cidadania sanitária, mas permanecem subcidadãos políticos. (MENDES, 2001, p. 28).

Cordeiro (2001), afirma que o Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de uma reforma sanitária que coincide com movimentos sociais de redemocratização do país e com as reformas sob influências neoliberais de Estado que avançaram por toda a América Latina nos anos 80. No Brasil, além da reforma sanitária coexistiram movimentos paralelos envolvendo ajustes fiscais, incluindo questões da Previdência Social, fazendo com que partidos políticos e movimentos sociais se mobilizassem para garantirem uma maior participação social nas políticas públicas.

A influência, nos meios acadêmicos e sindical da saúde, demarcada pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), pela Renovação Médica (REME) e logo pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), ajudou a acelerar as medidas concretas e os debates para a implantação do Sistema Único de Saúde. (CORDEIRO, 2001, p. 321).

As reformas desejadas deveriam corresponder não somente aos problemas relacionados à prestação de serviços de forma mais eqüitativa, mas sim à viabilização fiscal e financeira do sistema de saúde, que na década de 1980, gastava cerca de 70% de seus recursos com o atendimento hospitalar, resultando conseqüentemente em uma baixa resolubilidade.

Mendes (2001) afirma que no mundo contemporâneo existe uma verdadeira pandemia de reformas sanitárias e estabelece uma tipologia para elas e conceitua a reforma sanitária brasileira como uma reforma do tipo Big-Bang que passou em um segundo momento por um processo reformista do tipo "r "(erre) minúsculo, quando estabeleceu o Programa Saúde da Família (PSF) como a estratégia central do sistema.

A reforma big-bang, se caracteriza por um movimento de mudança realizado de cima para baixo, implantado mediante um amplo arco de intervenções, muitas vezes com restrita negociação com forças políticas antagônicas, com pouca base em evidências e sem prévios experimentos

piloto, e que interferem sobre um conjunto significativo das macro funções dos sistemas de serviços de saúde. (MENDES, 2001, p. 22).

As reformas r minúsculos, ainda que podendo ser propositais, apresentam menor conteúdo estratégico, porque se limitam a mudanças em apenas uma das macro funções dos sistemas de serviços de saúde, sendo, pôr conseqüência, restritas em seu escopo. São, também, mais facilmente implantáveis, porque exigem menos condições políticas, econômicas e técnicas. (MENDES, 2001, p. 24)

Com essas afirmações o autor indica o nascedouro do SUS mostrando em que condições a Reforma Sanitária brasileira se deu para que assim possamos identificar os avanços e dilemas a serem enfrentados pelos profissionais que trabalham nesse sistema. Ele aponta grandes avanços do SUS, e afirma apoiado em uma pesquisa do IBOPE (fev./1998), que os níveis de satisfação dos usuários do SUS atingem patamares muito satisfatórios, na ordem de aprovação de 88% nos seus usuários freqüentes.

Não é nosso intuito, aqui, aprofundar tais dilemas e iremos, assim, discorrer sobre as legislações que fundamentam o Sistema Público de Saúde no Brasil, e que, de certa forma, contribuem para o desenvolvimento do SUS.

2.1.2 - As leis e normatizações do SUS: NOBs e NOAs

Quando Mendes (2001) afirma que a reforma sanitária brasileira foi do tipo Big-Bang, ele aponta que as mudanças do sistema de saúde foram realizadas de cima para baixo e a forma como isso foi concretizado, foi através das legislações criadas pela elite dirigente insufladas pelos movimentos sociais da época.

Após a abertura constitucional realizada em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado e regulamentado através das leis 8080 - que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e da 8142 - que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ambas sancionadas em 1990.

Vemos que logo no início da fomentação do SUS, foram impostos os princípios e diretrizes do sistema através de uma legislação própria, porém também

foi garantido fóruns de deliberação que propiciam o controle social dos recursos e funcionamento do sistema. Dagnino (2002) afirma que a regulamentação da participação social no SUS foi resultado de uma intensa mobilização social, a partir daí a gestão pública da saúde dar-se-ia pelas Conferências de Saúde sendo garantida a paridade entre governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, paridade em que é privilegiada a categoria usuário, já que o número de representantes de usuários deve ser igual à soma dos demais.

Após a regulamentação do SUS houve a implementação de diversas Normas Operacionais Básicas (NOBs SUS), que segundo Levcovitz (2001), tiveram um papel fundamental na ampliação do poder indutor e regulador do nível federal através de novos mecanismos de repasse financeiros vinculados às ações e programas assistenciais do SUS.

As NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. (LEVCOVITZ, 2001, p. 273).

Na década de 1990, foram criadas três NOBs: a (NOB) SUS 01/91, que estabelece a relação direta entre a União e os municípios através de financiamento de procedimentos assistenciais e hospitalares; a NOB SUS 01/93, que cria o sistema de pactuação através de fóruns intergestores (Bipartites e Tripartites)¹¹ e estabelece condições de gestão realizando repasses de fundo a fundo¹²; e a NOB SUS 01/96, que estabelece nova condição de gestão (gestão da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde).

A NOB SUS 01/91 e sua substituta, a NOB SUS 01/92, foi fomentada dentro dos parâmetros normativos existentes no INAMPS, estabelecendo critérios de repasse federal do SUS através da uniformização dos sistemas de remuneração de produção realizados nas unidades públicas e privadas que estavam sob gestão municipal. Isso significa que ela normatiza os repasses de acordo com a lógica já existente: pagando o que se produz na atenção assistencial. Levcovitz (2001) afirma que os principais aspectos propostos pela NOB 01/91 é a uniformização da tabela pagamento de procedimentos médico hospitalares público e privado; a criação e

¹¹ *Bipartite* - Fórum intergestores para pactuação de metas físicas e financeiras entre Estado e Municípios; *Tripartite* - Fórum intergestores para pactuação de metas físicas e financeiras entre União, Estado e Municípios. (ver: NOB SUS 01/93)

¹² Do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

ampliação da informatização das informações que permitiam ampliar os mecanismos de regulação e controle da produção assistencial; e a definição de critérios para a descentralização dos investimentos que indicavam o rumo a ser adotado pelo sistema de saúde local. O maior avanço destinado a essa normativa foi a ampliação do envolvimento municipal na construção do novo sistema de saúde.

A NOB SUS 01/93 foi influenciada pelo movimento municipalista da IX Conferência Nacional de Saúde acontecida em 1992. Nesta normativa são estabelecidos níveis de gestão municipal e estadual obedecendo à capacidade e competência administrativa e financeira de cada ente. O maior avanço realizado no SUS a partir desta normativa, segundo Levcovitz (2001), foi o estabelecimento de mecanismos de transferência financeira "fundo a fundo" para os municípios que se encontravam em situação de gestão semiplena. Isso significa que a lógica do investimento nas ações assistenciais, pagar pelos procedimentos realizados, continuava em vigor como antes, porém os municípios ganhavam uma maior autonomia na gestão.

Os municípios habilitados na condição de gestão semiplena passaram a contar com o recurso global da assistência ambulatorial e hospitalar, com plena autonomia para programar a execução destes recursos nas diferentes áreas assistenciais. A única exigência mantida era a vinculação do gasto do valor transferido com o custeio do conjunto dos serviços de saúde que compõem o sistema municipal. (LEVCOVITZ, 2001, p. 277).

Através da NOB SUS 01/96, a descentralização da saúde pública é acelerada, pois o governo estimula os municípios a assumirem a gestão de seus sistemas locais de saúde, viabiliza isso criando duas formas de gestão do sistema: a gestão plena da atenção básica à saúde e gestão plena do sistema de saúde. Assim, alguns municípios assumiram a responsabilidade de toda a rede de atenção básica à saúde e outros adquiriram governabilidade sobre todos os níveis de atenção à saúde (do preventivo ao hospitalar). Segundo Bodstein (2002), um avanço muito importante desta normativa está vinculado à habilitação do Piso da Atenção Básica (PAB)¹³ que ela define, pois ela obriga a criação do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde dando autonomia e responsabilidade para o gestor municipal, além de que, através do PAB a lógica de vincular os repasses financeiros aos procedimentos realizados muda, pois cada município habilitado

¹³ PAB foi criado através da Portaria GM/MS n.1882, de 18/12/97.

começa a receber um valor fixo por índice populacional¹⁴, favorecendo as ações de promoção da saúde e não somente as assistenciais.

O PAB introduz outra lógica no financiamento da assistência à saúde, dissociando produção e faturamento. Assim, as prefeituras passam a receber regular e diretamente recursos para investir naqueles procedimentos definidos como prioritários e fundamentais para um programa de prevenção e promoção à saúde, consultas médicas e odontológicas, exames de pré-natal, vacinas, vigilância sanitária, etc. (BODSTEIN, 2002, p. 406).

Na década de 2000, são implementadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS SUS): a NOAS SUS 01/01, atribui maior poder as secretarias estaduais e estabelece normas que fomentam as estratégias de regionalização e a NOAS SUS 01/02 que amplia a responsabilidade dos municípios em gestão da atenção básica e cria mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão do SUS ampliando as estratégias de regionalização buscando uma maior equidade.

Importante ressaltar neste momento, que tanto as NOBs quanto as NOAs são normas que ao longo do desenvolvimento do SUS, desde sua criação, foram responsáveis pelas estratégias e instrumentos de intervenção em saúde pública. Isto é, o SUS sempre sofre mudanças através de normas no decorrer dos anos, seus princípios estão sancionados pela lei, porém as normas é que o regulamenta, atualizando as ações dos municípios, estados e união.

A criação das NOAS SUS 01/01 e 01/02, buscando definir melhor as ações estratégicas mínimas nos municípios; a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), instrumento de acompanhamento e avaliação dos programas da atenção básica; a criação do incentivo à Farmácia Básica em março de 2001; dos Pólos de Capacitação; e do Programa de Saúde Bucal, dentre outros, apresentam-se como propostas práticas de intervenções que fortalecem o SUS, no sentido de reforçar os processos das ações regionalizadas reafirmando o princípio da equidade favorecendo o usuário no seu acesso aos serviços.

Importante ressaltar que o processo de descentralização do sistema de saúde foi acelerado pelas Normas Operacionais - principalmente pela NOB 01/96 - que

¹⁴ Na realidade atual do município pesquisado, o PAB é repassado no valor de R\$ 13,00 per capita/ano. Tendo como base populacional o índice probabilístico do último censo do IBGE (2000) em que a população da cidade é igual a 82.354 habitantes. No início do repasse do PAB o repasse era fixado no valor de R\$ 10,00 per capita/ ano.

incentivaram os municípios a se responsabilizarem por ações de promoção, prevenção e recuperação de baixa complexidade a partir da gestão de suas Unidades de Saúde (US).

Sendo assim a partir de 1998, os investimentos federais foram sendo ampliados e descentralizados para os municípios incrementarem as ações de atenção básica, que

Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS, engloba a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes... A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas... Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade. (BRASIL, 2005, p. 36).

O investimento em ações de promoção e prevenção além de darem maior resultado reflete diretamente na diminuição da demanda na alta complexidade, que é um serviço de maior custo. Com o PAB, isso se solidificou, pois ele é um recurso com destino regulamentado onde força o município a aprimorar suas ações de prevenção e promoção à saúde.

O resultado esperado é a capacitação das secretarias municipais para responderem pelo desenvolvimento de programas, ações e procedimentos de atenção básica e de medidas de promoção e prevenção em saúde, ampliando o acesso à saúde. (BODSTEIN, 2002, p. 406)

2.1.3 - Programa de Saúde da Família (PSF)

Em 1997, outra legislação fortalece a descentralização da saúde, através do estabelecimento de programas de saúde que fortalecem a atenção básica no município, são eles: a regulamentação do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), através da Portaria n. 1886/97, em 18/12/1997, onde estão aprovadas as normas e diretrizes do PACS e do PSF. Em 03 de janeiro de 2002, com a Portaria n. 44/02, são delegadas novas atribuições ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) direcionado a duas doenças específicas: a dengue e a malária. No mesmo ano a Lei n. 10.507/02 entra em vigor criando a

profissão do ACS.

Segundo Brasil (2003), através do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia da Atenção Básica à Saúde, lançada em março de 1994, que pretende cuidar do indivíduo em todas as fases de sua vida, se caracteriza pela presença constante de profissionais de saúde em cada comunidade, através de assistência contínua e qualificada em uma área geográfica e social definida. A idéia é que o relacionamento cotidiano entre profissionais e usuários faça com que o enfrentamento dos problemas que desequilibram a saúde seja superado através das ações de saúde que valorizam a população assistida e o vínculo que pode se estabelecer entre profissionais e comunidade. Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta de no mínimo: um (a) médico (a), um (a) enfermeiro (a), um (a) auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários (as) de saúde. Caso essa equipe possua uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) ela contará também com um (a) dentista, um (a) auxiliar de consultório dentário e algumas vezes, poderá ter também um (a) técnico em higiene dental.

O PACS é um programa do governo federal, criado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991 com a finalidade de somar esforços no combate à mortalidade infantil e materna na Região Nordeste. Hoje ele é realidade não somente na Região que lhe deu origem, mas em todo o Território Nacional. O Programa, hoje, se concretiza através de um repasse financeiro da União para os Municípios, no valor de um salário mínimo ao mês por ACS em atividade, com a finalidade de desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde nos bairros e logradouros mais distantes do nosso país.

O Ministério da Saúde repassará recursos financeiros de incentivo, proporcionais à população assistida pelos Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com critérios e prioridades definidos e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite. (BRASIL, Portaria nº. 1886/97, anexo I).

Bodstein (2002) afirma que o Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) são os dois poderosos mecanismos de indução usados pelo governo federal para priorizar a atenção básica nos municípios. Em 2002, o SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica apontava a seguinte realidade: 3.948 municípios com PSF; 4.914 municípios com PACS, totalizando 163.923 agentes comunitários e 15.201 Equipes de Saúde da

Família no Brasil. Segundo dados da Revista Brasileira de Saúde da Família (maio 2002), o PSF já tinha atingido 70% dos municípios brasileiros beneficiando 50 milhões de pessoas.

Em 2002, o Presidente da República encaminha ao Congresso Nacional Projeto de Lei que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, neste projeto estão claras as atividades do ACS, propondo as diretrizes de ação do ACS no território nacional. Hoje, está em discussão no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Saúde, nos Conselhos Estaduais e Nacional e nos Tribunais de Conta dos Estados e da União a regulamentação da contratação deste profissional. No artigo "Saúde da Família em Xequê" (BRASIL, 2005), explicita a pressão do Ministério Público do Trabalho sobre os gestores estaduais e municipais visando à regularização da situação dos profissionais do Programa Saúde da Família.

2.1.4 - O Sistema Único de Saúde

Com a criação do SUS, através de sua legislação, o sistema público de saúde brasileiro ampliou a sua organização e orientação no sentido do interesse coletivo, e todas as pessoas independente de raça, crenças, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia, a ele passou a ter direito.

Seus princípios doutrinários, regulamentados em Lei (8.080/90), são: *Universalidade* - garantir o direito de toda pessoa a ser atendida nas unidades públicas de saúde; *Integralidade* - realizar todas as ações necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos e *Eqüidade* - situações desiguais devem ser tratadas desigualmente, investir mais onde a carência é maior.

Ferreira (2004), afirma que as condições gerais de vida da população limitam e subordinam as ações setoriais que programam o processo de reestruturação do sistema dentro das diretrizes preconizadas.

É fundamental o desenvolvimento de mecanismos que tenham como objetivo traduzir os princípios e as diretrizes fundamentais para a implantação de um sistema de saúde universal, integral e unânime a toda a população, transformando em práticas institucionais efetivas o direito à saúde. (FERREIRA, 2004, p. 70-71).

O SUS hoje enfrenta um hiato entre os direitos assegurados em sua

legislação e a garantia dos mesmos. Dos princípios acima citados, Ferreira (2004), pontua a integralidade dos serviços como o grande desafio nas práticas em saúde, pois esta só é possível quando garantimos ao indivíduo o acesso aos serviços de saúde.

A integralidade das ações de saúde é uma consequência da acessibilidade aos seus serviços. A questão da integralidade representa, hoje, o maior desafio as práticas em saúde, não como questão institucional ou política, já que integrar nessas esferas não é exatamente algo novo, mas como desafio cultural, para romper com as formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição. (FERREIRA, 2004, p. 71-72).

As ações e serviços públicos de saúde, a partir do SUS, devem integrar uma rede *Regionalizada e Hierarquizada* e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: *Descentralização*, com direção única em cada esfera de governo regida pelo Pacto de Gestão - cada esfera de governo tem responsabilidades compartilhadas; *Resolutividade* - o serviço deve está capacitado para o atendimento do usuário até o nível de maior complexidade; *Atendimento Integral* - promover, proteger e recuperar a saúde do cidadão; e *Participação da Comunidade* - nos processos de educação para a saúde e na gestão através de efetivo controle social. Essas diretrizes também estão asseguradas nas Leis Orgânicas: n° 8080 e n ° 8142.

Levcovitz (2001) afirma que existe um relativo consenso entre governo e movimentos sociais, sobre os avanços na descentralização do SUS, pois esta não envolve somente transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Ele ressalta que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo.

O SUS, como sistema hierarquizado, é composto por várias unidades interligadas com duas tarefas a cumprir: a Atenção Básica e a Atenção Especializada (média e alta complexidade). A Atenção Básica a Saúde é uma tarefa do SUS a ser cumprida por todos os municípios, após a implementação da NOB SUS 01/96 e se reflete nas unidades de saúde onde todos podem procurar diretamente o atendimento. O acesso para Atenção Especializada, que é ofertada

por centros de média e alta complexidade, sempre é feito a partir da referência realizada na unidade de saúde. Para os casos de urgência e emergência o atendimento é realizado por Pronto Socorro.

Neste momento vamos nos ater mais à Atenção Básica, mais especificamente à estratégia do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).

2.1.5 - As concepções de saúde presentes nos Programas (PSF e PACS)

No manual do SUS a saúde é conceituada da seguinte forma:

Direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a Saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Artigo 196). A Atual legislação brasileira amplia o conceito de Saúde, considerando-a o resultado de saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Por isso, as gestões municipais do SUS - em articulação com as demais esferas de governo - devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo, entre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e da saúde para a população. (BRASIL, 2005, p. 212).

Esta conceituação governamental expressa à visão de saúde que permeia todos os programas ligados ao Sistema Único de Saúde no Brasil. Nela a saúde é considerada, acima de tudo, como um direito do ser humano a ser garantido pela esfera pública e é interdependente de setores sociais, econômicos, culturais, de infra-estrutura e ambientais das cidades.

Mendes (2001) apresenta dois cenários alternativos para o sistema de saúde no Brasil: o Cenário Lampedusa - com reformas mais superficiais, mais conservadoras e lentas, com ela os grandes problemas do SUS (a segmentação, a municipalização autárquica) não serão solucionadas a contento; e o Cenário Canadá Tropical - o que significa instituir um sistema público para todos os brasileiros através de mudanças macroeconômicas e sistemas microrregionais e integrados de serviços de saúde.

Segundo Mendes (2001), as concepções de saúde presentes nos Programas

elaborados pelo Ministério da Saúde é característica do Cenário Canadá Tropical, cenário de uma proposta social democrata contemporânea de sistema público de saúde, ganhará maior força após a regulamentação da Emenda Constitucional 29 (E.C. 29), que gerará um incremento significativo de recursos para o SUS nos próximos anos, propiciando o fortalecimento das ações de promoção à saúde ao mesmo tempo em que ampliará o acesso do usuário ao sistema de assistência integral.

Devido a esta visão mais holística e social do conceito de saúde, onde o homem é visto como um ser integrado e integrante de seu meio e que sua saúde depende de fatores internos e externos ao seu complexo organismo, o SUS adotou estratégias que pretendem não somente curar as enfermidades já existentes, mas sim evitar que as endemias e epidemias se instalem através de ações preventivas, mudanças de hábitos individuais e coletivos, ações intersetoriais que favoreçam a promoção da saúde pública.

Promoção da Saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (BRASIL, Ministério da Saúde, 1996).

A idéia de promover saúde se fortaleceu na esfera pública com o movimento "Saúde Para Todos", iniciado no final da década de 70, onde seu marco principal está registrado na Carta de Ottawa, fruto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. A carta relata as intenções do movimento mundial em prol de uma nova saúde pública baseada em alguns princípios básicos tais como: compromisso com a saúde como melhoria da qualidade de vida, tomada de decisões políticas em prol da saúde pública, promoção de ações intersetoriais, desenvolvimento da participação comunitária, busca de processos inovadores e desenvolvimento de políticas públicas que favoreçam a saúde.

Promover Saúde é, portanto, ampliar o entendimento do processo saúde/doecimento, de modo que se ultrapasse a tensão que coloca indivíduo e coletivo em antagonismo, através da conjugação clínica e política, atenção e gestão. Na perspectiva da promoção da saúde, a gestão sanitária envolve, fundamentalmente, o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das

estratégias necessárias para que ela exista. (BRASIL, 2005, p. 186).

A saúde, como uma produção social de determinação múltipla, que tem como sua principal causa e conseqüência a melhoria da qualidade de vida, está fortemente presente na proposta das duas principais estratégias do SUS: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Mesmo já tendo passado algumas décadas da Conferência de Ottawa e já termos quinze anos de SUS no Brasil, o PACS é considerado, pela avaliação governamental em Brasil (2002), como um dos programas mais importantes na área da saúde pública, pois a partir dele foi concretizado o PSF, que pretende promover a reorganização da prática assistencial em saúde e o desenvolvimento das ações básicas primárias de atenção à saúde. Segundo dados fornecidos pelo Ministério da Saúde no site do DATASUS¹⁵, vemos na maioria dos municípios brasileiros uma coexistência desses dois programas.

Os dados no Paraná (SESA/ISEP)¹⁶ sobre a evolução da população coberta por equipes de PSF ilustram bem essa realidade. Ao final de 2001 somente 22,37% dos residentes no Estado estavam sob a assistência de equipes de PSF. Para o ano de 2002 espera-se atingir a meta de 5.175.000 habitantes com assistência à saúde sendo realizada por equipes de PSF, ou seja, 54,14% da população do Paraná.

Em relação aos ACS, as primeiras equipes foram implantadas no ano de 1994, totalizando 1889 ACS. No ano de 2001, havia 7574 ACS atuando no Estado, em equipes de PACS ou de PSF. Até o mês de fevereiro de 2002 foram registrados 9708 ACS. A cobertura populacional foi de 4.202.113 habitantes no ano de 2001.

Em Brasil (2002) vimos que em nosso país houveram várias dificuldades para a implementação do PACS, em 1992, o programa ficou suspenso por alguns meses, muitos agentes comunitários de saúde não pararam suas atividades, mesmo ficando meses sem receber salários. Mas não era somente o problema de financiamento que prejudicava a ação do ACS, pois a possibilidade de utilização do PACS para fins políticos partidários e o descompromisso dos demais profissionais da Unidade de Saúde com os trabalhos de promoção e prevenção eram obstáculos reais ao progresso do programa. No mesmo ano, a demanda ocasionada pela epidemia de

¹⁵ www.saude.gov.br/datasus

¹⁶ www.saude.pr.gov.br/isep

cólera, principalmente na Região Norte do país, assegurou a sua continuidade. Mas em 1993, o PACS foi avaliado pelo MS e quase fadado ao término, a ação da UNICEF neste momento foi fundamental, pois esta apresentou o êxito do programa em vários municípios do país através dos índices de mortalidade infantil, aleitamento materno e cobertura vacinal. Assim o MS seguiu o programa no sentido de reorientá-lo.

A estratégia do PSF, implantada pelo Ministério da Saúde, em 1994, tem como principal objetivo a reorganização da atenção à saúde, através de mudanças que implicam na diminuição da distância entre as práticas educativas e as práticas assistenciais. Segundo informações do Ministério da Saúde, em Brasil (2003), esse programa conta hoje com 18.706 equipes de saúde da família na maior parte dos municípios brasileiros (79,7%), atendendo 61.268.082 pessoas (35,1%); a meta até 2007 é ter 30.000 equipes e atender 100 milhões de pessoas (70%). Com esses números podemos afirmar, que, a concepção de saúde preconizada pelo SUS está sendo praticada através de seus programas em grande parte do território nacional.

Mendes (2001) afirma que as concepções que permeiam os programas são frutos das gerações de reformas sanitárias, ele aponta três reformas até então: a do final dos anos 70, a da segunda metade dos anos 80 e a do final dos anos 90, esta, tem seus referenciais conceituais contidos na Carta de Ljubljana - Organização Mundial de Saúde, 1996. Estes referenciais são os que atualmente regem os sistemas de saúde mundial e seus respectivos programas.

Ao relatarmos sobre as concepções presentes nos programas de saúde, tentamos apresentar os aspectos norteadores do trabalho do ACS, buscamos explicar os motivos que fundamentaram seu surgimento em meio aos demais profissionais de saúde no início da década de 90.

Com a concepção de promoção à saúde se fez necessário o surgimento de um profissional que pudesse trabalhar com ações relacionadas à motivação do indivíduo para a mudança de hábitos. Esse profissional para ser um agente motivador necessariamente precisaria ser reconhecido pelo usuário do sistema como alguém próximo que transmitisse confiança.

O Agente Comunitário de Saúde nasce deste contexto, onde se nos instala diversos municípios de nosso país um profissional de saúde cujo papel principal é através do diálogo coloquial e sistemático transformar atitudes não saudáveis em

hábitos promotores de saúde, visando assim, a diminuição da incidência de endemias e epidemias, prevenindo mortalidade materna e infantil e ampliando a expectativa de vida de muitos brasileiros através do acesso ao serviço de saúde.

Nesta pesquisa, realizamos questionamentos sobre suas atribuições e funções diante da comunidade assistida. Tentamos extrair os sentimentos e pensamentos do ACS acerca de suas práticas profissionais. Elencamos no questionário todas as atribuições promotoras de saúde relacionadas pelo Ministério da Saúde como sendo as tarefas do ACS e levantamos as que são reconhecidas pelo ACS como importantes no seu cotidiano produtivo.

Através desse estudo abrimos a possibilidade de verificar através dos questionamentos feitos, indícios de que o ACS incorpora ou não essas concepções de saúde no seu trabalho a partir do grau de importância dada por ele às atividades promotoras de saúde.

Assim buscamos compreender melhor, a partir do ACS, suas atividades, seus sentimentos sobre suas práticas. Não tendo, aqui, a pretensão de analisar se suas atribuições promovem ou não saúde na região da grande Curitiba.

2.1.6 - Agente Comunitário de Saúde e Perfis Esperados

De acordo com as experiências realizadas na Região Nordeste, registradas nos documentos do Ministério da Saúde, em Brasil (1994), durante a implantação do PACS, foi traçado um perfil do ACS para o Programa, perfil este regulamentado no Anexo I da Portaria nº. 1886/97: ter no mínimo 18 anos, saber ler e escrever, disponibilidade integral para a função e ser morador de sua comunidade há pelo menos dois anos.

Há uma necessidade explícita no PACS de assegurar que sejam contratados moradores da comunidade para atuarem em sua região comunitária como Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Isso porque, nas experiências realizadas há indícios que o ACS morador da comunidade em que trabalha - exigência básica do programa - facilita que a Equipe de Saúde da Família (ESF) tenha uma maior familiaridade com o cotidiano dos usuários do sistema, aprendendo sobre os limites, dificuldades, potencialidades e parcerias existentes na comunidade em que atuam. Segundo o

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, em Brasil (2005), o ACS caracteriza-se, também, por ser o elo cultural do SUS com a população, fortalecendo o trabalho educativo e seu contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde.

Segundo o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, o programa propõe que o Agente Comunitário de Saúde seja responsável direto pela prevenção e promoção da saúde, ele deve facilitar a relação de confiança entre a equipe de saúde da família e o usuário do sistema, relação esta imprescindível para as ações de educação em saúde. Eles estão na ponta do atendimento, realizando através do trabalho de busca ativa a investigação epidemiológica e a ampliação do acesso do usuário ao serviço de saúde.

O PACS se confunde com a história da descentralização do Sistema de Saúde do Brasil, pois inicialmente - em 1991, os agentes eram administrados por coordenações estaduais que se deslocavam para os municípios para realizar o processo seletivo, com a municipalização esta ficou sendo uma atribuição municipal.

A implantação do PACS nos municípios é condicionada a critérios, registrado em sua legislação, desde sua proposta inicial: a vinculação do ACS a uma Unidade Básica de Saúde; o ACS deve ser instruído por um (a) enfermeiro (a); o município deve ter seu Conselho Municipal de Saúde implantado com um Fundo Municipal de Saúde para viabilizar os repasses financeiros do programa de fundo a fundo. Todos os ACS devem acompanhar de 150 a 200 famílias para garantir uma vigilância à saúde adequada para 750 pessoas (Portaria 1886/97). Com isso vemos que o PACS possui uma importância fundamental na construção do SUS, não só por assegurar novas práticas sanitárias, mas também por ter sido um dos programas que motivou a inserção de profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) em comunidades distantes de nosso país, bem como colaborou para a fomentação do controle social em saúde.

O sucesso dos agentes comunitários, como programa inovador, e o próprio avanço das formas descentralizadas de operação da política de saúde funcionaram como pré-requisitos para a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família. (BRASIL, 2002, p. 11).

Em estudo para avaliar o PACS da Bahia, Solla (1996) afirma que, possivelmente, não exista planejamento das atividades atribuídas aos ACS, pois

verificaram alta rotatividade de seus supervisores (a enfermagem). Assim, segundo estes autores, é esperado que, entre as ações desenvolvidas pelos ACS junto à comunidade, predominem as que tenham sido mais enfocadas nos treinamentos e/ou as que os agentes considerem mais relevantes.

O Ministério da Saúde, em Brasil (2000), ressalta que o trabalho dos ACS deve ser acompanhado e orientado “por um enfermeiro lotado em uma unidade de saúde (na proporção máxima de 30 ACS para cada enfermeiro), o qual atua como instrutor/supervisor”. Esta determinação indica a necessidade de planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo supervisor, juntamente com o ACS.

De acordo com as experiências de trabalho vivenciadas pela pesquisadora, e as respostas obtidas nesta pesquisa, verificamos indícios de que o PACS é um programa fundamentalmente governamental que vem de início a servir de "tábua de salvação" das crianças nordestinas que estavam privadas de seus direitos ao acesso à saúde pública. Apresenta-se, ao longo de seu desenvolvimento, como um programa de baixo custo em relação aos custos médios destinados à saúde assistencial.

O PACS demonstra sua eficiência nos índices epidemiológicos alcançados, estes são cadastrados, analisados e divulgados pelos organismos governamentais competentes, por isso ele é um programa consolidado e apoiado por todos os governantes que administraram nosso país de 1991 até hoje.

O Programa foi criado pelo governo, isso fica claro quando verificamos na portaria nº. 1886/97 que uma das responsabilidades do MS é "definir normas e diretrizes para a implantação do Programa". Esse primeiro aspecto encontrado na proposta do PACS demonstra uma tendência de manutenção das estruturas sociais existentes.

2.1.7 - As Determinações Legais sobre as Funções e Atividades do Agente Comunitário de Saúde

Em 14 de fevereiro de 2006, é promulgada a Emenda Constitucional nº 51 (EC 51), que acrescenta itens no artigo 198 da Constituição Federal, permitindo que os gestores locais do SUS admitam agentes comunitários de saúde e agentes de

combate às endemias por meio de processo seletivo público. Desta forma, ao ACS é garantida uma continuidade de seu trabalho por tempo indeterminado, sendo-lhe garantida a permanência no PACS durante toda a vigência do programa no âmbito federal e sua seleção ao trabalho é regida dentro da lei. A EC 51 está com sua regulamentação tramitando no Congresso Nacional através da medida provisória nº 297, de 9 de junho de 2006. Com a sua regulamentação ficam firmadas as seguintes atividades do ACS, na sua área de atuação:

- 1- A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- 2- A promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- 3- O registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- 4- O estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- 5- A realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- 6- A participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Comparando-se as portarias e suas prescrições, pode-se dizer que atualmente as práticas dos Programas de Atenção Básica estão encontrando obstáculos no âmbito da discussão trabalhista e administrativa, pois além da questão trabalhista, os municípios são regidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal que define um percentual aceitável de recursos públicos que podem ser investidos em recursos humanos. Isso para a maioria dos municípios brasileiros com orçamento municipal pequeno ocasiona uma restrição à contratação de funcionários no quadro da administração pública, programas como o PACS que é fomentado basicamente por recursos humanos, onde o investimento maior é em pessoas e não em equipamentos, encontram obstáculos administrativos graves para sua concretização nos municípios.

Esta discussão administrativa e trabalhista também se reflete bastante na prática do ACS. Por não ter garantia na continuidade de sua contratação muitos trabalham com contratos inadequados, onde o que vigora é a confiança no empregador, facilitando assim a falta de autonomia e a possibilidade de utilização

eleitoreira do ACS. Outros trabalham através de testes seletivos que garantem o máximo de atuação funcional por dois anos, ocasionando a grande rotatividade de ACS no município prejudicando a qualificação dos profissionais e a continuidade do atendimento de qualidade. E, ainda há os que são contratados de forma terceirizada, através de ONGs ou OSCIPs, esta forma de contratação é a que mais vigora nos municípios, porém é contra-indicada pelo Ministério Público de Trabalho, pois este defende que é uma forma de exploração de mão-de-obra barata que não assegura direitos ao ACS.

As portarias que regulamentam o PACS nos apresentam indícios de que a complexidade e a quantidade de atribuições do ACS são maiores nos lugares e oportunidades em que existem lacunas da assistência do Estado à população, como se esse profissional pudesse salvar vidas nos lugares onde o Estado não está conseguindo cumprir com o seu dever constitucional de promover saúde para todos.

Com a divulgação do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprovação das Diretrizes Operacionais do referido Pacto, através da portaria nº 399 (22/02/2006), a gestão do SUS fica organizada à luz da evolução do processo de pactuação intergestores. Essa Portaria altera toda a forma de gestão até então mencionada através das Normas Operacionais acima citadas e apresenta a forma de gestão do sistema a partir de três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto de Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida diz respeito a compromissos sanitários que os três "entes federativos" firmarão para garantir melhoria de indicadores epidemiológicos de saúde do idoso, de câncer do colo do útero e de mama, mortalidade infantil e materna, de emergências e endemias, de promoção de saúde e de atenção básica à saúde.

O Pacto em Defesa do SUS é direcionado à confirmação do SUS como política de Estado e não como política de governo, através de projetos permanentes de mobilização social e o cumprimento da carta de direito do usuário do SUS.

O Pacto de Gestão do SUS é pautado na responsabilização clara de cada esfera de governo, através: da unidade de princípios e diversidade operativa; da radicalização da descentralização para Estados e Municípios; da desburocratização de processos normativos; do reforço da territorialização da saúde como essencial para a organização dos sistemas, estruturando Regiões Sanitárias e instituindo

colegiados de gestão regional; do reforço da transferência de recursos financeiros fundo a fundo; da integração em grandes blocos do financiamento federal e do estabelecimento de relações contratuais entre os entes federativos.

Após esta Portaria, vieram mais 28 portarias ministeriais que estão em vigência e que modificam a forma de gerir recursos humanos, financeiros e administrativos do SUS. Assim foi desenvolvida a nova Política Nacional de Atenção Básica que tem como principal objetivo assumir a estratégia de Saúde da Família como prioridade, desenvolvendo ações de qualificação através da educação permanente.

Dentro desta nova perspectiva muito se espera avançar nos Programas que asseguram bons resultados na Atenção Básica à Saúde, como o PSF e o PACS.

2.1.7.1 - As atribuições do Agente Comunitário de Saúde Delimitadas nas Portarias

Sobre as Portarias que normatizam as atribuições dos ACS e legitimam as diretrizes do PACS, podemos subdividir seis categorias de atribuições: a primeira são as atribuições ligadas às atividades de cadastro e diagnóstico; a segunda a de monitoramento e acompanhamento; a terceira de encaminhamentos às Unidades de Saúde; a quarta de ações educativas; a quinta de ações de mobilização social e a sexta relacionada às atividades específicas para ações direcionadas à dengue e A febre amarela. As cinco primeiras categorias de atribuições são relacionadas à Portaria nº. 1886/97 e a última corresponde às atribuições da Portaria nº. 44/2002.

As atividades ligadas ao cadastro e diagnóstico, a serem realizadas pelo ACS, são: cadastro de famílias, atualização de fichas, cadastro de crianças de um ano em situação de risco, participação na realização do diagnóstico da área a ser acompanhada, realização da programação das visitas domiciliares, identificação das novas gestantes da comunidade, identificação dos portadores de deficiência físico e mental, investigação de surtos e doenças de notificação compulsória e realização de busca ativa de doenças infecto-contagiosas.

No monitoramento e acompanhamento as atividades são: acompanhar o desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos de idade, monitorar a imunização

das crianças e gestantes, os casos de diarreias, a realização do pré-natal, os recém-nascidos e as puerpérias, supervisionar pessoas que estão em tratamento de doenças como: tuberculose, diabetes, hipertensão e hanseníase.

Na terceira categoria de atribuições as atividades são: encaminhar à Unidade de Saúde as crianças e gestantes para serem imunizadas, as gestantes novas para o pré-natal, as mulheres em idade fértil para os exames periódicos e as pessoas com suspeitas de doenças crônicas.

Sobre as atribuições relacionadas às ações educativas, o ACS deve realizar: ações de promoção à saúde em idosos, preservação do meio ambiente, prevenção do câncer ginecológico e de mama, orientações de planejamento familiar, climatério e sobre saúde bucal infantil, além de, orientar as famílias sobre o apoio necessário a ser dado ao deficiente, sobre a prevenção e controle das doenças endêmicas, orientarem as gestantes sobre os sintomas de risco da gestação e preparo para o parto e amamentação, orientar adolescentes sobre DST/AIDS e gravidez não planejada.

No que diz respeito às atribuições relacionadas à mobilização social, as atividades são: estimular a participação comunitária para ações de melhoria da qualidade de vida, participar de conselhos de saúde, realizar ações de promoção dos direitos humanos na comunidade e estimular a participação dos usuários em conselhos e associações comunitárias.

Todas essas atividades estão normatizadas no anexo I da Portaria nº 1886/97. A sexta categoria de atribuição que é relacionada especificamente às atividades de prevenção e controle da malária e dengue (Portaria nº 44/2002) acrescenta as atividades acima relacionadas procedimentos de aplicação de imunotestes, coleta de lâminas de sintomáticos ou encaminhar usuário para realizar coleta, recepção de resultado dos exames e providencias do acesso ao tratamento, essas ações são direcionadas aos casos do PACS em área rural.

II - em área rural, além das atribuições relacionadas no item I deste artigo:

- a) Proceder à aplicação de imuno-testes, conforme orientação da Coordenação Municipal do Pacs e PSF;
- b) Coletar lâminas de sintomáticos, e enviá-las para leitura ao profissional responsável e, quando não for possível esta coleta de lâmina, encaminhar as pessoas à unidade de referência;
- c) Receber o resultado dos exames e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado, de acordo com as orientações da

Secretaria Municipal de Saúde e da Funasa. (BRASIL, Portaria nº44/2002).

Observando a listagem de atribuições do ACS explícita nas portarias, verificamos que estas possuem uma extensão muito grande e complexidade para sua realização.

Os *requisitos exigidos* para o ACS, segundo a portaria nº1886/97, este para desenvolver suas funções deverá saber ler e escrever. Também é regulamentada nesta mesma portaria que o treinamento destinado para o ACS deverá ocorrer no ambiente de serviço através do enfermeiro inspetor ou de outros profissionais que possam colaborar.

A capacitação do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde. (BRASIL, Portaria 1886/97, anexo I)

Este fato demonstra que além do baixo grau de escolaridade exigido não existe nesta regulamentação um indicativo de investimentos na formação profissional para que o ACS possa vir a desempenhar todas as funções que lhe são atribuídas.

Para a realização das atribuições citadas acima, dos ACS está sendo exigido, no mínimo, habilidades de comunicação social e relacionamento humano, capacidade descritiva da realidade vivenciada e de julgamento, conhecimento básico em desenvolvimento infantil, gestação, doenças infecto-contagiosas, dentre outros assuntos relacionados a sintomas e profilaxia de enfermidades.

Outro aspecto importante é o fato de ser exigido ao ACS exclusividade para o PACS sendo destinado pelo MS um salário mínimo para este profissional, sem nenhuma garantia trabalhista, tendo em vista que ainda está em discussão no âmbito do Ministério Público e do Trabalho a forma de legitimação da contratação do ACS.

O artigo 4º da lei 10.507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de ACS, é claro: "O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto". Aqui está o nó da questão... a lei é confusa e precisa ser revisada...o problema é que no começo da implantação do Programa Saúde da Família, o Ministério da Saúde incentivou o contrato de ACS sem concurso público. Mas agora lava as mãos... (CONASEMS, jan.2005, p. 27).

Existem outros aspectos importantes na regulamentação do PACS, na

portaria 1886/97 é atribuído ao Estado o papel de estabelecer critérios para implantação do PACS nos municípios, como também é explicitado à possibilidade de substituição do ACS por motivo de rejeição da comunidade, fato este que pode ser legítimo como também pode não ser, pois em sua prática o ACS poderá desagradar lideranças comunitárias e se chocar com a cultura local ao tentar ensinar hábitos que promovem saúde.

Temos como exemplo¹⁷ disto um fato ocorrido no PSF de uma cidade ao Leste do litoral cearense, em 1998, quando uma agente comunitária de saúde em suas visitas observou que a maioria dos filtros de água que tinham sido fornecidos à população estava servindo de enfeites ou de vasos para plantas. A ACS iniciou um trabalho de conscientização sobre a importância do uso do filtro para purificar a água de beber naquela comunidade. Muitas famílias deixaram de recebê-la em suas casas e demonstraram grande hostilidade para com a profissional, alguns vereadores se motivaram a solicitar ao Prefeito da cidade a sua exoneração, estes não obtiveram sucesso.

¹⁷ Experiência vivenciada pela pesquisadora em trabalho anterior junto à Equipe de Saúde da Família no Estado do CE.

2.2 - BREVES ASPECTOS DA PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

Aqui falaremos um pouco sobre a Psicologia Social Comunitária como uma ciência que estuda os processos humanos em comunidade, as atividades, os pensamentos, os sentimentos e os valores humanos em seu cotidiano.

Segundo Campos (1996), a ampliação dos sistemas de saúde e educação pública no país, e o aumento do número de psicólogos trabalhando em postos de saúde, creches, enfim em instituições públicas que visam promover o desenvolvimento social, fez com que a Psicologia Social Comunitária desenvolvesse os instrumentais de análise e intervenção relevantes para as novas problemáticas que se apresentam aos psicólogos.

Como este estudo trata de saúde pública, programas de promoção à saúde e a prática dos profissionais de saúde, no caso o ACS, acredita-se que a visão da Psicologia Social Comunitária possa ser muito útil para o desenvolvimento da análise em questão.

2.2.1 - Breve Histórico

Segundo Farr (2004), a Psicologia Social tem sua origem no início do século XX, este estabelece seu marco inicial com os dez volumes "Völkerpsychologie" ¹⁸ escritos por Wundt (entre 1900 a 1920) no mesmo ambiente e contexto em que este realizava experimentos de psicologia no laboratório de Leipzig, na Alemanha. Com isso vemos o surgimento da Psicologia como ciência natural e como ciência social tendo suas origens ligadas ao mesmo pesquisador, na mesma academia e no mesmo momento histórico.

Psicologia, para Wundt, era apenas em parte um ramo das ciências naturais. Ele percebeu que seria possível resolver experimentalmente certos problemas específicos dentro da filosofia. Esse projeto estritamente limitado, contudo, necessitava, em sua opinião, ser suplementado por uma forma de Geisteswissenschaften¹⁹. (FARR, 2004, p. 40).

O que Wundt deixava claro, pesquisando separadamente a psicologia das

¹⁸ Psicologia Social

¹⁹ Expressão alemã que significa Ciências Humanas e Sociais.

ciências naturais e a psicologia das ciências sociais, era que, nem todos os processos mentais poderiam ser estudados através de métodos experimentais. Porém, na época em que a ciência natural era vista como a única forma de se fazer ciência, a psicologia conseguiu uma maior afirmação perante o mundo como uma ciência que estudava o comportamento humano, neste momento a psicologia (como ciência natural) de Wundt se destacou.

Os objetos de estudo de Wundt na Psicologia Social eram a linguagem, a religião, os costumes, os mitos e as magias, sua intenção era analisar a mente em suas dimensões externas. Farr (2004) afirma que Wundt nos apresenta a mente como um fenômeno histórico.

É verdade que muitas vezes já se tentam investigar as funções complexas do pensamento à base da mera introspecção. Essas tentativas, contudo, foram em geral sem sucesso. A consciência individual é totalmente incapaz de nos fornecer a história do pensamento humano, pois ela está condicionada pôr uma história anterior a respeito da qual ela não pode, pôr si mesma, dar-nos nenhum conhecimento. (FARR, 2004, p. 46).

Segundo Farr (2004), essa distinção entre a psicologia como ciência natural e a psicologia como ciência social deu origem a modelos distintos de atuação do psicólogo na empresa, na clínica, na escola, no hospital e na comunidade.

Afirmando existir dois modelos de Psicologia Social Comunitária: a Norte Americana (PSCNA) da Latino Americana (PSCLA), Prado (2002), esclarece que a PSCNA se estabelece como uma derivação da Psicologia Clínica, onde o foco é o comportamento individual, colocando "o indivíduo como supremacia de qualquer entendimento sobre o mundo social, as relações de poder e as ações grupais." A Psicologia Social Comunitária Norte Americana é individualista tendo o *Empowerment*²⁰ como um dos seus conceitos mais inovadores que focaliza a percepção individual sem conectá-la a uma visão sócio-política. Já a Psicologia Social Comunitária Latino Americana, chamada de *comunitarista*, se distingue da norte americana principalmente pelo seu contexto de desenvolvimento que foi marcado por revoluções e lutas sociais contra sistemas totalitários, sendo uma psicologia voltada ao processo de participação democrática visando à transformação social.

Para entendermos a Psicologia Social Comunitária, precisamos realizar um

²⁰ Empoderamento.

percurso histórico da evolução da ciência psicológica, especificamente da Psicologia Social. Segundo Bonfim (1990), a lacuna do social na psicologia só foi resgatada a partir de 1960 pela psicologia social contemporânea desenvolvida na Europa, ela faz uma crítica à psicologia social norte-americana da década de 50 (que estabelecia uma dicotomia entre o indivíduo e a sociedade). A busca da concepção única sobre o homem pela psicologia é marcada pela argumentação de que não há possibilidade de uma psicologia que não tenha o elemento social. Esta concepção é a que fundamenta a psicologia social desenvolvida mais no hemisfério Sul.

Pontuamos como fundamental no estudo da psicologia social, na qual basearemos nosso referencial teórico, o que ela tem de original, que é questionar a separação entre o individual e o coletivo, e contestar a dualidade entre o psíquico e o social, sem deixar de compreendê-los como CAMPOS interdependentes. (BONFIM, 1990, p.51).

Na década de 1950, a Psicologia Social estava sendo sistematizada na realidade Norte Americana - pós II Guerra Mundial, onde a reconstrução da vida em sociedade e o desenvolvimento econômico eram metas a serem atingidas por todos, para tanto começava a ser tarefa psicológica a intervenção nas relações humanas nos grupos, buscando a harmonização e a produtividade.

Na Europa, a fenomenologia com Kurt Lewin, buscava uma visão mais holística de homem para a Psicologia, através da chamada Teoria de Campo²¹. Já em 1960, na França, a psiquiatria começava a ser trabalhada de forma a considerar uma intervenção geograficamente delimitada e, na Itália, em 1961, iniciava o movimento antipsiquiátrico comandado por Basaglia²², visando a deshospitalização e o tratamento em sociedade dos indivíduos que sofriam de problemas mentais.

Nesta mesma época, nos Estados Unidos, estavam sendo criados os Centros Comunitários de Saúde Mental através do Movimento de Saúde Mental Comunitária que, em 1965 - na Conferência de Swamposcott - constitui a Psicologia Comunitária como campo profissional e como disciplina específica.

Campos (1996) afirma que os Centros Comunitários de Saúde Mental tinham como objetivo melhorar o tratamento psiquiátrico superando a hospitalização

²¹ Segundo Minicucci (2002), essa teoria afirma que o comportamento humano depende das mudanças que ocorrem em seu espaço de vida (campo), que é constituído da pessoa e do meio psicológico e como este meio existe para o indivíduo.

²² Franco Basaglia - médico psiquiatra responsável pelo movimento Antipsiquiátrico na Itália, desenvolvendo experiências com a sua equipe em várias cidades: Gorizia, Trieste, Arezzo e Perugia.

clássica, porém as mudanças foram mais aparentes do que estruturais. Segundo Alfaro (1993), um dos motivos que fez com que o Movimento de Saúde Mental Comunitária nos EUA não evoluísse foi principalmente o fato de que as equipes de profissionais que implementaram o programa não tinham formação suficiente para inovar o modelo em que estes tinham se especializado. Na América Latina, desde a década de 1950, a realização de trabalhos interdisciplinares de combate a pobreza, principalmente em comunidades rurais eram cada dia mais freqüentes. Surgiram neste período as primeiras experiências de educação de adultos baseada na metodologia da Educação Popular de Paulo Freire.

A necessidade social deste tipo de trabalho acontecia simultaneamente ao crescimento acelerado das cidades, dos centros industriais, onde o homem rural imigrava para os grandes centros buscando melhores oportunidades. A demanda da classe dirigente era habilitar mão-de-obra para o progresso e minimizar a pressão social devido às insatisfações populares, para isso vários programas de caráter assistencialista e paternalista evoluíram, em meio às essas iniciativas, práticas cujo objetivo era mobilizar a participação comunitária para enfrentar seus problemas a partir da tomada de consciência, também foram sendo desenvolvidas e é em meio a essas experiências que nasce a Psicologia Social Comunitária na América Latina.

No Chile, este movimento foi alicerçado por práticas psiquiátricas inovadoras: A Psiquiatria Intracomunitária e a Saúde Mental Populacional. Revendo a trajetória da Psicologia Social Comunitária no Brasil, há indicativos de que ela surge através de práticas na área da saúde, na educação popular e nos movimentos sociais e acadêmicos.

Segundo Freitas (1996), no Brasil também foi nos anos 60, com os movimentos populares urbanos mais freqüentes e as ligas camponesas que foram se aglutinando um número maior de trabalhos em torno de reivindicações de necessidades básicas. Nos primeiros anos desta década, acontecem tentativas de significativas transformações, especialmente na área educacional, como exemplo disto os trabalhos executados no nordeste do país, de educação popular e de adultos, fundamentados na filosofia e no método de Paulo Freire. Freitas (1996) afirma que neste mesmo momento há o reconhecimento da profissão de psicólogo (27/08/1962) e a criação dos cursos de Psicologia pautados nos modelos norte-americanos.

Segundo Lane (1996) o Golpe Militar de 1964 foi um fato histórico que ressaltou a necessidade de profissionais das ciências humanas e sociais se questionarem mais sobre o seu papel junto à comunidade na conscientização e organização contra a repressão. Sendo assim, no final desta década, as demandas sociais crescentes fazem com que o psicólogo comece a desenvolver atividades visando a deselitização das suas práticas. Em 70, trabalhos voluntários, ligados as universidades e vinculados aos referenciais teórico-metodológicos da sociologia, antropologia, história, educação popular e serviço social, são emergentes e iniciam-se as publicações sobre práticas realizadas por psicólogos em comunidades.

Segundo Freitas (1996), na década de 1980, com a expectativa da democratização houve um movimento de se repensar a prática voluntária que até então era comum entre os profissionais que atuavam em comunidades carentes, por isso em 1981, com a criação da ABRAPSO - Associação Brasileira de Psicologia Social houve uma ampliação da produção científica. Dentre os vários eventos acadêmicos e científicos da época, podemos citar os Encontros organizados pela ABRAPSO como marcos do desenvolvimento científico da Psicologia Social Comunitária: o Encontro Regional de Psicologia na Comunidade (em São Paulo, 1981) onde a preocupação central foi a busca da compreensão de uma Psicologia Comunitária; e o Encontro Regional de Psicologia na Comunidade (em Belo Horizonte, 1988) onde houve uma maior busca pela sistematização desta ciência, Lane (1996). Em todos os Encontros posteriores, verificamos que o desenvolvimento da Psicologia Social Comunitária vem ampliando sua teoria e método.

Lane (1996) faz uma retrospectiva das experiências apresentadas nestes Encontros de 1981 e 1988, elas apontam a evolução da Psicologia Social Comunitária no Brasil: a pesquisa de Hélio Figueiredo - Saúde Mental Comunitária no Jardim Santo Antônio em 1977 onde, com o objetivo de atuar com saúde mental, a equipe detecta problemas comunitários que necessitavam de intervenção profissional; a experiência do Centro de Educação Popular do Instituto Sedes Sapientiae em 1981 em São Paulo era uma proposta de intervenção crítica e de prestação de serviços de saúde e educação, através de equipes interdisciplinares; A atuação de Maria Alice Vassimon em 1981 - a utilização do Psicodrama Pedagógico com mulheres na periferia de São Paulo, nesta experiência a educação popular era facilitadora da percepção do grupo para a sua própria realidade e cultura; a

experiência da Vila Acaba Mundo, em Belo Horizonte, onde a pesquisadora Bonfim revela a obrigação do psicólogo em suas intervenções na comunidade; a pesquisa de Mortara em 1989, através de entrevistas e análise das representações sociais dos participantes dos centros comunitários, verificou-se que trabalhos comunitários com bases paternalistas e assistencialistas levam a manutenção da consciência fragmentada pelo idealismo e individualismo, impedindo avanços coletivos. Essas descobertas alavancaram outras experiências que buscavam novas formas de intervir nestes espaços públicos.

Segundo Freitas (2003), no que se refere a história da Psicologia Social Comunitária brasileira, pode-se afirmar que ela tem sido contada a partir do desenvolvimento político-social do Brasil e da América Latina, na transformação dos olhares da população para os direitos e para os deveres sociais.

Em 1990, avanços importantes ocorreram, o psicólogo começa a atuar nas instituições com o objetivo claro de democratizar o serviço público, tendo assim, uma maior diversidade teórico-metodológica. Freitas (1996) aponta alguns aspectos que marcaram o desenvolvimento da Psicologia Social Comunitária na década de 90, são eles: a modificação dos espaços e dos motivos para a realização das práticas do psicólogo; a ampliação das possibilidades de inserção desses profissionais; a diminuição das dificuldades quanto à acessibilidade com conseqüente aumento do espaço de reflexão e análise das práticas; aumento do apelo do Estado para uma maior atuação destes profissionais junto à sociedade; institucionalização da profissão, porém pouca base curricular universitária; transposição de modelos educacionais e clínicos para a prática em comunidade; e o emprego de modelos sócio-históricos buscando a construção de um novo paradigma de atuação do psicólogo, pautado no cotidiano.

Segundo Freitas (2004), a história de construção das práticas da Psicologia Social Comunitária no continente latino-americano tem revelado existirem alguns aspectos decisivos que demarcam uma diferença filosófica, política e concreta com relação às outras práticas psicológicas.

Tais aspectos distintivos referem-se a que o trabalho preserve a dinâmica vivencial das relações comunitárias existentes; não distorça e nem descontextualize a realidade comunitária; garanta a participação da comunidade como produtora, também, de conhecimento e de alternativas para sua própria história cotidiana; e permita encontrar, conjuntamente, formas de ação para os problemas vividos. Conseguir realizar trabalhos que

atendam a estes aspectos significa estar considerando os processos psicossociais presentes na formação de consciência e identidade, assim como fortalecendo as alternativas de ação e participação individual e coletiva. (FREITAS, 2004, p. 38).

2.2.2 - Principais Eixos e Categorias

A Psicologia Social Comunitária, segundo Campos (1996), parte do pressuposto de que o conhecimento se produz na interação entre o profissional e os sujeitos da investigação, para tanto se utiliza a metodologia da pesquisa participante que permite a intervenção e a descoberta caminhar de mãos dadas, onde o que se valoriza são sobretudo a ética da solidariedade, os direitos humanos e a busca da qualidade de vida. Góis (1994) entende a Psicologia Comunitária como uma área da Psicologia Social que estuda a atividade do psiquismo decorrente do modo de vida do lugar/comunidade; estuda o sistema de relações e representações, identidade, consciência, identificação e pertinência dos indivíduos ao lugar /comunidade e aos grupos comunitários. Visam ao desenvolvimento da consciência dos moradores como sujeitos históricos e comunitários, através de um esforço interdisciplinar que perpassa a organização e o desenvolvimento dos grupos e da comunidade.

A Psicologia Social Comunitária se preocupa com o desenvolvimento do indivíduo como um todo e como sujeito de sua história. Segundo Góis (1994), o objeto da Psicologia Comunitária é o processo do reflexo psíquico da vida comunitária, a imagem ativa das relações do lugar ou da comunidade no psiquismo dos seus moradores e a expressão da identidade a partir das condições e do modo de vida desse mesmo lugar em que vivem e fazem história de sofrimento, luta encontro e esperança. Desta forma, afirmamos que a Psicologia Social Comunitária tem como objeto de estudo o psiquismo humano a partir da vida cotidiana.

Através da Psicologia Social Comunitária podemos observar as condições que propiciam ou dificultam o indivíduo de ser sujeito. No mesmo momento que se estuda essas condições se intervêm no desenvolvimento humano, na construção da identidade individual e coletiva e no fortalecimento da consciência crítica. Dar-se muita importância aos processos de participação do indivíduo em seu lugar/comunidade e em sua *superestrutura*, pois a Psicologia Social Comunitária trabalha com os aspectos saudáveis do psiquismo fortalecendo-os para que as

condições psíquicas individuais e as condições objetivas da realidade comunitária sejam transformadas tendo conseqüência direta na melhoria da qualidade de vida do sujeito.

A psicologia (social) comunitária utiliza-se do enquadre teórico da psicologia social, privilegiando o trabalho com os grupos, colaborando para a formação da consciência crítica e para a construção de uma identidade social e individual orientadas por preceitos eticamente humanos. (FREITAS, 1996, p. 73).

A Psicologia Social Comunitária se preocupa com a construção do indivíduo como sujeito de sua história, pois a precariedade e a limitação do trabalho, no sistema capitalista atual, empobrecem a ação transformadora da atividade humana, reduzindo o fluxo dos processos de subjetivação do mundo e de objetivação do ser. A Psicologia Social Comunitária estuda o reflexo psíquico da vida comunitária ao mesmo tempo em que nela intervém e por ela é transformada.

O psicólogo social comunitário é aquele profissional que trabalha como facilitador dos processos de desenvolvimento comunitário, entendendo que isto só se concretiza quando o indivíduo está com a capacidade de poder e controlar suas circunstâncias de vida.

O Homem produz sua própria existência, portanto produz a si mesmo, para tanto se relaciona com os outros, portanto produz e é produzido pelo outro. Portanto, a dupla relação apontada atrás entre organismo e meio se dá mediada pela dupla relação consigo mesmo. (CODO, 2001, p. 50).

Lane (2001) afirma que o Homem é um ser social, um ser de ação. Ao mesmo tempo em que se desenvolve no meio em que vive o transforma através do movimento de objetivação de si no mundo e da subjetivação do mundo em si. Com essa compreensão a Psicologia Social Comunitária busca promover esse movimento humano de desenvolvimento, para isso entende que a forma de garantir que o trabalho comunitário aconteça dentro de uma perspectiva transformadora é através da participação efetiva da comunidade no trabalho a ser realizado.

Outro aspecto importante que deve ser considerado pela Psicologia Social Comunitária é a tomada de consciência da realidade imediata para garantir a ação transformadora. Segundo Góis (1994), temos que considerar que o cotidiano está imerso nas ideologias de submissão e resignação onde a disputa de poder é polarizada entre líderes e liderados, classe dirigente e classe oprimida, portanto o

sujeito para desenvolver atividades no mundo visando à melhoria da qualidade de vida necessita estar consciente de tudo que o cerca evitando a opressão contínua de sua capacidade produtiva, a manipulação de sua vida que empobrece a sua ação transformadora.

Segundo Alfaro (1993), a ação transformadora é eminentemente coletiva, mesmo que também ocorra na esfera individual, pois para transformar as estruturas vivenciais inferiores - o cotidiano das relações do sujeito - é fundamental transformar as superestruturas - realidades macro-políticas, econômicas e sociais - em que o sujeito está inserido. Interessante salientar que as superestruturas só são transformadas a partir da ação cotidiana consciente dos sujeitos.

Essa ação transformadora é categorizada como Atividade. Segundo Góis (1994) a atividade é um processo pelo qual se realizam as transformações mútuas entre sujeito e objeto, essa categoria da Psicologia Comunitária é o elo que estabelece o vínculo indissolúvel entre o mundo objetivo e o mundo subjetivo, entre a atividade cerebral e a atividade psíquica, entre a atividade consciente e as instâncias inconscientes e automáticas.

É nessa transformação mútua que o indivíduo constrói a sua Identidade, outra categoria conceitual importantíssima para a Psicologia Social Comunitária. Segundo Ciampa (2001), sua identidade é a História personificada. A identidade é um contínuo sendo na historicidade da vida cotidiana.

Essa identidade que surge como representação de meu estar-sendo (como uma parcialidade) se converte num pressuposto de meu ser (como uma totalidade), o que, formalmente, transforma minha identidade (entendida como um dar-se numa sucessão temporal) num dado atemporal - sempre presente (entendida como identidade pressuposta re-posta numa sucessão temporal). (CIAMPA, 2001, p. 69).

Outra categoria de extrema importância para o trabalho comunitário é a Linguagem, essa entendida como a libertação do homem do mundo prático permitindo-o permear no mundo simbólico. É através da linguagem que a cultura, a política, os valores enfim a vida do indivíduo se socializa. Portanto, sem os processos de linguagem não haveria vida em comunidade, não haveria trabalho comunitário, a vida do ser humano seria individualizada e nunca social.

Segundo Góis (1994), o homem, manejando símbolos, abstrai aspectos da realidade e os generaliza por meio de relações lógicas e categoriais, só possíveis

face à aquisição da linguagem, podendo, assim, penetrar mais profundamente na essência das coisas.

Essas categorias e os demais conceitos que formam a Psicologia Social Comunitária são fundamentais para a execução desta atividade profissional, pois somente conhecendo bem as categorias o psicólogo consegue obter a leitura científica necessária dos processos ocorridos na vida em comunidade para realizar sua intervenção responsável e ética.

Avaliar a prática comunitária é traçar indicadores que apresentem de forma clara e precisa o quanto o grupo trabalhado está caminhando para a autonomia ou para a dependência do trabalho realizado e das pessoas que estão facilitando o processo. Agora, podemos concluir que a Psicologia Social Comunitária sempre estará comprometida com o fortalecimento da identidade cidadã e com a conquista da autonomia do sujeito.

Segundo Freitas (1998), os processos de participação comunitária, no desenvolvimento do trabalho comunitário, são mecanismos importantes para o atendimento dos objetivos da Psicologia Social Comunitária, estes devem ter suas metas traçadas *a posteriori* da inserção do profissional para garantir o envolvimento efetivo de todos.

2.2.3 - Campo de Atuação

Freitas (1998) afirma que a visão de homem e do mundo que o profissional tem é o que direciona a forma de intervenção deste profissional na comunidade. Ela também esclarece que o trabalho de Psicologia Social Comunitária pode ser transformador ou mantenedor da realidade social vivida, sendo um dos fatores que propicia esses acontecimentos a forma de inserção do profissional no trabalho comunitário. O profissional terá duas opções de inserção comunitária: a primeira traçando seus objetivos *a priori* - com a estrutura de suas atividades traçadas e pré-definidas; ou este traça seus objetivos *a posteriori* - realizar a inserção e construir seus objetivos com ou sem a discussão e participação de todos os envolvidos.

A autora é clara ao apresentar a primeira opção como propiciadora de uma intervenção mantenedora da realidade, que busca simplesmente a melhor

adequação dos sujeitos a realidade vivida.

A comunidade... é vista e se assume como inquestionável e imutável, tendo uma vida e uma dinâmica de relações já dadas e prontas, fortalecendo assim o conformismo e passividade, de modo que ela fica em uma posição de mera receptora dos serviços e benefícios fornecidos pelo psicólogo. (FREITAS, 1998).

Sobre a segunda opção, a inserção com objetivos do trabalho sendo traçados *a posteriori*, fica claro que somente se pode garantir uma participação efetiva da comunidade no trabalho da Psicologia Social Comunitária se o sujeito participar desde a elaboração da proposta e que essa participação perdure por toda a intervenção realizando mudanças de estratégias e metas de acordo com as demandas dos sujeitos em seus cotidianos. Desta forma estamos garantindo que a criatividade e a melhor saída para as dificuldades encontradas sejam traçadas pelos sujeitos da história.

Acreditar na possibilidade de desenvolvimento de trabalhos em comunidade, com estas preocupações, implica em não ver a população nem como desamparada pôr natureza, nem desvalida ou um espécime exótico digno de estudos. Significa, ao contrário, descobrir que a população é sim, diferente dos padrões e previsões tradicionalmente científicas, sendo mais lutadora e sobrevivente do que tem sido considerada pelos centros de investigação. (FREITAS, 1998).

Desta forma o trabalho em grupo, o diálogo interessado, o progresso mútuo, a troca de saberes, as conversas informais, a recuperação histórica, a identificação da realidade através da discussão conjunta com a formulação de alternativas de enfrentamento e a avaliação contínua do trabalho coletivo, facilitam a intervenção do psicólogo comunitário para que ele obtenha o que há de mais precioso: a transformação da realidade vigente de forma a primar pela ética, deixando explícito que os problemas a serem enfrentados não são dissociados de todo o macro e micro contexto social onde o sujeito vive e faz sua história de sofrimento, luta encontro e esperança.

Segundo Freitas (2004), foi na década de 60, com as primeiras turmas de psicólogos, que vemos que as práticas da psicologia em comunidade começaram a advogar, nitidamente, uma deselitização e aproximação da psicologia à realidade cotidiana concreta. Essas ações tinham desde a conotação político-partidária até ações meramente assistencialistas.

Na década de 70 há a busca por uma intervenção menos tradicional e mais

comunitária dentro da Psicologia e mais tarde essa certeza ganhou força através de trabalhos científicos e da criação oficial do cargo de psicólogo nas unidades de saúde pública.

Com o passar dos anos e com o fomento de encontros científicos para promover um maior desenvolvimento desta ciência, a Psicologia Social Comunitária tem sua prática cada vez mais comprometida com a autonomia dos setores populares desenvolvendo novas linhas de atuação.

Isso vem ao encontro das propostas de saúde pública defendida após a reforma sanitária na década de 80 no Brasil, o psicólogo se tornou mais um profissional de saúde pública agregando forças aos demais profissionais em um movimento interdisciplinar para desenvolver atividades promotoras de saúde nos municípios brasileiros.

No contexto do trabalho do ACS, que vem a desenvolver atividades que estimulam a mudança de hábitos comunitários, a Psicologia Social Comunitária vem de encontro a práticas de saúde pública que podem ampliar esse trabalho direcionado ao comportamento coletivo e individual.

Na saúde pública o profissional de psicologia além de ocupar cargos de gerenciamento dos sistemas locais de saúde, sua presença se torna cada vez mais indispensável na atenção básica à saúde em programas como o PSF e o Centro de Apoio Psicossocial - CAPS. Tendo em vista a sua prática profissional está direcionada a mudança de atitudes, hábitos, autoconhecimento, equilíbrio psíquica e participação social, que fortalecem conceitos como o de promoção à saúde, educação em saúde e prevenção, tão fomentadas na atenção básica do SUS.

O psicólogo no serviço público de saúde aparece oficialmente desde a década de 80, hoje com uma maior frequência do que antes estes profissionais estão presentes nos processos de formação de outros profissionais de saúde. Temos como exemplo, a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP-CE) que possui em seu quadro de professores de especialização em Programa de Saúde da Família, psicólogos com formação específica em psicologia social ou em saúde coletiva.

2.2.4 - Psicologia Social Comunitária e Educação

Como já indicado anteriormente, na história do desenvolvimento da Psicologia Social Comunitária no Brasil e na América Latina, a interdisciplinaridade é um fator muito presente. No que diz respeito à área da Educação vimos que esta influenciou a Psicologia Social Comunitária em sua teoria e prática, principalmente a partir das experiências bem sucedidas de Educação de Adultos e outras produções de Paulo Freire.

Neste momento nos dedicaremos a relatar um pouco sobre as colaborações da teoria Freireana com a Psicologia Social Comunitária.

Alguns aspectos da teoria de Paulo Freire fazem interseções com a realidade social e é amplamente estudada pela Psicologia Social Comunitária, Góis (1996) afirma conceitos como: consciência e caráter de oprimido, essencialmente freireanos, como categorias da Psicologia Comunitária. Portanto, ressaltaremos algumas das definições freireanas que surgem na teoria da Psicologia Social Comunitária no Brasil e na América Latina.

2.2.4.1 - Educação Popular

Segundo Pinto (1993), a educação, de acordo com a proposta de Paulo Freire, tem que ser nacional em sua plena significação. Deve visar à transformação da nação de atrasada em progressista. Por tanto toda educação tem que ser popular, já que o que traduz o progresso ou não de um país é a educação de suas massas.

A finalidade da educação não se limita à comunicação do saber formal, científico, técnico, artístico, etc. Esta comunicação é indispensável, está claro, porém o que se intenta por meio dela é a mudança da condição humana do indivíduo que adquire o saber. Por isso, a educação é substantiva, altera o ser do homem. A não ser assim seria apenas adjetiva, mero ornamento da inteligência. O homem que adquire saber passa a ver o mundo e a si mesmo deste outro ponto de vista. Por isso se torna um elemento transformador de seu mundo. Esta é a finalidade essencial da educação. Tal é a razão de que todo movimento educacional tenha conseqüências sociais e políticas. (PINTO, 1993, p. 49).

O caráter transformador da Educação Popular de Freire foi um grande estímulo aos primeiros trabalhos realizados no Brasil com os camponeses e

sertanejos na década de 60. Freitas (1996) relata isso e aponta o compromisso político da ação de Paulo Freire em seus trabalhos no Nordeste brasileiro, apresentando a iniciativa da Alfabetização de Adultos como um marco importante no desenvolvimento de experiências posteriores da psicologia junto a comunidades carentes e rurais.

Mediante o exposto, podemos afirmar que o objetivo de transformar a realidade social a partir de iniciativas de comunicação individual e comunitária levando em consideração a realidade de vida das pessoas, mediante metodologias com suporte nas teorias materialista e dialética apresenta a grande convergência entre a Educação Popular e a Psicologia Social Comunitária.

2.2.4.2 - O Sentido da Cultura

Para Freire (1980) a cultura tem um papel fundamental para o indivíduo e para as massas populares, pois uma ação cultural pode ser, dependendo de sua origem, alienadora ou conscientizadora. Havendo assim, dois tipos de ação cultural: ação cultural para a liberdade e a ação cultural para a dominação.

Enquanto a ação cultural para a liberdade se caracteriza pelo diálogo e seu fim principal é conscientizar as massas, a ação cultural para a dominação se opõe ao diálogo e serve para domesticá-las. Uma problematiza, a outra emite slogans. Já que a ação cultural para a liberdade está comprometida no esclarecimento científico da realidade, ou melhor, na exposição dos mitos e das ideologias, tem de separar a ideologia da ciência, Althusser insiste sobre esta separação necessária. (FREIRE, 1980, p. 91).

O sentido de Cultura para Freire (1980) colabora com a Psicologia Social Comunitária quando apresenta a importância da luta de classes na esfera ideológica. Apresentando que existem duas classes em nosso sistema sócio-econômico que regula a ação cultural de nossa nação. Essa visão da importância da ideologia no trabalho do psicólogo em comunidade é fundamental, pois este tem que fazer a leitura de que processos ideológicos estão imerso e que cargas ideológicas estão presentes em seu processo de intervenção para que possa avaliar se sua ação está sendo de dominação ou de libertação.

Porém percebemos que há divergências no que diz respeito à separação da

ideologia e da ciência, pois na Psicologia Social Comunitária a ideologia sendo um componente da vida comunitária é objeto de estudo e intervenção como qualquer outro conteúdo do lugar/comunidade.

2.2.4.3 - Ação Dialógica

Freire (1970), em seu livro *Pedagogia do Oprimido*, apresenta a teoria da ação dialógica com as seguintes características: a colaboração, a união, a organização e a síntese cultural. Em contraponto a teoria da ação antidialógica.

O diálogo com as massas não é concessão, nem presente, nem muito menos uma tática a ser usada, como a sloganização o é, para dominar. O diálogo, como encontro dos homens para a "pronúncia" do mundo, é uma condição fundamental para a sua real humanização. (FREIRE, 1970, p.160).

Em Freire (1970) a colaboração é característica substantiva do diálogo, pois só se dá a partir de uma relação entre sujeitos através da comunicação. A união é vista como um instrumento fundamental para a libertação, pois em sua oposição tem a situação de dominação que por si só é uma situação divisória. A organização é uma condição importante da união das massas populares e deve servir a uma tarefa comum que para Freire deve ser a libertação dos homens. A síntese cultural supera os aspectos induzidos da ação humana, é traduzida na postura do eterno aprendiz, são homens em interação buscando a construção do mundo através do contínuo fazer, não há o ensinar, nem o transmitir, o que há é a ação.

Essas características da ação dialógica são percebidas em trabalhos de Psicologia Social Comunitária, como exemplo, em Freitas (1998), como a inserção comunitária do psicólogo pode ser construída, ao relatar vários aspectos do que depende a inserção do profissional na comunidade observamos aspectos da ação dialógica de Freire (1970), tais como: recuperação da história de constituição da comunidade através de fontes vivas; discussão conjunta sobre as alternativas; constituição dos grupos para a execução das alternativas; ser um trabalho coletivo; e admitir a possibilidade de mudança, dentre outras.

2.2.4.4 - Conscientização

Góis (1996) apresenta o conceito de consciência como uma categoria da Psicologia Comunitária. Ele descreve um esquema freireano dos estágios de consciência: primeiro estágio consciência semi-intransitiva, segundo consciência transitiva ingênua e terceiro estágio consciência transitiva crítica. Desta forma o autor afirma que o desenvolvimento da consciência implica no livre trânsito do indivíduo no mundo e em suas atividades prático-reflexiva.

A conscientização não está baseada sobre a consciência, de um lado, e o mundo, de outro; por outra parte, não pretende uma separação. Ao contrário, está baseada na relação consciência-mundo. Tomando esta relação como objeto de sua reflexão crítica, os homens esclarecerão as dimensões obscuras que resultam de sua aproximação com o mundo. A criação da nova realidade, tal como está indicada na crítica precedente, não pode esgotar o processo da conscientização. A nova realidade deve tomar-se como objeto de uma nova reflexão crítica. "Considerar a nova realidade como algo que não possa ser tocado representa uma atitude tão ingênua e reacionária como afirmar que a antiga realidade é intocável. (FREIRE, 1980, p.26-27).

Com isso percebemos que a preocupação da Psicologia Social Comunitária Latino Americana com os processos de consciência teve seu nascedouro em Freire, pois muita das práticas desenvolvidas no Brasil visa à emancipação das comunidades, no sentido da apropriação dos seus rumos e estratégias de sobrevivência a partir da tomada de consciência da realidade vivida e das possibilidades de mudança.

2.2.4.5 - O Caráter do Oprimido

Góis (1996) apresenta o Caráter do Oprimido como sendo o modo de sobrevivência construído inconscientemente pela classe oprimida para reduzir sua angústia e sofrimento frente à miséria e à violência, para não ser eliminada psíquica e fisicamente. Ele ainda afirma que as condições de desencouraçamento e desenvolvimento pessoal da classe oprimida estão intimamente ligados à criação de um clima individual e social que favoreça a expressão do valor pessoal e do poder pessoal, através da atividade comunitária.

O psicólogo que atua com essas realidades deve saber diagnosticar o caráter

de oprimido e intervir promovendo o fortalecimento da identidade do indivíduo e/ou grupo reforçando atividades que favoreçam o valor pessoal.

Sobre o caráter de oprimido, Freire (1970), apresentava que estes sofrem uma irresistível atração pelo opressor, pelos seus padrões de vida, além de que estes dificilmente lutam contra a opressão sofrida, pois não possuem a confiança em si necessária para tal ato.

Freire foi o primeiro autor brasileiro a explicitar tal realidade com esta clareza, propiciando a criação de estratégias e instrumentais metodológicos que propiciassem a libertação do indivíduo oprimido e a sua superação.

A Psicologia Social Comunitária se preocupa com o fortalecimento da identidade humana, com a ampliação das capacidades criativas e com a conscientização dos indivíduos pro seu auto-desenvolvimento. Paulo Freire sem dúvida alguma é um mestre que colaborou muito para o progresso desta ciência mesmo não sendo esta a sua intenção. "Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão." (FREIRE, 1970, p. 27).

2.2.5 - Psicologia Social Comunitária e Saúde

A partir das considerações já expostas podemos afirmar que a Psicologia Social Comunitária e a Saúde Pública, mesmo, a primeira, tendo suas raízes no início do século XX, e a segunda, sendo originada desde a vinda da família real portuguesa para o Brasil, só ganharam força a partir da década de 50 apresentando o seu maior desenvolvimento nos movimentos sociais de 1980 e 1990.

Na legislação do SUS vemos que os princípios norteadores - Equidade, Universalidade e Integralidade - buscam uma ampliação do acesso do serviço à saúde para a população, entendendo a saúde como direitos de todos e dever do Estado. Na Psicologia Social Comunitária vemos o compromisso com a ética e solidariedade, com a deselitização da Psicologia e o respeito para com a realidade vivida.

A saúde pública no Brasil tem dentre seus atores muitos profissionais, incluindo os psicólogos. Quando o Estado começou a incorporar em seu quadro de funcionários os psicólogos, estes em sua maioria foram direcionados para atividades

assistenciais da saúde. Muitos profissionais dos hospitais psiquiátricos foram responsáveis e ainda são pela luta antipsiquiátrica brasileira.

Na década de 90, o psicólogo começou a se inserir na realidade municipal, através dos movimentos de municipalização da saúde. Inicialmente através das estratégias alternativas de saúde mental - CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) - e hoje já encontramos alguns Programas de Saúde da Família que possuem em seu quadro de equipe mínima a figura do psicólogo.

Muito vem se falando no fortalecimento dos princípios do SUS que são progressistas, com um enfoque inovador, pautado no conceito de saúde, não mais como ausência de enfermidade, mas sim sendo saúde como qualidade de vida. A Psicologia Social Comunitária agrega às necessidades de inserção comunitária, o diagnóstico da vida em comunidade e apresenta métodos de intervenção individual e coletiva a partir da vida cotidiana visando à transformação da vida das pessoas.

A visão de homem para o SUS é semelhante à visão da Psicologia Social Comunitária, pois ambos percebem o homem como sendo um ser complexo, indissociável de seu meio, e capaz de produzir a melhoria da qualidade de sua vida.

Porém, existe uma distinção entre o SUS e a Psicologia Social Comunitária, que pode indicar conflitos. O SUS é um sistema administrado pela classe dirigente do nosso país e a Psicologia Social Comunitária é um campo de atuação que está sendo construído através da inserção de profissionais comprometidos com os diferentes contextos comunitários.

Atualmente existe um hiato entre os ideais do SUS e suas práticas. Seus princípios se originaram de movimentos sociais, porém suas práticas foram incorporadas pelos governos, desde sua fundação, e são administradas através de legislações nacionais que universalizam a prestação do serviço por todo o território nacional.

Diferentemente do SUS, na Psicologia Social Comunitária, pretende desenvolver ações contextualizadas a partir da realidade concreta, não existindo regras pré-determinadas a serem assumidas pela comunidade em que o psicólogo comunitário atua. Mesmo que haja instrumentais e metodologia definidas, estes devem se adequar à realidade comunitária. Já os programas do SUS, todos são estabelecidos por portarias ministeriais e possuem metas físicas e financeiras a serem cumpridas para que o programa seja viabilizado no município que o adota.

Observamos que intervenções comunitárias (como o Saúde da Família, Saúde Bucal, Centros de Atenção Psicossocial e etc.) que trabalham com conceitos mais inovadores, e que são realizadas por profissionais das mais diversas categorias, enfrentam ainda problemas com relação à formação e capacitação destes para ações inovadoras em comunidades.

A figura do ACS é uma iniciativa para tentar amenizar o hiato que existe entre o discurso técnico e a prática comunitária. O ACS é um indivíduo morador da própria comunidade que atua de início não possui nenhuma formação em saúde, mas possui todas as informações sobre a comunidade onde trabalha, tendo em vista que este deve ser morador, por no mínimo dois anos na comunidade, antes de assumir a função.

A idéia que sustenta a figura do ACS na equipe de saúde é a de facilitador da interlocução entre a unidade de saúde e a comunidade assistida. Nesta idéia podemos encontrar algumas variáveis interessantes para analisarmos a luz da Psicologia Social Comunitária, por exemplo, a preocupação que o programa apresenta com relação à inserção comunitária.

Quando é explícita a obrigatoriedade da moradia do ACS no local de trabalho, percebemos que existe uma preocupação com a estratégia de inserção do programa na comunidade, buscando possuir na equipe de trabalho pessoas que entendam sobremaneira da vida cotidiana do lugar/comunidade, mesmo que tal exigência não garanta isto. Assim acredita-se que utilizando pessoas da própria comunidade para facilitar a comunicação sobre as questões de saúde, os conhecimentos inovadores que esta comunidade terá contato poderá ser melhor assimilado e incorporado em seus hábitos.

O PACS busca promover saúde a partir das mudanças de hábitos básicos de higiene e vigilância, por isso a preocupação com o processo de inserção, pois trabalhar com esta meta exige uma inserção na rotina doméstica das famílias, não é uma inserção superficial, mas sim uma "invasão" na intimidade do lar. Para que esse trabalho tenha êxito o fator confiança é fundamental, pois o ACS tem como instrumento de trabalho a visita domiciliar.

O instrumento de visita domiciliar também é utilizado pela Psicologia Social Comunitária, pois esta é uma das ferramentas que facilitam o conhecimento mútuo (entre morador e profissional). Mas a Psicologia Social Comunitária, como já foi

afirmado anteriormente, busca uma intervenção mais participativa, onde a preocupação central não é só a intervenção e sim a forma de se intervir e os objetivos a serem alcançados sempre em comum acordo com o sujeito.

No PACS verificamos teoricamente que as intervenções realizadas são estruturadas *a priori* por determinações ministeriais, o que o ACS faz nas residências em que se insere é predefinido ou pela portaria que regulamenta a sua função, ou pela equipe de saúde a que está vinculado. Segundo Freitas (1998), intervenções comunitárias estruturadas *a priori* podem reprimir a capacidade criativa e transformadora do sujeito em seu ambiente. Como o objetivo do ACS é a promoção da saúde, verificamos que ao cercear a capacidade de desenvolvimento psíquico e comunitário do sujeito diminuimos as chances deste melhorar a sua condição de saúde (qualidade de vida).

Entendemos que a realidade do Agente Comunitário de Saúde se constrói no lugar e na comunidade desse próprio agente e do sujeito alvo de suas intervenções. Desta forma, ao valorizar a realidade concreta de vida das pessoas, como fator desencadeador das práticas a serem feitas, é que a proposta de Psicologia Social Comunitária (Freitas, 2004) apresenta destaque. O Programa do Agente Comunitário de Saúde tem seus pressupostos na saúde coletiva e pública, buscando sair do atendimento assistencial para a promoção da saúde, da mesma forma que a Psicologia Social Comunitária tem o seu foco não na doença, mas sim na saúde do indivíduo, no seu desenvolvimento e na interação com suas condições objetivas e comunitárias.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 - O Campo de Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em um Município da Grande Curitiba, inserido na 2ª Regional Metropolitana de Saúde do Estado do Paraná, que possui, segundo o último censo do IBGE, quase 90 mil habitantes. O PSF é a estratégia principal de atenção básica à saúde, possuindo uma cobertura de 70% dos moradores tendo acesso ao PSF (totalizando 72.000 habitantes atendidos) e mais de 90% de seus moradores utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS). Na época da pesquisa, o município possuía, na área da saúde pública, oito Unidades de Saúde com 16 Equipes de Saúde da Família (ESF), cinco Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 93 Agentes Comunitários de Saúde; também possui um Centro de Urgência e Emergência 24 horas e um Hospital Maternidade com 32 leitos.

A atenção básica à saúde, do município investigado, está assim organizada:

TABELA 1 - ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA - 2006

Região	Nº de Equipes de PSF	Nº de Equipes de Saúde Bucal	Nº de ACS
Leste	3	1	18
Nordeste	3	1	18
Norte	2	1	12
Sul	2	-	12
Oeste	2	1	12
Noroeste	2	-	11
Rural 1	1	1/2	5
Rural 2	1	1/2	5
Total	16	5	93

FONTE: O autor (2006)

Este município foi escolhido por estar há mais de dois anos com o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em interação com o Programa de Saúde da Família (PSF), fato ainda raro entre os municípios da grande Curitiba. Outro motivo que incentivou a escolha foi a facilidade de acesso aos dados reais sobre o funcionamento do programa no município, tendo em vista ser nele que a

pesquisadora trabalha a cinco anos na gestão pública municipal.

Inicialmente, realizamos um Estudo Piloto para o instrumento de pesquisa, adequando-o às exigências do campo. Desta forma, participaram da aplicação do instrumento piloto, cinco ACS do município investigado, escolhidos a partir dos seguintes critérios: sexo, tempo de atuação e Unidade de Saúde onde atuam. Ficando assim distribuída a amostragem: um do sexo masculino que já atuava na profissão há mais de 12 meses, um do sexo feminino que atuava há mais de 12 meses, um do sexo masculino que atuava há menos de seis meses e um do sexo feminino que atuava há menos de seis meses e um do sexo feminino que já tinha sido ACS antes por 24 meses e estava retornando a desenvolver as atividades há menos de seis meses. Todos eles pertenciam às Unidades de Saúde distintas.

O questionário utilizado no Estudo Piloto era formado muito mais por questões abertas do que fechadas, oferecendo uma maior liberdade de resposta aos sujeitos e uma grande dificuldade de análise para a pesquisadora. Durante a aplicação do estudo um dos sujeitos respondeu somente até a metade do questionário, ausentando-se do ambiente, sem fornecer maiores explicações. Este era do sexo feminino e já apresentava grande experiência, tendo mais de quatro anos de exercício da função. Todos os pesquisados, neste primeiro momento, relataram que acharam o questionário cansativo e repetitivo, porém gostaram muito da oportunidade de se expressarem. Através da análise das respostas e dos relatos dos sujeitos no momento do Estudo Piloto, realizamos a re-elaboração e a construção do instrumento de pesquisa definitivo.

A realização da pesquisa de campo se deu em um auditório, no período da tarde após as 14 horas, onde os sujeitos pesquisados foram convidados a participarem voluntariamente do estudo através da resposta de um questionário. Ao convidarmos o Agente Comunitário de Saúde para responder ao questionário explicamos a finalidade científica da pesquisa, a que instituição esta se destina, deixando-o livre para decidir sobre o seu desejo em colaborar. Nos casos em que houve a concordância o entrevistado assinou o Termo de Consentimento de Pesquisa (vide o Anexo I). A escolha dos sujeitos de pesquisa foi aleatória.

Neste Termo explicamos a finalidade da pesquisa, garantias quanto ao sigilo e solicitamos a participação do sujeito em colaborar respondendo ao questionário (instrumento de pesquisa).

Após o consentimento, iniciamos a aplicação do questionário que contém perguntas abertas e fechadas, com a participação de um grupo de 47 ACS. Foram focalizadas as percepções do ACS a respeito de suas práticas, seus fatores limitantes ou aqueles que permitem o seu desenvolvimento.

Esse questionário possui três partes: na primeira, consta a identificação do entrevistado, quanto a: sexo, idade, escolaridade, tempo de atuação na ocupação e tempo de trabalho no serviço atual. A segunda parte, com 43 questões fechadas sobre atribuições cotidianas do ACS: quanto à sua prática de cadastro de famílias e diagnóstico da comunidade; quanto à sua prática de monitoramento e acompanhamento do usuário; quanto aos encaminhamentos realizados para as Unidades de Saúde; quanto às ações educativas; quanto às ações de mobilização social; e sobre outras práticas realizadas pelo ACS (vide o Anexo II). Na terceira e última parte do questionário existem 13 perguntas com múltipla escolha e questões abertas visando levantar sentimentos, dificuldades e possibilidades das práticas do ACS.

O procedimento de análise empregado foi o da Análise de Conteúdo para as respostas abertas, fazendo-se também uma análise quantitativa.

Na entrega do instrumento alguns ACS comentavam: *"Que bom que alguém quer saber o que achamos sobre alguma coisa!"* E, seguiam falando: *"Vamos aproveitar e pedir aumento."* Durante a aplicação do instrumento surgiram algumas dúvidas: *"O que é Climatério?" "O treinamento foi feito em blocos, eu conto como um treinamento ou como vários?"* A pesquisadora tentou não intervir nas respostas pedindo para que os sujeitos respondessem da maneira como eles entendiam, não precisavam se preocupar, pois não existia resposta certa ou errada e que o importante era que a resposta fosse sempre a mais sincera possível. Ao colocarem o questionário respondido na mesa de entrega do instrumento alguns perguntaram: *"Quando vamos ver o resultado desta pesquisa?" "Muito legal, esse questionário... Deu para pensar muito sobre o que a gente faz." "Nossa! Aí tinha coisa que eu nem sabia que existia!" "Impressionante como a gente faz coisas e nem se dá conta!"*

Realizamos o estudo em 50,5% dos ACS que, naquele momento, estavam ativos no município.

Para refletir sobre as práticas cotidianas buscou-se aporte nas obras de autores que desenvolvem pesquisas e trabalhos sobre Psicologia Social

Comunitária, e que analisam entre diversos temas e/ou assuntos:

- As práticas do profissional de psicologia na comunidade, a questão da inserção comunitária e os processos de participação social em Freitas (1998, 1999, 2003);
- As categorias da Psicologia Comunitária enquanto aportes para o entendimento dos processos da vida no lugar/comunidade em Góis (1994);
- O fenômeno da identidade em construção na atividade da vida e relações das pessoas em Lane (1996) e Ciampa (1987).

Para compreender sobre o funcionamento do SUS e dos seus programas, buscou-se subsídio nos documentos do Ministério da Saúde em que todas as ações governamentais em saúde estão normatizadas. Utilizamos também as concepções de Mendes (2001), Levcovitz (2001) e Scliar (2002) sobre o desenvolvimento do sistema de saúde público no Brasil.

Para caracterizar as atribuições do ACS no Programa de Saúde da Família além da pesquisa de campo, usamos como parâmetro de análise a Portaria Ministerial que regulamenta as atividades que devem ser desenvolvidas pelo ACS em todo o território nacional.

Após exploração do material coletado, além da análise quantitativa dos dados, foram delimitados três eixos temáticos de estudo, a saber: Características da Prática de Trabalho, Sentimentos e Percepções sobre as Práticas; Saberes e Práticas Desenvolvidas.

Encontram-se nas seções seguintes os dados colhidos e analisados a respeito dos ACS, seu trabalho, as práticas que desenvolvem dificuldades e possibilidades de superação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 - ALGUNS POSICIONAMENTOS: "FALA AÍ AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE"

Com a preocupação de apresentar as práticas de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, que atua na Grande Curitiba, descrevendo tanto as atribuições funcionais que realizam, como caracterizando essas práticas é que buscamos dar voz ao ACS, nas respostas que estes forneceram nos questionários.

Antes da aplicação do instrumento a pesquisadora esclareceu a todos os presentes do que se tratava o questionário, apresentou o termo de consentimento que seria assinado por todos aqueles que desejassem colaborar com a pesquisadora no processo de coleta de dados através do preenchimento do questionário. Bem como, foi lida para todos os sujeitos que aceitaram colaborar, a folha de rosto do questionário, onde explica a finalidade da pesquisa, a que instituição ela pertence, quem são as pessoas responsáveis por ela e assegurava a garantia de anonimato do sujeito. Esta folha com esses dados foi colocada à disposição do sujeito.

A aplicação se deu da seguinte forma: os questionários ficaram em cima de uma mesa à frente das cadeiras do auditório, em que o ACS que desejasse participar da pesquisa se levantaria e o pegaria para preencher, assim buscamos garantir o voluntariado. Desta forma, 47 ACS pegaram o questionário para respondê-lo. A pesquisadora solicitou que todos lessem com atenção as perguntas e as respondessem o mais completo e sinceramente possível, ressaltando que neste questionário não havia respostas certas ou erradas e que o importante era responder o mais honestamente às perguntas tendo em vista que não deveriam se identificar no questionário. Ela também ressaltou que após o término do preenchimento do questionário quem fosse terminando deveria retornar à mesa de onde pegaram o questionário e devolvê-lo preenchido com sua frente virada para baixo.

Das explicações da pesquisadora até o término do preenchimento do último questionário se passaram aproximadamente 65 minutos. Para o ACS que deixava seu questionário na mesa, a pesquisadora agradecia a colaboração.

Após a aplicação dos questionários, de posse dos mesmos, iniciamos a análise dos dados. Verificamos que da amostra de 47 ACS pesquisados, 100% eram do sexo feminino. Na cidade pesquisada existem 93 ACS, onde aproximadamente 97% são mulheres exercendo esta profissão e 3% de homens. E, verificando o relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) percebemos que esses percentuais são semelhantes em todos os municípios na grande Curitiba. O que esses dados nos indicam é que a função de ACS está sendo assumida eminentemente por mulheres, isso pode estar relacionado com as práticas desenvolvidas no trabalho.

Verificamos também que a maioria dos ACS possui idade inferior a 25 anos e que a incidência de ACS acima dos 46 anos é nula (vide Tabela 2).

TABELA 2 - FAIXA ETÁRIA DOS ENTREVISTADOS - 2006

Faixa etária	Frequência	(%)
De 18 a 25 anos	26	55,3
De 26 a 35 anos	15	31,9
De 36 a 45 anos	6	12,8
Acima de 46 anos	-	0
Total	47	100

FONTE: O autor (2006)

Conforme explicitado na Tabela 3, observamos também que a maioria dos ACS entrou no Sistema de Saúde Local após o segundo semestre de 2005 e que muitos não identificaram sua data de entrada. Esse dado apresenta uma realidade vivida no Município no que diz respeito ao processo de legalização da contratação do ACS. Neste município, os ACS eram contratados através de teste seletivo, fato este que propiciava a troca de todos os ACS de dois em dois anos, tendo em vista esse ser o tempo máximo deste tipo de contrato de trabalho estabelecido entre o ACS e o município. Isso gerou grande rotatividade funcional.

Essa realidade é comum em outros municípios da grande Curitiba, do Paraná e do Brasil. Hoje, a partir da emenda constitucional 51, o ACS ganha uma maior estabilidade em seu trabalho, pois os testes seletivos lhes dão a possibilidade de se tornar efetivo por tempo indeterminado. No Município pesquisado essa medida já está em vigor.

TABELA 3 - PERÍODO DE ENTRADA NO PACS – 2006

Período de início no PACS	Frequência	(%)
1º semestre de 2004	-	0
2º semestre de 2004	6	12,8
1º semestre de 2005	3	4,2
2º semestre de 2005	17	36,2
1º semestre de 2006	18	23,4
Não identificada	3	23,4
Total	47	100

FONTE: O autor (2006)

Quando investigamos sobre as experiências anteriores com o PACS somente 10,6% já havia trabalhado como ACS e 89,4% está vivenciando a sua primeira experiência como ACS. Quando unimos esse dado com os dados sobre a faixa etária, obtemos indícios de que o Programa de Agente Comunitário de Saúde não é simplesmente uma ferramenta de promoção da saúde através do SUS, mas sim um instrumento da política desenvolvimento econômico, tendo em vista que é um programa que assimila muitos jovens em sua primeira experiência profissional, a maioria dos ACS está trabalhando em seu primeiro emprego.

Sobre o local de trabalho, 85,1% trabalha no mesmo bairro em que mora e 14,9% não trabalham no mesmo bairro em que mora. Nestes índices obtivemos o primeiro indício de que as portarias ministeriais nem sempre são cumpridas à risca pelos municípios. Para o Ministério da Saúde, como vimos no capítulo sobre as normas e legislações, é preponderante que o ACS trabalhe no mesmo bairro em que mora. Para os municípios essa exigência é relacionada à sua realidade.

No caso do Município pesquisado, a realidade da alta densidade demográfica urbana facilita que esse fenômeno aconteça devido a pouca distância existente entre os bairros.

Quando perguntamos sobre fazer parte de uma Equipe de Saúde da Família, 42 (89,4%) dizem fazer parte; três (6,4%) diz não fazer parte e dois (4,2%) diz não saber se faz parte de uma ESF. Isso significa que uma minoria de 10,8% não sabe o que é uma Equipe de Saúde da Família, pois no município em questão todos os ACS estão vinculados a uma ESF. Como, 23,4% entraram no PACS no 1º semestre de 2006, há indícios de que esse desconhecimento possa ser fruto da inexperiência

integrada com a ausência de treinamento introdutório.

No que diz respeito à escolaridade do ACS, verificamos que é predominante o 2º grau completo e que 36 (76,4%) possuem o 2º grau completo ou o superior incompleto e completo. Dentre estes 43 (91,5%) estudou em escola pública e quatro (8,5%) estudo em escola pública e privada. Isso significa que mesmo em teste seletivo onde se exige apenas a leitura e a escrita, como foi o realizado neste município para o PACS, há uma predominância de aprovados com um grau elevado de instrução. Isso aponta indícios do problema da falta de oportunidade de emprego em nossa realidade brasileira, que faz com que cidadãos formados participem de concursos para cargos que exigem instrução inferior a sua escolaridade (vide Tabela 4).

TABELA 4 - GRAU DE ESCOLARIDADE DO ACS - 2006

Escolaridade	Freqüência	(%)
1º grau incompleto	2	4,2
1º grau completo	2	4,2
2º grau incompleto	6	12,8
2º grau completo	32	68,2
3º grau incompleto	2	4,2
3º grau completo	2	4,2
Não identificado	1	2,2
Total	47	100

FONTE: O autor (2006)

Sobre as Capacitações verificamos que 40 (85,1%) dizem ter participado de treinamento e sete (14,9%) diz não ter participado, dos 85,1% que participou 27 (67,5%) foi realizado em 2006 e nove (22,5%) não soube identificar o período de realização do curso. Ainda vemos que, 22 (55%) só participaram uma única vez de treinamentos. Esses dados fornecem indícios de que o município investigado investe pouco em treinamentos. Esse dado relacionado com a alta rotatividade apontada anteriormente nos fornece indícios que o problema da rotatividade pode ser um fator dificultador à capacitação sistemática dos ACS.

Atualmente, em julho de 2006, o Ministério da Saúde (MS) vem por meio de lei exigir que o ACS seja capacitado para exercer suas funções. Para tanto, o MS está fornecendo através do apoio com os Municípios e Estados a Formação Inicial

Para Agentes Comunitários de Saúde, no Paraná, isso está sendo realizado através do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha. Esse curso tem caráter profissionalizante com duração de cinco meses e é obrigatório, isso é todos os municípios que tiverem PACS deverão capacitar seus ACS e todos os seus agentes deverão participar sob pena de não poder exercer a função. O MS é o financiador deste programa de formação, os Estados são os intermediadores e os municípios os facilitadores.

Essa nova perspectiva poderá melhorar muito o quadro apresentado acima, em um breve espaço de tempo.

4.4.1 - Atribuições para o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Chegando à segunda parte do questionário irá nos ater às atribuições do ACS referenciadas pelo Ministério da Saúde. Verificamos que 100% dos entrevistados realizam as seguintes atribuições indicadas pelo ministério: Cadastro de famílias, elevarem o número de visitas às famílias que necessitam de uma atenção especial; identificar gestantes novas na comunidade; monitorar a imunização das crianças, das gestantes e ficar atenta se a gestante está fazendo pré-natal; supervisionar pessoas que estão em tratamento de hipertensão; e encaminhar gestantes para o pré-natal.

Isto significa que das 43 atribuições indicadas pela Portaria Ministerial, somente oito delas são realizadas pela unanimidade dos ACS. Também podemos verificar que 43 respostas dos sujeitos (91,4%) afirmam não realizar ações educativas sobre o climatério, esta também foi a atribuição que menos foi apontada como importante de ser realizada pelo ACS; bem como, 37 respostas dos sujeitos (78,7%) afirmam não realizar ações educativas para preservação do meio ambiente; e 35 respostas dos sujeitos (74,4%) afirmam não realizar ações educativas sobre saúde bucal infantil e não realizar ações de promoção dos direitos humanos na comunidade.

Sobre a questão relacionada ao climatério, no momento da aplicação do instrumento foi verbalizado por uma ACS o desconhecimento do significado da palavra. Fato este que pode está relacionado às respostas obtidas. Isto é, podemos

suspeitar que as respostas relacionadas a essa questão não correspondem à realidade.

Com relação aos demais índices podemos verificar que há indícios de que existem atribuições que não são incorporadas pelo PACS local, nos apresentando um indicativo de que as práticas do ACS são muito mais relacionadas com a realidade local do que com as diretrizes ministeriais.

Dentre as atividades, relacionadas no questionário, a ação apontada pela maioria como sendo muito importante de ser executada foi à supervisão de pessoas que estão em tratamento de Tuberculose. Somente duas respostas dos sujeitos (4,2%) afirmaram não realizar essa atividade. Isso indica a possível incidência da doença na região, bem como a indisciplina do usuário em tratamento, que pode estar intimamente ligada à falta de trabalhos educativos sobre o tratamento, fazendo do monitoramento a principal atividade do ACS em relação a esta doença.

Sobre outras atividades realizadas, nove sujeitos (19%) afirmaram realizar outras atividades fora às estipuladas pelo Ministério, sendo as atividades de recepção na Unidade de Saúde, entrega de exames, remédios e cartão SUS, as atividades relacionadas. Com isso, verificamos que há indícios de que o desvio da função do ACS é praticado com certa frequência nas unidades de saúde.

Observando a Tabela 5 percebemos que a atividade de monitoramento e acompanhamento à saúde dos usuários, foi apontada como a principal atividade a ser desenvolvida pelo ACS (35 respostas, 28,9% do total). Este resultado é coerente com o anterior sobre a ação mais importante, pois o trabalho de supervisão do tratamento da tuberculose está elencado na categoria monitoramento.

TABELA 5 - PRINCIPAL ATIVIDADE QUE DEVE SER REALIZADA PELO ACS - 2006

Atividades	Frequência	(%)
Prevenção de Doenças	32	26,4
Promoção da Saúde	23	19
Educação em Saúde	17	14
Mobilização e Organização Comunitária	05	4,1
Monitoramento e Acompanhamento da Saúde	35	28,9
Diagnóstico e Mapeamento Comunitário	07	5,9
Outras	02	1,7
Total	121	100

FONTE: O autor (2006)

Com isso, verificamos que há indícios de que o ACS valoriza muito o seu contato direto com o usuário, entendendo que a visita domiciliar é uma das tarefas mais importantes a serem executadas.

4.4.2 - Trabalho, (Des) Vantagens e Sentimentos

Na terceira parte do questionário, investigamos sobre os sentimentos e percepções que o ACS tem em relação ao seu trabalho. Quando perguntamos sobre as principais desvantagens, a maioria dos sujeitos respondeu: em 1º lugar - sinto que o meu trabalho não é valorizado; 2º lugar - trabalha em ambiente externo (exposto ao sol, chuva etc.); e 3º lugar - me sinto impotente sobre alguns casos de saúde (Vide Tabela 6).

Aqui aparecem indícios de que fatores sociais, como valorização do trabalho, são preponderantes aos fatores infra-estruturais, ambiente físico do trabalho, e sobre fatores emocionais como sentimento de poder. Posteriormente, conseguiremos entender melhor o que é considerado pelo ACS dar ou não valor ao trabalho que desenvolve.

TABELA 6 - DESVANTAGENS QUE O ACS VÊ EM SEU TRABALHO – 2006 (continua)

Desvantagens	Frequência			Total
	1ª mais importante	2ª mais importante	3ª mais importante	
Sinto que meu trabalho não é valorizado	34	8	1	43
Recebo agressões por parte dos usuários	3	1	8	12
Enfrento situações de perigo devido a violência urbana	3	8	6	17
Trabalho em ambiente externo	6	10	11	27
Meu trabalho não propicia meu crescimento profissional	9	5	6	20
Possuo um baixo status perante aos demais profissionais de saúde	2	3	3	8
Enfrento desconfiança pôr parte da minha chefia	2	4	4	10
Sou desrespeitado pelos outros profissionais de saúde	2	3	1	6
Enfrento desconfiança pôr parte dos usuários nas visitas domiciliares	0	3	5	8
Acho que estou estragando minha saúde	0	4	2	6

TABELA 6 - DESVANTAGENS QUE O ACS VÊ EM SEU TRABALHO – 2006 (conclusão)

Desvantagens	Frequência			
	1ª mais importante	2ª mais importante	3ª mais importante	Total
Tenho dificuldades em coletar informações importantes dos usuários	1	1	4	6
Me sinto impotente diante de alguns casos de saúde	7	9	11	27
Não vejo nenhuma desvantagem	1	2	3	6
Sinto-me cansado(a)	0	3	3	6
Outras desvantagens	0	1	2	3
Total de Respostas	70	65	70	205

FONTE: O autor (2006)

Já, no que diz respeito às vantagens que o ACS vê em seu trabalho, as respostas maior incidência foram: em 1º lugar - tenho a oportunidade de ajudar as pessoas; em 2º lugar - tenho a possibilidade de aprender com a experiência; em 3º lugar - aprendo muito sobre o funcionamento do sistema de saúde.

Verificamos nestas respostas, indícios de que o fator pessoal, o altruísmo, e o fator educacional são aspectos motivadores para o ACS no exercício de sua função. Assim, podemos afirmar que tanto nas desvantagens como nas vantagens elencadas pelos sujeitos o fator social foi preponderante.

TABELA 7 - VANTAGENS QUE O ACS VÊ EM SEU TRABALHO – 2006 (continua)

Desvantagens	Frequência			
	1ª mais importante	2ª mais importante	3ª mais importante	Total
Tenho a oportunidade de ajudar as pessoas	28	9	5	42
Tenho a oportunidade de conversar com muitas pessoas	6	7	7	20
Tenho a possibilidade de aprender com a experiência	9	12	8	29
Tenho mais possibilidade de resolver problemas de saúde pessoais e de familiares	5	2	2	9
Aprendo muito sobre relacionamento humano	5	5	6	16
Moro perto do local de trabalho	7	7	5	19
Tenho a oportunidade de conviver com a comunidade de meu bairro	6	4	3	13
Aprendo muito sobre o funcionamento do Sistema de Saúde	8	6	10	24
Sou reconhecido como uma liderança em meu bairro	3	1	3	7
Sou respeitado no lugar em que trabalho	5	1	4	10
Meu trabalho é bem reconhecido	1	1	3	5
Não vejo nenhuma vantagem	1	0	3	4

TABELA 7 - VANTAGENS QUE O ACS VÊ EM SEU TRABALHO – 2006 (conclusão)

Desvantagens	Frequência			
	1ª mais importante	2ª mais importante	3ª mais importante	Total
Tenho a oportunidade de entrar na política	1	0	4	5
Tenho facilidade em adquirir medicamentos, exames e consultas médicas	1	3	8	12
Outras vantagens	0	0	3	3
Total de Respostas	86	58	74	218

FONTE: O autor (2006)

Sobre a importância das atividades desempenhadas, a maioria dos entrevistados acreditam que o trabalho do ACS é muito importante para a conscientização do usuário sobre os auto-cuidados. A coleta de dados para a Secretaria e para o Ministério da Saúde é o trabalho que menos tem importância para eles.

Isso indica que para o ACS ele acredita que as práticas que têm maior importância são as diretamente relacionadas com a saúde do usuário, bem como, podemos verificar que eles não valorizam o trabalho de coleta de dados epidemiológicos para os órgãos gestores. Esse fenômeno pode estar relacionado com o desconhecimento sobre a finalidade desta atividade, como também pode estar relacionada à visão do ACS sobre os órgãos gestores do sistema (vide Tabela 8).

TABELA 8 - ASPECTOS DO TRABALHO DO ACS POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA - 2006

Aspectos importantes do trabalho do ACS	Frequência							
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º
Para conscientizar o usuário sobre o auto-cuidado	16	8	7	3	4	3	3	-
Para prevenir doenças	12	14	5	7	3	-	-	-
No reconhecimento da realidade comunitária	-	4	5	9	8	9	5	-
Para ajudar as pessoas	12	9	7	6	4	4	1	-
Para fazer a unidade de saúde funcionar	8	7	5	3	5	7	7	-
Para realizar o controle de doenças e epidemias	4	4	13	7	3	5	2	-
Para coletar dados para Secretaria Municipal de Saúde e para o Ministério da Saúde	6	8	1	7	4	3	12	1
Outros	-	-	-	-	1	-	-	2

FONTE: O autor (2006)

NOTA: A frequência esta classificada do 1º ao 8º aspecto mais importante para o sujeito.

Sobre os sentimentos positivos mais freqüentes do ACS em relação ao trabalho que desenvolvem, verificamos na Tabela 9, que a maioria 28,8% sente alegria em poder ajudar as pessoas e 1% sente prazer em ser reconhecido como uma liderança. Estes dados são coerentes com os anteriores relacionados ao sentimento altruísta que permeia o exercício da função.

TABELA 9 - SENTIMENTOS POSITIVOS DO ACS SOBRE O SEU TRABALHO - 2006

Sentimentos Positivos	Freqüência	(%)
Alegria em poder ajudar as pessoas	41	28,8
Carinho pelos usuários	39	26,9
Prazer em conhecer mais gente	16	11
Sentimento de liderança	3	2,1
Sentimento de reconhecimento por parte do usuário atendido	32	22,1
Felicidade e gosto pela função	11	7,5
Prazer em ser reconhecido como uma liderança	2	1
Outros	1	0,6
Total de respostas	145	100

FONTE: O autor (2006)

Já sobre os sentimentos negativos presentes a maioria dos ACS 27,8% sente tristeza com as realidades dos usuários; e 4,2% sentem revolta com relação ao usuário relapso. Quando questionados sobre o que estes sentimentos repercutem em suas atividades a maioria afirma que esses sentimentos produzem uma sensação de impotência (vide Tabela 10).

Tanto nos sentimentos positivos como nos negativos verificamos indícios de que existe uma vinculação emocional forte entre o ACS e os usuários do sistema de saúde, que pode motivar ou não o exercício de suas práticas.

TABELA 10 - SENTIMENTOS NEGATIVOS DO ACS SOBRE O SEU TRABALHO – 2006 (continua)

Sentimentos Negativos	Freqüência	(%)
Revolta com o usuário relapso	6	4,2
Tristeza com as realidades dos usuários	39	27,8
Sentimento de Impotência	26	18,6
Sentimento de Injustiça	24	17,2
Raiva pela desvalorização	21	15

TABELA 10 - SENTIMENTOS NEGATIVOS DO ACS SOBRE O SEU TRABALHO – 2006 (conclusão)

Sentimentos Negativos	Frequência	(%)
Cansaço diante da miséria	15	10,7
Sentimento de inferioridade	9	6,5
Total de respostas	140	100

FONTE: O autor (2006)

Ao direcionarmos a atenção para os conhecimentos que o ACS deve dominar, a maioria dos entrevistados (76,5%) acredita que o ACS deve ter conhecimentos gerais sobre saúde.

Desta forma temos indícios de que os treinamentos a serem realizados com esses trabalhadores serão mais motivadores quanto mais forem relacionados a temas amplos, fornecendo conhecimentos gerais sobre a saúde.

O sistema de marcação de consultas especializadas apareceu como sendo a coisa mais importante a ser mudada no sistema local de saúde (Vide Tabela 11).

TABELA 11 - O ACS MUDARIA EM SUA REALIDADE DE TRABALHO - 2006

Situações ou coisas que o ACS mudaria	Frequência									Total
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	
Ordem de Importância										
O sistema de marcação de consultas	29	7	4	1	1	-	-	-	-	42
O sistema de atendimento odontológico	9	16	4	1	3	1	2	-	-	36
O sistema de atendimento aos doentes mentais	3	5	9	4	2	3	3	1	-	30
O ambiente de trabalho	4	2	10	4	2	2	3	1	-	28
Os programas desenvolvidos pela unidade de saúde	4	6	7	10	3	3	-	-	-	33
Os horários de visita domiciliar dos agentes	3	4	6	3	3	4	5	-	-	28
As reuniões da equipe de saúde	2	2	5	5	3	4	3	1	1	26
Não gostaria de mudar nada	2	1	-	1	-	-	1	-	2	7
Gostaria de mudar tudo	7	2	2	2	2	1	-	4	1	21
Total de Respostas	63	45	47	31	19	18	17	7	4	251

FONTE: O autor (2006)

NOTA: a frequência esta classificada da 1º à 9º coisa mais importante a ser mudada pelo ACS.

As filas para consultas em algumas especialidades geram grande sofrimento para muitos usuários que está há meses esperando para serem atendidos, e o ACS participa deste sofrimento, cotidianamente, ao visitar o cidadão doente e sem atendimento.

A realidade da falta de exames e consultas especializadas no Paraná é alvo de discussões e reivindicações de gestores, usuários, prestadores e trabalhadores de saúde junto aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

Chama a atenção que o ACS ao pensar em algo que deve ser mudado este relacionou um fato que está ligado diretamente com o atendimento ao usuário, e não um fator relacionado à sua condição de trabalho. Apresentam indícios de que o atendimento ao usuário com maior eficiência é um fator motivador ao exercício da função.

Ao término do preenchimento do questionário a maioria dos sujeitos sugerira um maior reconhecimento, maior valorização e aumento salarial. Quando estes relatam a falta de valorização, eles dizem que isso ocorre dentro do sistema de saúde e não em seu relacionamento com o usuário.

Isso demonstra o sentimento que o ACS tem em relação à sua instituição de origem, apresentaram através de suas respostas sentimentos de revolta para com o seu contratante, ocasionado por afirmarem serem desvalorizados economicamente e funcionalmente.

O Agente Comunitário de saúde deveria ser mais valorizado, com remuneração mais alta, porque nos cursos nos afirmam que somos o elo entre a população e a Unidade. Se somos a ponte porque temos tanta discriminação em nosso ambiente de trabalho, pois tudo o que acontece é o Agente. (ACS 1, 2006: pergunta: se você tiver alguma sugestão ou quiser acrescentar algo.).

É bom quando você pode ajudar a sua comunidade, e as pessoas reconhecem o seu trabalho e esforço. (ACS 1, 2006: pergunta: o que esses sentimentos produzem em seu dia a dia?).

Gostaria que alguém pudesse fazer alguma coisa pelos nossos direitos, principalmente, o nosso salário. Queremos que reconheçam o que fazemos que é muito importante. (ACS 2, 2006: pergunta: se você tiver alguma sugestão ou quiser acrescentar algo.).

Esse programa do agente comunitário de saúde, é de uma importância inigualável, para a população, principalmente para as pessoas que usam o sistema único de saúde, elas se sentem valorizadas por ter uma pessoa acompanhando a família diariamente. (ACS 3, 2006: pergunta: se você tiver alguma sugestão ou quiser acrescentar algo.).

Após esta análise inicial, foram delimitados três eixos temáticos de estudo: Características da Prática de Trabalho, Sentimentos sobre suas Práticas e Práticas Realizadas e Saberes Necessários.

4.4.2.1 - Características da Prática de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Solicitamos aos ACS que assinalassem, em uma listagem fornecida, seu dia-a-dia de trabalho, a partir das atribuições relacionadas pelo Ministério da Saúde. Suas respostas foram coincidentes, ao indicarem suas rotinas, o aspecto relacionado à promoção da saúde e orientação das famílias e indivíduos. No entanto, indicaram em suas respostas uma não adesão às atividades relativas à organização comunitária, tampouco a realização de ações educativas, como reuniões e palestras.

Verificamos indício do caráter observador das práticas do ACS, ou seja, observa o cuidado que a própria clientela tem em relação à sua saúde. Isso ficou mais claro quando a maioria dos sujeitos apresentou como atividade de maior importância a ser desenvolvida, o monitoramento e acompanhamento das famílias.

Nas respostas sobre as atividades mais importantes a serem desenvolvidas, as atividades de supervisão de tratamento das endemias estiveram sempre em primeiro plano. Já as relacionadas aos trabalhos de educação em saúde e mobilização social foram indicadas com menor frequência. Isso nos fornece indícios de que o ACS prioriza ações mais imediatas em saúde, apresentando dificuldades em desenvolver atividades voltadas mais para a promoção à saúde.

Aqui, verificamos que de acordo com a concepção de promoção de saúde o ACS está muito mais envolvido com suas ações preventivas do que com as ações promotoras de melhoria da qualidade de vida.

Outra característica, presente nas respostas dos sujeitos, foi o caráter colaborador das práticas do ACS, o fator poder ajudar o outro, apresentou-se como um grande motivador das ações cotidianas desses profissionais. Assim também, a impossibilidade de ajudar é indicada na maioria das respostas como motivos de grande frustração profissional.

Essa característica poder ajudar o outro, foi muito presente nas respostas sobre os motivos de ser um ACS. Junto com essa resposta apareceu muito frequentemente, 12 sujeitos, afirmaram em suas respostas que iniciou o trabalho por necessidade, porém passou a gostar do que faz. Isso nos fornece indícios que o trabalho do ACS tem uma forte possibilidade de propiciar a satisfação pessoal a

quem o exerce.

4.4.2.2 - Sentimentos sobre suas Práticas

Nas respostas relacionadas aos seus sentimentos sobre as práticas desenvolvidas o ACS apresenta sentimentos antagônicos de tristezas e alegrias sobre o trabalho que desempenha.

No que diz respeito às tristezas essas se apresentam relacionadas à desvalorização profissional dentro do ambiente de trabalho e ao sentimento de impotência em relação à realidade do usuário.

Já com relação aos sentimentos de alegria esses estão estritamente relacionados com a possibilidade que suas práticas lhes oferecem no sentido de ajudar o próximo e aprender coisas novas.

Outro aspecto que trás bons sentimentos para esses profissionais em seu cotidiano produtivo é o sentimento de reconhecimento de seus esforços por parte da comunidade assistida.

Interessante salientar que mesmo com as insatisfações relacionadas ao ambiente de trabalho, quando eles são perguntados sobre o que gostariam de mudar no sistema de trabalho atual, o ambiente de trabalho aparece em terceiro lugar. Estão em primeiro e segundo lugar, as situações de atendimento ao usuário (sistema de marcação de consultas e sistema de atendimento odontológico). Estas por sua vez são as duas grandes demandas ressaltadas também pelos usuários do sistema em reuniões de Conselhos Locais de Saúde deste município.

É notória a grande identificação do ACS com o usuário que ele assiste, inferimos que isto ocorre devido a este não ter sua realidade de vida muito diferente da realidade das famílias visitadas, por eles estarem em contato diário com o usuário em sua vida doméstica e por serem valorizados pela comunidade quando solucionam os problemas e extremamente cobrado ao não conseguir fazê-lo.

Durante a pesquisa tivemos alguns relatos de ACS afirmando que muitas vezes o usuário quando não consegue resolver seus problemas na unidade de saúde este culpa o ACS de não ajudá-lo. Eles afirmam sofrerem muito com as cobranças dentro e fora da unidade de saúde.

Uma moça falou ao entregar seu questionário preenchido:

O maior problema que eu vejo em ser ACS é que se acontece alguma coisa errada na unidade culpa logo a gente e quando o usuário não consegue um remédio ou uma consulta este recorre a nós, como se pudéssemos resolver. Nós não resolvemos e eles se revoltam contra a gente... aí no outro dia eu tô lá na casa dele e ele com aquela tromba. (ACS, 2006)

4.4.2.3 - Práticas e Saberes Necessários

Ao ser perguntado sobre os conhecimentos necessários para o exercício da função a resposta com maior freqüência foi que o importante era o ACS ter conhecimentos gerais sobre saúde. Com uma freqüência um pouco inferior também foram ressaltados os conhecimentos acerca do sistema público de saúde, sobre higiene e nutrição, DST e AIDS, conhecimentos sobre o bairro em que mora e trabalha e conhecimentos de relacionamento humano.

De acordo com essas respostas verificamos que há indícios de que no ACS existe uma preocupação com que suas práticas sejam mais eficientes e que ele não tem pretensões de realizar atividades de outros profissionais de sua equipe de saúde.

Quando são perguntados sobre os seus interesses sobre os conteúdos dos treinamentos foi grande a freqüência da resposta que os treinamentos deveriam abordar mais sobre saúde (36 respostas, vide Tabela 12), primeiros socorros e a prática do ACS. Os sujeitos apresentaram um grande interesse em aprender mais sobre suas práticas. Isto pode está relacionado com o fato de muitos ACS estarem em seu primeiro emprego e relatarem gostar da área da saúde.

TABELA 12 - ASSUNTOS QUE O ACS ACHA IMPORTANTE TER CONHECIMENTO – 2006 (continua)

Conhecimentos	Freqüência
Relacionamento Humano	22
Conhecimento do Bairro em que mora e trabalha	24
Informações Gerais sobre Saúde	36
Informações Gerais sobre Direitos Humanos	16
Entender sobre o funcionamento do Sistema Público de Saúde	32
Política dos Partidos Políticos	-

TABELA 12 - ASSUNTOS QUE O ACS ACHA IMPORTANTE TER CONHECIMENTO – 2006 (conclusão)

Conhecimentos	Freqüência
Como lidar com a violência entre familiares nos seus domicílios	17
Política Pública e Formas de Administração de sua região	3
Higiene e Nutrição	30
Transporte Público	2
Educação	8
Espaço e Condições de Cultura e Lazer	4
Acompanhar o que está sendo feito pela Administração Pública	14
DST e AIDS	31
Estratégias de Combate a Violência	19
Cigarro, Álcool e Drogas	22
Outros	2
Total de respostas	282

FONTE: O autor (2006)

Dentre os saberes, indicados no questionário, um não obteve nenhuma indicação de resposta, o conhecimento sobre política e partidos políticos. Interessante esse fato, que nos apresenta indícios de que mesmo esta prática propiciar um alto grau de envolvimento do ACS com a comunidade, com os problemas sociais de seu bairro e com uma realidade de liderança, ele demonstra não ser necessário o conhecimento sobre política e partidarismo. Sendo interessante percebermos que isto apresenta certo desinteresse do ACS para com a vida política partidária.

Os saberes, indicados na pesquisa pelos ACS como sendo fundamentais, são todos relacionados à área da saúde pública.

Observando a Tabela 13 percebemos 11 sujeitos dentre os 47 pesquisados que não opinaram a respeito. Isso pode estar relacionado ao número de ACS novatos que, por não possuírem muita prática, não identifica ainda suas necessidades de treinamento ou por estes não terem participado de treinamentos.

TABELA 13: CONTEÚDOS ESPERADOS NOS TREINAMENTOS REALIZADOS - 2006

O que você gostaria de ter visto nestes treinamentos?		
Conteúdos	Freqüência	(%)
Conteúdo ligado à saúde	13	25
Conteúdo sobre <i>como fazer</i>	09	17,3
Conteúdos para a formação inicial do ACS	14	27
Outros Interesses	02	3,8
Não relacionados	03	5,8
Não respondeu	11	21,1
Total de respostas	52	100

FONTE: O autor (2006)

A maioria dos sujeitos indicou ser de fundamental importância os conteúdos sobre a formação inicial do ACS, principalmente com saberes sobre saúde e sobre a prática do trabalho. Verificamos durante a pesquisa que existe uma preocupação muito forte dos ACS em corresponder as expectativas do usuário.

“Gostaria de ter visto coisas mais reais que vivemos no dia a dia da rua, coisas mais práticas.” (ACS26, 2006)

“Gostaria de ter visto mais explicações sobre a saúde.” (ACS11, 2006)

“Mais atitude e profissionalismo, que os horários fossem rigorosamente cumpridos, e que houvesse um certificado.” (ACS34, 2006)

Na Tabela 14 percebemos que a maioria (67,2%) das respostas dadas pelos sujeitos indica que usufruíram do aprendizado de algum tipo de conhecimento durante os treinamentos que participaram.

TABELA 14: CONTRIBUIÇÕES DADAS PELOS TREINAMENTOS - 2006

Que contribuições esses treinamentos trouxeram para você?		
Contribuições	Freqüência	(%)
Conhecimento Geral e de Saúde	20	34,5
Conhecimento Prático do trabalho do ACS	19	32,7
Pouca ou nenhuma contribuição	10	17,3
Não relacionados	02	3,5
Não respondeu	07	12
Total de respostas	58	100

FONTE: O autor (2006)

“Contribuíram para mim entender melhor o que é agente comunitário de

saúde.” (ACS22, 2006).

“Aprendi que o nosso trabalho se for bem feito, pode salvar vidas e que às vezes não precisamos de muito para ajudar alguém.” (ACS29,2006).

“Eu já estava trabalhando como ACS o treinamento veio depois e não me ajudou muito.” (ACS46, 2006).

“Eu já estava no cargo há três meses e tudo que foi falado eu já havia aprendido por conta própria e ajuda de outras amigas.” (ACS34,2006).

Ainda na Tabela 14, verificamos que do total de sujeitos obtivemos 39 respostas indicando que eles adquiriram algum tipo de conhecimento para o desenvolvimento de seu trabalho, porém 10 respostas indicam que os treinamentos não contribuíram muito e sete sujeitos não responderam, portanto há indícios de que os treinamentos realizados até então no Município atenderam parcialmente às necessidades de treinamento desses sujeitos. Importante salientar que em algumas respostas está explícito o fato dos treinamentos terem sido ofertados tardiamente, isto é, muito tempo após o ACS já está em atividade sem ter sofrido nenhum tipo de orientação inicial para o trabalho.

Quando perguntados sobre os motivos que os fazem exercer a profissão, os sujeitos apresentam uma maior freqüência em dois tipos de respostas (vide Tabela 15). No que diz respeito aos motivos relacionados à falta de oportunidade de emprego, vemos indícios de que o PACS é um programa de saúde que colabora na geração de emprego para as pessoas que estão desempregadas. Os motivos relacionados à auto-realização foram os que mais apareceram nas respostas dos sujeitos o que nos indica que esta função tem a possibilidade de produzir prazer em seu exercício.

TABELA 15: MOTIVOS QUE O LEVARAM A SER ACS - 2006

Motivos	Freqüência	(%)
Motivo relacionado com a falta de oportunidade de emprego	30	36,6
Motivo relacionado com auto-realização	39	47,6
Motivo relacionado com facilidades de acesso	03	3,6
Motivo relacionado com identificação com a área de atuação	09	11
Não responderam	01	1,2
Total de respostas	82	100

FONTE: O autor (2006)

“No começo foi por falta de opção, mas hoje eu já me acostumei.” (ACS42, 2006).

Estava desempregada quando fiz o teste e quando fui chamada abri mão do meu outro emprego porque trabalhando na... teria mais tempo para os meus filhos. (ACS29, 2006).

Porque eu gosto de trabalhar com as pessoas e ajudá-las a prevenir doenças e orientá-las sobre o risco de contaminação básica, desnutrição e uma boa qualidade de vida. (ACS21, 2006).

Interessante salientarmos que esta pergunta obteve uma alta adesão, visto que somente um sujeito não a respondeu isso nos indica que a maioria dos sujeitos possui uma motivação clara para exercer suas atividades.

A maioria dos ACS (38 sujeitos) não desempenha outras funções além das atribuições delegadas pela normatização do Ministério da Saúde (vide Tabela 16). Porém aqueles que desempenham realizam na maioria funções de recepcionistas ou outras atividades demandadas pela chefia. Os dados apresentados na Tabela XVI demonstram que o desvio da função de ACS neste município é pequeno, porém apresenta também que o ACS é visto como um funcionário que pode vir a ocupar novos espaços na Unidade de Saúde. Há indícios de que o ACS é utilizado como “tapa buraco”, isso nos apresenta certa desvalorização funcional e um desconhecimento das reais atribuições do ACS por parte de sua chefia.

TABELA 16: OUTRAS FUNÇÕES QUE O ACS DESEMPENHA ALÉM DAS SUAS ATRIBUIÇÕES NORMAIS - 2006

Outras Funções	Freqüência	(%)
Não realizam nenhuma outra função além das suas atribuições	38	76
Realizam atividades de recepção	07	14
Realizam tudo que é solicitado pela chefia	02	4
Outros tipos de atividades	03	6
Total de Respostas	50	100

FONTE: O autor (2006)

“Por falta de funcionários ajudamos na recepção para atendimento ao usuário”. (ACS9, 2006)

Os sentimentos positivos que os ACS têm com relação ao trabalho que desenvolvem (vide Tabela 9) ocasionam na maioria dos sujeitos prazer e bons sentimentos em desenvolver suas atividades. As respostas mais freqüentes

demonstram indícios de que o trabalho motiva as pessoas por provocar um sentimento altruísta em quem o realiza.

Gosto de ajudar as pessoas, aqui o povo é muito sofrido principalmente em área de carência e vejo a alegria no olhar deles Quando algo de bom acontece para eles. (ACS19, 2006).

É bom saber que para alguém o nosso trabalho é importante e às vezes uma simples conversa, um pouco de atenção faz com que as pessoas se sintam melhores. (ACS29, 2006).

Importante apontar que sete respostas não possuíram relação com a pergunta e em sua maioria apontava sentimentos negativos (vide Tabela 17). Isso pode ser indício de que alguns sujeitos não conseguem sentir sentimentos positivos com o trabalho que executa.

TABELA 17: REPERCUSSÃO DOS SENTIMENTOS POSITIVOS NO DIA A DIA DO ACS - 2006

O que os sentimentos positivos produzem em seu dia a dia?		
Repercussões	Freqüência	(%)
Melhora o relacionamento com o usuário	10	16,1
Ocasiona prazer e bons sentimentos	36	58,1
Motivação para o trabalho	09	14,5
Não relacionado à pergunta	07	11,3
Total de Respostas	62	100

FONTE: O autor (2006)

“Na maioria das vezes volto para casa triste.” (ACS18, 2006).

“Me sinto impotente quando não posso resolver algum problema ou quando algum paciente morre.” (ACS23, 2006).

Os sentimentos negativos mais freqüentes são relacionados ao convívio com o usuário (vide Tabela 10), tristeza com a realidade dos usuários e sentimento de impotência por não conseguir resolver os problemas dos usuários. Estes reforçam cada vez mais sentimentos ruins dos ACS para com o seu trabalho, bem como causam desmotivação e cansaço (vide Tabela 18).

“Me deixam mal, pois muitas vezes os problemas das famílias em relação a pobreza, pois posso ajudar a uma família mas e as outras? (ACS10, 2006).

“Impotência pois vejo muitas coisas e tento resolver mais algumas muitas vezes são impossíveis.” (ACS33, 2006).

“Com certeza muita tristeza. Tristeza em saber que em determinadas casas crianças passam fome idosos são mal tratados.” (ACS 5, 2006).

TABELA 18 - REPERCUSSÃO DOS SENTIMENTOS NEGATIVOS NO DIA A DIA DO ACS -2006

O que os sentimentos negativos produzem em seu dia a dia?		
Repercussões	Frequência	(%)
Reforça sentimentos ruins	34	54
Causa problemas com a equipe de trabalho	07	11,1
Desmotivação e cansaço	12	19
Revolta e indignação	04	6,3
Não mistura sentimentos com trabalho	02	3,2
Sem comentários	02	3,2
Não relacionados com a pergunta	02	3,2
Total de Respostas	63	100

FONTE: O autor (2006)

Há indícios de que o ACS por conviver diretamente com os problemas cotidianos das famílias carentes absorvem o sofrimento dessas famílias ocasionando sentimento de impotência, por não conseguir resolver as dificuldades diagnosticadas, isso eleva o grau de frustração no trabalho. Muitos dos problemas com a equipe de trabalho apontada pelos sujeitos estão diretamente ligados a dois aspectos: frustração na resolução dos dilemas sociais e de saúde dos usuários e opressão da chefia. Algumas respostas apontam claramente isso:

“Pois muitas vezes não tenho vontade de ir trabalhar, não por causa dos pacientes, mas sim pela chefia da própria US.” (ACS14, 2006).

“Quando o usuário pede uma ajuda é passado para a chefia às vezes nem dão atenção.” (ACS1, 2006).

“Não ter condições de ajudar o usuário como ele merece.” (ACS9, 2006).

A maior parte dos comentários foi direcionada à questão da valorização funcional (vide Tabela 19), através da reivindicação de melhoria salarial, de condições de trabalho e de melhoria do tratamento dado ao ACS pelos usuários e

chefia.

TABELA 19 - SUGESTÕES QUE OS ACS TÊM PARA DAR - 2006

Sugestões	Freqüência	(%)
Sem comentários	20	33,3
Sobre a valorização funcional	28	46,7
Críticas ao Sistema Municipal de Saúde	07	11,7
Proposta para treinamentos	03	5
Necessidade de melhorias	02	3,3
Total de Respostas	60	100

FONTE: O autor (2006)

“Deveria ser mais valorizado, pois somos tratados pior do que orelha seca!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!” (ACS37, 2006).

O que eu gostaria é que nós agente deveríamos ter mais valor, porque nos somos a chave para o começo de saúde, porque se nós não soubermos dar as informações precisas para o nosso governo ninguém sabe de nada. (ACS11, 2006).

Com auto-estima e um salário decente, pois como vamos ajudar aos outros se muitas vezes somos nós estamos precisando. Já que ganhamos uma miséria e ainda tiram mais do nosso salário.” (ACS18, 2006).

Dos 47 sujeitos, 20 não deram nenhuma sugestão (vide Tabela 19), fato que pode ser um indício de que os ACS não se sentem muito a vontade de se expressar livremente sobre a atividade que desempenha.

Na Tabela 20, verificamos que a dificuldade indicada pelos sujeitos como a mais importante é o ambiente de trabalho e a infra-estrutura precária, esta aparece em todas as respostas da primeira grande dificuldade à terceira com a maior freqüência (58 respostas representando 42% sob o total).

TABELA 20 - DIFICULDADES QUE O ACS ENFRENTA EM SEU TRABALHO INDICADAS POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA – 2006 (continua)

Dificuldades	Freq. 1º*	Freq. 2º	Freq. 3º	Total	(%)
Dificuldades com os usuários	09	11	05	25	18,1
Não conseguir solucionar os problemas dos usuários	11	06	03	20	14,5
Ambiente de trabalho e infra-estrutura precária	11	16	31	58	42
Discriminação e desvalorização do ACS	09	06	05	20	14,5
Dificuldades desenvolver a coleta e organização dos dados	05	01	-	06	4,3

TABELA 20 - DIFICULDADES QUE O ACS ENFRENTA EM SEU TRABALHO INDICADAS POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA – 2006 (conclusão)

Dificuldades	Freq. 1 ^o *	Freq. 2 ^o	Freq. 3 ^o	Total	(%)
Falta de Segurança	-	03	-	03	2,2
Dificuldade pessoal	-	-	02	02	1,5
Não respondeu	-	-	04	04	2,9
Total de Respostas	45	43	50	138	100

FONTE: O autor (2006)

NOTA: Freqüência da 1^a à 3^a maior dificuldade enfrentada pelo ACS no trabalho (por ordem de importância dada pelo próprio ACS).

Quando os sujeitos indicam a dificuldade no ambiente de trabalho, fatos como fofocas no local de trabalho, críticas infundadas ao trabalho desenvolvido, não ter direito à defesa, não ser escutado pelo grupo, trabalhar sob sol e chuva, etc. são os problemas mais apontados. Sobre a infra-estrutura precária os sujeitos revelam problemas de recursos humanos, dificuldade com o sistema de marcação de consultas, falta de espaço físico na unidade de saúde e de material para desenvolvimento das suas atribuições.

"Falta de agente comunitário para cobrir totalmente a área de trabalho." (ACS 3, 2006).

"Exames entregues em cima da hora, que chegam na unidade com um dia de antecedência." (ACS 25, 2006).

"A Falta de sala de reuniões na unidade de saúde para os agentes de saúde" (ACS 21, 2006).

"No ambiente de trabalho, pessoas que se preocupam demais com o trabalho dos outros não dão conta dos seus." (ACS 7, 2006).

A segunda grande dificuldade relaciona-se às dificuldades ligadas aos usuários, tais como: má recepção nas residências visitadas, pacientes que recusam o tratamento de suas enfermidades, pacientes revoltados com o sistema de saúde, pacientes que se sentem com privilégios na unidade de saúde, etc.

Durante a pesquisa percebemos, através de depoimentos, que algumas das dificuldades que o ACS enfrenta com o usuário estão intimamente ligadas aos problemas infra-estruturais e de ambiente de trabalho, como os indicados anteriormente. Existem relatos de que o paciente que não consegue a consulta especializada não recebe bem o ACS em seu domicílio, pois aquele não acredita

mais no sistema de saúde.

A terceira maior dificuldade indicada pelos sujeitos foi não conseguir solucionar os problemas dos usuários e a discriminação e desvalorização que recebem. Ambas obtiveram a mesma frequência de resposta (20, correspondendo a 14,5% do total).

No que diz respeito à discriminação com o ACS há indícios de que isto seja percebido através de fatos concretos tais como falta de valorização financeira, atitudes preconceituosas por parte da chefia e a falta de confiança no ACS por parte de sua equipe de trabalho. Toda a discriminação e desvalorização indicada pelos sujeitos são relacionadas a fatos vividos com a equipe de trabalho e chefia, não tendo relação com o usuário. Isso diminui a motivação do ACS em desenvolver as suas atividades cotidianamente.

Sobre a dificuldade de não conseguir solucionar os problemas dos usuários, ficam explícitos descasos da chefia para com os problemas apontados pelos ACS sobre os usuários visitados, mau atendimento realizado na unidade e falta de comunicação interna. Isso é relatado com certa angústia pelos sujeitos, pois estes se sentem impotentes diante da realidade vivida diariamente, mesmo quando sabem que existem alguns problemas dos usuários que são de fácil solução por parte da unidade de saúde.

Outro aspecto importante que surgiu como dificuldade principal foi a de desenvolver atividades de coleta e organização de dados, esta é relacionada à atribuição de diagnóstico e monitoramento. Quando os sujeitos relatam essa dificuldade eles apresentam dois problemas principais: o de não conseguir se comunicar bem com o usuário e o de não conseguir realizar bem os preenchimentos de fichas. Aqui percebemos uma dificuldade que pode ser trabalhada através de cursos e capacitações direcionadas para a atividade de visita domiciliar.

As dificuldades pessoais obtiveram uma baixa frequência de resposta, o que nos indica que o ACS percebe o seu trabalho sendo muito mais prejudicado por situações externas a ele do que por suas próprias limitações. A primeira grande dificuldade apontada foi relacionada a questões administrativas e de relacionamento da equipe de trabalho. A segunda maior dificuldade foi relacionada ao usuário e a terceira maior dificuldade relacionou-se à valorização funcional e à impossibilidade de resolução de problemas.

Alguns relatos podem esclarecer melhor como estas dificuldades apontadas pelos sujeitos refletem em seu dia a dia de trabalho, bem como nos indica que uma dificuldade pode está diretamente vinculada à outra.

"A falta de reconhecimento faz com que eu desanime. Poderia verificar mais o que eu faço." (ACS 38, 2006).

"Não nos dão o valor, ou melhor, não nos enxergam como uma pessoa capaz." (ACS 46, 2006).

"Na maioria das vezes a reclamação não tem sentido e não temos defesa é um motivo para levar bronca e sermos humilhadas." (ACS 15, 2006).

"Pela falta de ACS, sobrecarrego e não consigo fazer visitas de qualidade como gostaria." (ACS 43, 2006).

"As vezes você chega na casa e as pessoas soltam a cachorrada, porque os exames estão demorando, que quando chegar já morreu não precisa mais e assim por diante." (ACS 25, 2006).

"Porque acham (os usuários) que devemos fazer mais pela saúde, acham que são nós que mandamos." (ACS 28, 2006).

"Os médicos e as enfermeiras não vão a rua e os ACS são cobrados pelo que não é sua função." (ACS 26, 2006).

"Sofro muito no calor pois não temos nenhum filtro solar decente." (ACS 18, 2006).

"A falta de material não nos deixa ser um profissional completo." (ACS 46, 2006).

Na Tabela 21, verificamos que a maioria dos sujeitos relata que resolvem os problemas e administram as dificuldades sem a ajuda de sua equipe, apresentando indícios de que o ACS não se percebe integrante da equipe de saúde da família em sua unidade de saúde. Esse indício é maior ainda quando percebemos que as respostas relativas a passar o problema para frente (24, correspondendo 35,3% do total) estão relacionadas com a falta de poder solucionar os problemas e que este poder está concentrado em uma autoridade local (chefe da equipe de saúde).

TABELA 21 - FORMAS DE ENFRENTAMENTO DAS DIFICULDADES - 2006

Formas de Enfrentamento	Frequência	(%)
Passo o problema para frente	24	35,3
Tento resolver	40	58,8
Não faço nada	03	4,4
Não respondeu	01	1,5
Total de Respostas	68	100

FONTE: O autor (2006)

As respostas que indicam não fazer nada para resolver os problemas indicam medo em realizar tarefas, por exemplo: "Tenho que engolir a seco e ficar quieta, pois se abrimos a boca ainda que seja para melhorar a situação, aí o bicho pega e caem em cima da gente." (ACS 14, 2006).

Quanto às sugestões sobre as ações de enfrentamento do poder público diante das dificuldades, os sujeitos apontam ações que implicam um maior investimento em saúde, dando ênfase para a melhoria da infra-estrutura de trabalho e para a ampliação dos recursos humanos (vide Tabela 22).

TABELA 22 - SUGESTÕES SOBRE COMO O PODER PÚBLICO PODERIA ENFRENTAR AS DIFICULDADES - 2006

O que o poder público poderia fazer para enfrentar essas dificuldades?		
Sugestões	Frequência	(%)
Informar mais a população	03	3,7
Melhorar a infra-estrutura e os Recursos Humanos	20	24,4
Incentivar o ACS	17	20,7
Investir mais em Saúde	14	17,1
Conhecer e resolver os problemas	17	20,7
Outras respostas	10	12,1
Não respondeu	01	1,3
Total de Respostas	82	100

FONTE: O autor (2006)

Repassar nossos recursos realmente necessários para poder desempenhar nossa função real, hoje não desempenhamos nossa função e ainda não temos condição de acompanhar nem nossa área pois as equipes não estão completas e temos que fazer o trabalho de mais três. (ACS 26, 2006).

Isto nos faz pensar que a melhoria de investimento em Saúde Pública é um dos principais fatores para o bom desempenho dos programas de prevenção,

assistência e promoção à saúde dos indivíduos. Essa realidade diagnosticada, nesta pesquisa, aparece nos índices de investimentos realizados pelo poder público, como exemplo: o Estado do Paraná está respondendo uma ação judicial no ministério público por não aplicar o percentual de 15% do seu orçamento em saúde, percentual este garantido em lei federal.

5 CONCLUSÃO

“O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA GRANDE CURITIBA”

Concluindo o nosso trabalho iremos realizar uma síntese de todos os achados da pesquisa realizada, bem como indicaremos algumas reflexões do que tudo isso mostra para os profissionais da área (Educação, Saúde e Trabalho), a partir do que os Agentes Comunitários de Saúde relataram e o que os autores consultados contribuem para essas reflexões.

Consideramos ter atingido o objetivo principal desta pesquisa, que é descrever as práticas de trabalho do ACS que atua na Grande Curitiba (PR), tendo como ponto de partida as suas atribuições funcionais estabelecidas em portaria ministerial e caracterizar essas práticas na percepção da Educação e da Psicologia Social Comunitária. Partindo da escuta ao ACS, também, buscamos desvelar os fatores facilitadores e limitantes para a realização desta função e ensaiar aqui uma proposta de processo de formação deste profissional de saúde.

Partindo das Portarias do Ministério da Saúde nº 1886/97 e 44/2002, podemos investigar as práticas desenvolvidas pelo ACS e suas percepções sobre elas. Sobre as atividades mais desenvolvidas pelo ACS ganharam destaque as atribuições relacionadas a diagnóstico, monitoramento e encaminhamento. Sendo preponderante a prestação de serviço assistencial em detrimento dos serviços de educação e promoção da saúde.

Vimos em Scliar (2002) que a saúde pública vem de uma perspectiva histórica baseada na assistência ao doente, em que diagnosticar as enfermidades, monitorar o tratamento e encaminhar os casos mais complexos para especialidades médicas, eram as práticas mais comuns. Até mesmo os financiamentos para os municípios, logo nas primeiras iniciativas de descentralização do Ministério da Saúde, eram baseados no número de procedimentos, criando uma série histórica de atendimento às enfermidades.

Com isso, percebemos que as atribuições destacadas pelo ACS nesta pesquisa apresentam indícios de estarem intimamente ligadas com a perspectiva assistencial da saúde tão preconizada durante tantos anos. Daí, percebemos a

grande dificuldade apontada em realizar as atribuições referentes à promoção à saúde e mobilização popular.

As atribuições de monitoramento estão intimamente relacionadas com as visitas domiciliares. Nesta pesquisa foram preponderantes os indícios do grande envolvimento emocional do ACS para com os usuários do sistema, isso muitas vezes ressaltado pelas exigências realizadas pelo usuário no momento da realização da visita domiciliar.

O ACS apresenta um grande compromisso com a realização das visitas domiciliares, porém percebe-se também que estes muitas vezes não foram treinados para realização destas de modo que lhe favoreça um maior alcance de suas metas de trabalho.

Freitas (1998) nos chama atenção para a importância da inserção do profissional na comunidade, que em qualquer processo de inserção devemos ter o cuidado de prever que objetivos queremos atingir com o nosso trabalho e o como isso pode refletir na comunidade. Ela aponta que dependendo da forma de inserção comunitária favorecemos uma manutenção ou uma transformação da realidade posta.

O ACS em suas visitas domiciliares realiza uma inserção no lar dos usuários buscando melhorar as suas condições de saúde. Porém, este pode, dependendo da forma como realiza essa inserção, promover a manutenção das condições de saúde existente ou a sua transformação. Percebemos em alguns relatos que existem usuários relapsos que não cuidam do seu tratamento e necessitam de uma quantidade maior de atenção por parte do ACS, também apareceram à grande preocupação do ACS em corresponder as expectativas dos usuários no que diz respeito às necessidades de exames especializados. Em contrapartida, não aparecem quase nenhuma indicação de necessidades vinculadas às ações de promoção à saúde e de participação popular.

Essas situações nos apresentam indícios que a forma de inserção do ACS na comunidade está, de certa forma, colaborando para a manutenção da perspectiva assistencial da saúde, onde o foco do atendimento está na cura de enfermidades e não na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida.

Mas é importante salientar que o trabalho desenvolvido pelo ACS nos domicílios são supervisionados e orientados pela Equipe de Saúde da Família,

principalmente pela enfermagem desta equipe. Fato este que nos demonstra indícios de que o trabalho do ACS é um reflexo de todo o trabalho de sua equipe, apresentando para nós uma realidade que as equipe de saúde sujeitas a pesquisa apresentam uma tendência a perceber a saúde dentro de uma perspectiva mais antiga, como ausência de doença.

Importante destacar aqui os sentimentos que permeiam as atribuições realizadas pelo ACS, segundo Bonfim (2006), chegar às sensações e aos sentimentos, sem correr o risco de acessar somente processos racionais, é um grande desafio metodológico. Portanto, realizamos somente um ensaio para captar como os ACS se sentiam com relação ao seu trabalho.

Percebemos com muita força o sentimento de desvalorização, alicerçado pela falta de reconhecimento da importância de seu trabalho por parte dos demais profissionais da equipe e do sistema de saúde. Bem como, o sentimento de impotência, vinculado a falta de infra-estrutura e de poder para resolver problemas diagnosticados em suas visitas domiciliares.

Depender sempre da autorização de uma chefia na Unidade de Saúde, para resolverem os problemas dos usuários, é motivo de insatisfação com a sua condição funcional. Visto que, a chefia por está mais distante da realidade do usuário não se compromete devidamente com a resolução dos casos e o ACS por estar intimamente ligados a comunidade assistida se sente impotente e cobrado injustamente. Essa situação é agravada devido à maioria dos ACS morarem no mesmo bairro em que trabalham.

O sentimento de desvalorização é relatado juntamente com a sensação de humilhação sendo estes intimamente vinculados a questão salarial, ao status que o ACS ocupa diante dos demais profissionais de sua equipe e a forma como a sua chefia se reporta a ele. Quando refletimos sobre a condição trabalhista do ACS percebemos que muito desta desvalorização tem seu nascedouro nas formas de contratação deste profissional.

Muitos trabalham com contratos inadequados, onde o que vigora é a confiança no empregador, outros trabalham através de testes seletivos que garantem o máximo de atuação funcional por dois anos, ocasionando a grande rotatividade de ACS no município, dificultando sua inserção na comunidade e na equipe de trabalho. Essa dificuldade na contratação reflete em problemas do ACS

com a equipe de trabalho, pois com a excessiva rotatividade, enquanto os outros profissionais mais antigos se integram entre si, o ACS é visto sempre como uma mão-de-obra nova dificultando a sua integração.

Outro fator que é o investimento em treinamentos, pois muitos municípios não investem em capacitações para o ACS por entenderem ser “dinheiro perdido”, tendo em vista a grande instabilidade desses profissionais. Na realidade pesquisada, verificamos que existe uma deficiência de investimento em treinamentos.

Os ACS indicaram em seus relatos que além de não receberem treinamento introdutório para realizarem sua função, quando esses treinamentos são propiciados acontecem muito depois da entrada dos novos profissionais e são ministrados por técnicos que deixam a desejar.

Percebemos que existe uma coexistência de sentimentos antagônicos no ACS com relação às suas práticas, Pois, ao mesmo tempo em que os sentimentos negativos apareceram também são relatados sentimentos positivos:

- Sentimento de poder ajudar o próximo que lhe dá muita alegria, e sentimento de impotência em não poder fazer mais do que faz;
- Sentimento de ser valorizado pelo usuário que precisa de seus serviços e se sente extremamente desvalorizado pelo seu empregador e chefia;
- Sente que seu trabalho é muito importante, porém não se sente reconhecido, principalmente, financeiramente.

Importante apontar que mesmo apresentando todos esses sentimentos negativos e positivos, o ACS quando indagado do que deveria mudar em sua realidade de trabalho, ele relata duas situações que refletem diretamente no atendimento ao usuário e não aponta situações relacionadas com sua realidade trabalhista. Isso nos indica que um dos aspectos mais motivadores do ACS em seu trabalho é o atendimento das expectativas dos usuários.

Além da questão prática ligada à necessidade de trabalho para o auto-sustento, verificamos que são dois sentimentos positivos que motivam a sua permanência na função: a sensação de estar ajudando as pessoas e a sensação de estar aprendendo coisas novas, principalmente sobre saúde.

Esses sentimentos de valorização ou de desvalorização são preponderantes para a identificação do ACS com as suas práticas. Ciampa (2001) nos apresenta o quanto é importante a questão da identidade do indivíduo para a sua vida. É através

da ação que o sujeito constrói sua identidade, neste caso, a atividade de ACS faz parte da construção psíquica destes indivíduos que desempenham essas funções. Sendo assim, quanto mais identificado seu trabalho o sujeito esteja, mais este se apropria de sua realidade.

Quanto mais o indivíduo se sente pertencente a uma determinada realidade, mais ele colabora para o progresso e o alcance dos objetivos traçados. O sentimento positivo pelo trabalho realizado é um fator importante para o alcance de sucesso profissional e pessoal.

No caso dos ACS, é preocupante o distanciamento relatado por eles da equipe de saúde com que trabalha, pois quanto menos estes se identificarem com sua equipe de trabalho, menos suas ações serão direcionadas para o sucesso coletivo.

Outro aspecto importante que aparece neste trabalho é a relevância dada pelo ACS para com a finalidade de seu trabalho para a conscientização dos usuários sobre o auto-cuidado. Esse dado é incoerente com a realidade constatada que o ACS não prioriza atribuições de educação e promoção. Talvez porque estes utilizam a visita domiciliar como o principal instrumento de trabalho e que eles acreditem ser esta a melhor forma de trabalhar a conscientização do usuário.

Chegamos à conclusão de que o maior investimento na área da saúde, em recursos humanos, materiais e infra-estrutura; na melhoria dos processos de inserção comunitária deste profissional; na promoção de treinamentos mais adequados à realidade concreta de seu trabalho, são fatores importantes para favorecer o ACS da Grande Curitiba para que este possa exercer suas atribuições dentro e além do preconizado pelo Ministério da Saúde.

Freire (2003) nos apresenta um método de educação em que o foco na conscientização do indivíduo é fator primordial para o processo educacional. Vimos também, nos relatos, que nos conteúdos administrados nos treinamentos dos ACS nada aparece sobre método de conscientização popular para a saúde.

A partir disso, ousamos sugerir que na formação do ACS sejam administradas, através de instrumentos da Educação Popular formas de trabalhar conteúdos promotores de saúde pautados na realidade cotidiana e local, para que melhore a abordagem do ACS no que diz respeito à conscientização do usuário para com a sua saúde.

Bem como, acreditamos que conceitos da Psicologia Social Comunitária, como o de *Identidade, Atividade, Pensamento e Linguagem* são importantes de serem trabalhados dentro de suas perspectivas práticas em uma formação continuada deste profissional.

Com o conceito *Identidade*, poder-se-ia trabalhar o sentimento de pertinência ao local de moradia e o fortalecimento da identidade individual e coletiva; através do conceito de *Atividade* se reforçaria o potencial transformador da interação humana em seu meio e a valorização funcional do ACS; já com os conceitos *Pensamento e Linguagem* trabalharíamos a importância da comunicação no desenvolvimento de novos hábitos e saberes.

Outro aspecto importante a ser inserido na formação do ACS são os processos de *inserção comunitária*, na perspectiva da Psicologia Social Comunitária, buscando que eles percebam a complexidade existente na simplicidade de sua intervenção e o reflexo disso na vida das pessoas, aprendendo a lidar melhor com a realidade comunitária para conseguir superar seus obstáculos e aproveitar as oportunidades locais ampliando o alcance de suas estratégias, principalmente no que diz respeito à visita domiciliar.

Sobre os saberes necessários para exercer a função, a pesquisa apresentou que o maior interesse do ACS no que diz respeito ao conteúdo é direcionado para a área da saúde e o que menos interessa são conteúdos relacionados com política partidária.

Esse dado nos apresentou uma realidade diferente do senso comum, na realidade política dos municípios os ACS são vistos como peças políticas fundamentais para divulgação de projetos políticos e coleta de informações comunitárias. É natural em meio à comunidade você perceber que o povo vê no ACS um personagem com grande potencial político partidário, mas nesta pesquisa vemos que o ACS não relata em nenhum momento intenções eleitorais.

Isso nos apresenta que este personagem na comunidade e na vida política do município, mesmo que sendo visto por muitos como um ente de possibilidades políticas não se percebe assim. De certa forma essa não percepção de seu potencial político partidário, pode vir a ser um problema, pois de acordo com a sua situação no município este pode ser usado para desempenhar funções político partidário que ele nem imagina.

Encerrando as considerações é importante ressaltar que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde possui um papel preponderante no Sistema de Saúde Pública no Brasil, por isso o dilema que o ACS enfrenta em sua prática está intimamente vinculado a todos os dilemas enfrentados pelo SUS hoje. Mendes (2001) apresenta quatro dilemas atuais que o SUS deve enfrentar para se afirmar e se desenvolver em coerência com o que é preconizado em sua legislação, são eles: dilema da competição ou cooperação (sistema público e privado devem competir ou se ajudar?), dilema da segmentação ou universalização (avançar ou não no sistema público universal?), dilema da municipalização autárquica ou microrregionalização cooperativa (organização do sistema de forma localizada ou regionalizada?), e o último, dilema da fragmentação ou integração (fragmentação da atenção à saúde ou instituição da atenção contínua organizada pela estratégia da atenção básica e o PSF?).

Somente solucionando esses dilemas é que muitas das dificuldades apontadas pelos ACS no desenvolvimento de seu trabalho poderá ser melhor administrado. Dentre todos os dilemas acima citados, destaco o da fragmentação ou integração como o que mais reflete nas práticas dos profissionais nos programas de saúde do Brasil. Pois, somente com o fortalecimento da atenção básica à saúde, estaremos concretizando ações de melhoria da qualidade de vida e promovendo saúde para todos. Para tanto, investimentos são necessários, no fomento de recursos humanos a partir da realidade vivida no cotidiano de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALFARO, J. Elementos para una Definición de la Psicología Comunitaria. In: ZAMBRANO, Laura & OLAVE, Rosa Ma. (Orgs.), **Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile**, Santiago de Chile: Editora Universidad Diego Portales, p. 14 - 31, 1993.

_____. Psicología Comunitaria y Desarrollo Comunitario: una aproximación al uso del concepto desarrollo comunitario em psicología comunitaria Latinoamericana. In: ZAMBRANO, Laura & OLAVE, Rosa Ma.(Orgs.), **Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile**, Santiago de Chile: Editora Universidad Diego Portales, p. 84 - 95, 1993.

BÁSICA, Departamento de Atenção - Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. In: BRASIL, **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, nº 3, 2000.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, nº 3, p. 401 - 412, 2002.

BONFIM, Z. A. C. **Representações Sociais do Local de Moradia, de Si Próprio e do Outro em um Grupo de Moradores do Pedregal e do Novo Gama: um Estudo Introdutório**, Brasília, 1990. 223 f. Dissertação (Mestrado em Ciências - Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

_____. **Afetividade e Ambiente Urbano**: uma proposta metodológica pelos mapas afetivos. No prelo.

BRASIL. Lei nº 8080. **Constituição Federal do Brasil**, Brasília, 19 de setembro de 1990.

_____. Lei nº 8142. **Constituição Federal do Brasil**, Brasília, 28 de dezembro de 1990.

_____. **Avaliação Qualitativa do PACS**, Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. **Documento: Carta de Ottawa**, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. **Portaria nº 1886/GM**, Brasília: Ministério da Saúde, 18 de dezembro de 1997.

_____. **Programa Agentes Comunitários de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Portaria nº 95/GM**, Brasília: Ministério da Saúde, 26 de janeiro de 2001.

_____. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, nº 5, Edição Especial, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria nº 44/GM**, Brasília: Ministério da Saúde, 03 de janeiro de 2002.

_____. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação**, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <www.saude.gov.br>

_____. **O SUS de A a Z, Garantindo saúde nos municípios**, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Revista Conasems**, ano I, nº 9, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Emenda Constitucional Nº 51**, Brasília: Presidência da República, 14 de fevereiro de 2006.

_____. **Portaria Nº 399/GM**, Brasília: Ministério da Saúde, 22 de fevereiro de 2006.

_____. **Portaria Nº 698/GM**, Brasília: Ministério da Saúde, 30 de março de 2006.

_____. **Portaria Nº 699/GM**, Brasília: Ministério da Saúde, 30 de março de 2006.

_____. **Medida Provisória Nº 297**, Brasília: Presidência da República, 09 de junho de 2006.

CAMPOS, R. H. F. (Org.). **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**, Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

CIAMPA, A. C. Identidade. In: LANE, S. T. M. & CODO, W. (Orgs.). **Psicologia Social: o homem em movimento**, São Paulo: Brasiliense, p. 58 - 77, 2001.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e eqüidade nas reformas da saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, nº 2, p. 319 – 328, 2001.

DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil**, São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FARR, R. M. **As Raízes da Psicologia Social Moderna**. Petrópolis, RJ: Vozes, 6ª edição, 2004.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, nº 1, p. 69 - 76, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.

_____, **Educação como Prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FREITAS, M. F. Q. Psicologia na Comunidade, Psicologia da Comunidade e Psicologia (Social) Comunitária: práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.). **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**, Petrópolis, RJ: Vozes, p. 54 – 80, 1996.

_____. Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, nº 1, Porto Alegre, 1998. Acessado em: www.scielo.br/scielo.php

_____. Para onde Caminha a Psicologia (Social) Comunitária no Brasil? Um Balanço a partir dos Frutos da sua Trajetória. In: YAMAMOTO, O. & GOUVEIA, V. **Construindo a Psicologia Brasileira**, São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 167 – 184, 2003.

_____. O Movimento da Lente Focal na História Recente da Psicologia Social Latino-Americana. In: GUARESCHI, P. A.; CAMPOS, R. H. F. (Orgs.). **Novos paradigmas da psicologia social Latinoamericana**. Petrópolis: Vozes, p. 167 – 185, 2000.

_____. Desafios Contemporâneos à Psicologia Social Comunitária: que visibilidade e que espaços têm sido construídos? In: **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 22, nº 36, p. 33 – 47, 2004.

GÓIS, C. W. L. **Noções de Psicologia Comunitária**, Fortaleza, CE: Editora Viver, 1994.

LANE, S.T. Histórico e Fundamentos da Psicologia Comunitária no Brasil. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.). **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**, Petrópolis, RJ: Vozes, p. 17 – 34, 1996.

_____. Psicologia Social e uma Nova Concepção de Homem para a Psicologia. In: LANE, S. T. M. & CODO, W. (Orgs.). **Psicologia Social: o homem em movimento**, São Paulo: Brasiliense, p. 10 – 19, 2001.

_____. Linguagem, Pensamento e Representações Sociais. In: LANE, S. T. M. & CODO, W. (Orgs.). **Psicologia Social: o homem em movimento**, São Paulo: Brasiliense, p. 32 – 39, 2001.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de & MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, nº 2, p. 269 – 291, 2001.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS (Tomo I)**, Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MINICUCCI, A. **Dinâmica de Grupo: teoria e sistemas**, São Paulo: Atlas, 2002.

PINTO, Á. V. **Sete Lições sobre Educação de Adultos**. São Paulo: Cortez, 1993.

PRADO, M. A. M. A Psicologia Comunitária nas Américas: o individualismo, o comunitarismo e a exclusão do político. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, nº 1, São Paulo, 2002.

SCLIAR, M. (Org.). **Saúde Pública**: histórias, políticas e revolta. São Paulo: Scipione, 2002.

SOLLA, J. J. S. P., MEDINA, M. G. & DANTAS, M. B. P. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. In: **Saúde em Debate**, 51, 1996.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

CODO, W. O Fazer e a Consciência. In: LANE, S. T. M. & CODO, W. (Orgs.), **Psicologia Social: o homem em movimento**, São Paulo: Brasiliense, p. 40 - 47, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1996.

NORONHA, J. C. & SOARES, L. T. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, nº 2, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos: Referências**. Curitiba: Editora UFPR, v. 6, 2000.

_____. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos: Citações e Notas de Rodapé**. Curitiba: Editora UFPR, v. 7, 2000.

_____. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos: Teses, Dissertações, Monografias e Outros Trabalhos Acadêmicos**. Curitiba: Editora UFPR, 2000.

APÊNDICE

A -	QUESTIONÁRIO.....	96
B -	TERMO DE CONSENTIMENTO.....	107

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Prezado (a) Agente Comunitário de Saúde:

Esse questionário tem a finalidade de levantar dados para viabilizar uma pesquisa de dissertação de mestrado sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na grande Curitiba. Gostaríamos de solicitar que respondesse às perguntas de modo completo e franco, lembrando-lhe que não há resposta certa ou errada e que seu sigilo e anonimato serão garantidos de qualquer maneira, sendo que as respostas fornecidas somente poderão ser utilizadas com a exclusiva finalidade de pesquisa científica. Desde já, agradecemos sua disponibilidade.

Eu, Cristiana Rocha Façanha e minha orientadora, Profa. Dra. Maria de Fátima Quintal de Freitas, da Universidade Federal do Paraná (UFPR), agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à sua disposição para após a conclusão do estudo oferecer um retorno (ou um breve relatório caso queira) sobre a análise realizada.

QUESTIONÁRIO - PARTE I

Preencha com um X ou escrevendo nas questões abaixo:

1) Sexo:

() M

() F

2) Idade: _____

3) Quando entrou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde?

Ano _____ Mês _____

4) Já havia trabalhado como Agente Comunitário de Saúde antes?

() Sim, de ___/___ à ___/___
 mês ano mês ano

() Não

5) Você trabalha no mesmo bairro em que mora?

() Sim

() Não

6) Faz parte de alguma Equipe de Saúde da Família:

() Sim

() Não

() Não Sei

7) Até que ano/ série você estudou?

Ano/ série: _____

8) Em que escola estudou?

() Pública () Particular () Pública e Particular

9) Participou de algum treinamento para desenvolver seu trabalho?

() Sim Quantos? _____ Quando? _____

() Não

10) O que você gostaria de ter visto nestes treinamentos?

Por quê?

11) Que contribuições esses treinamentos trouxeram para você?

12) Por que você foi ser Agente Comunitário de Saúde?

QUESTIONÁRIO - PARTE II

Abaixo você terá uma lista de atividades do Programa de Agente Comunitário de Saúde, que são indicadas pelo Ministério da Saúde. Assinale com um **X** na frente da alternativa que corresponde às atividades que você realiza em sua comunidade. Além disto, faça um círculo em volta da atividade que você considera muito importante que um Agente Comunitário de Saúde faça, mesmo que você não faça isto em seu trabalho.

Atividade	X
1. Cadastro de famílias	()
2. Atualiza fichas cadastrais	()
3. Cadastra crianças menores de 1 ano em situação de risco	()
4. Participa da realização do diagnóstico da área a ser acompanhada	()
5. Realiza a descrição do meio ambiente da área	()
6. Realiza programação das visitas Domiciliares	()
7. Eleva sua visita a famílias que necessitam de uma atenção especial	()
8. Identifica gestantes novas na comunidade	()
9. Identifica portadores de deficiência	()
10. Investiga surtos e doenças de notificação compulsória	()
11. Realiza busca ativa de doenças infecto-contagiosas	()
12. Acompanha o desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos	()
13. Monitora a imunização de crianças	()
14. Monitora a imunização de gestantes	()
15. Monitora os casos de diarreias	()
16. Monitora se a gestante está fazendo o pré-natal	()
17. Monitora os recém nascidos	()
18. Monitora as puerpérias	()
19. Supervisiona pessoas que estão em tratamento de Tuberculose	()
20. Supervisiona pessoas que estão em tratamento de Hanseníase	()
21. Supervisiona pessoas que estão em tratamento de Diabetes	()

22. Supervisiona pessoas que estão em tratamento de Hipertensão	()
23. Encaminha crianças para serem imunizadas	()
24. Encaminham gestantes para serem imunizadas	()
25. Encaminham gestantes para o pré-natal	()
26. Encaminha as mulheres em idade fértil para realização de exames periódicos	()
27. Encaminha as pessoas com suspeita de Doenças Crônicas	()
28. Realiza ações de promoção de saúde em idosos	()
29. Orienta familiar sobre o apoio necessário a ser dado ao deficiente	()
30. Orienta as famílias sobre a prevenção e controle de doenças endêmicas	()
31. Realiza ações educativas para preservação do meio ambiente	()
32. Orienta a gestante sobre sinais e sintomas de risco da gestação e preparo para o parto	()
33. Orienta a gestante sobre o aleitamento materno	()
34. Orientam adolescentes sobre DST / AIDS e gravidez não planejada	()
35. Realiza ações educativas de prevenção do câncer ginecológico e de mama	()
36. Realiza ações educativas de planejamento familiar	()
37. Realiza ações educativas sobre climatério	()
38. Realiza ações educativas sobre nutrição familiar	()
39. Realiza ações educativas sobre saúde bucal infantil	()
40. Estimula a participação comunitária para ações de melhoria da qualidade de vida	()
41. Participa de algum Conselho de Saúde	()
42. Realiza ações de promoção dos direitos humanos na comunidade	()
43. Estimula a participação dos usuários em conselhos e associações comunitárias	()

2) Você realiza outras atividades além destas citadas acima?

() Sim

Quais: _____

() Não

QUESTIONÁRIO - PARTE III

Marque com um X as alternativas referentes à sua resposta:

1) Em sua opinião, qual é a PRINCIPAL atividade que DEVE ser realizada por um agente comunitário de saúde?

-) Atividades de Prevenção de Doenças
-) Atividades de Promoção da Saúde
-) Atividades de Educação em Saúde
-) Atividades de Mobilização e Organização da comunidade
-) Atividades de Monitoramento e Acompanhamento da saúde dos usuários
-) Atividades de Diagnóstico e Mapeamento comunitário
-) outra atividade, Qual: _____

2) Indique 3 DESVANTAGENS que você vê em seu dia a dia de trabalho. Coloque estas desvantagens em ORDEM DE IMPORTÂNCIA PARA VOCÊ: coloque o número 1 para o item mais importante, o número 2 para o segundo mais importante e o número 3 para o terceiro mais importante.

-) Sinto que o meu trabalho não é valorizado
 -) Recebo agressões por parte dos usuários
 -) Enfrento situações de perigo devido à violência urbana (ganguês etc.)
 -) Trabalho em ambiente externo (exposto ao sol, chuva e etc.)
 -) Meu trabalho não propicia meu crescimento profissional
 -) Possuo um baixo Status perante aos demais profissionais de Saúde
 -) Enfrento desconfiança por parte de minha chefia.
 -) Sou desrespeitado pelos outros profissionais da Unidade de Saúde
 -) Enfrento desconfiança por parte dos usuários nas visitas domiciliares
 -) Acho que estou estragando minha saúde
 -) Tenho dificuldades em coletar informações importantes dos usuários
 -) Me sinto impotente diante de alguns casos de saúde
 -) Não vejo nenhuma desvantagem
 -) sinto-me cansado(a)
 -) Outras desvantagens, quais?
-

3) Indique 3 VANTAGENS que você vê em seu dia a dia de trabalho. Coloque estas vantagens em ORDEM DE IMPORTÂNCIA PARA VOCÊ: coloque o número 1 para o item mais importante, o número 2 para o segundo mais importante e o número 3 para o terceiro mais importante.

-) Tenho a oportunidade de ajudar as pessoas
-) Tenho a oportunidade de conversar com muitas pessoas
-) Tenho a possibilidade de aprender com a experiência
-) Tenho mais facilidade de resolver problemas de saúde pessoais e familiares
-) Aprendo muito sobre relacionamento humano
-) Moro perto do local de trabalho
-) Tenho a oportunidade de conviver mais com a comunidade de meu bairro
-) Aprendo muito sobre o funcionamento do Sistema de Saúde
-) Sou reconhecido como uma liderança em meu bairro
-) Sou respeitado no lugar em que trabalho

-) Meu trabalho é bem reconhecido
 -) Não vejo nenhuma vantagem
 -) Tenho a oportunidade de entrar na política
 -) Tenho facilidade em adquirir medicamentos, exames e consultas médicas
 -) Outras vantagens, quais?
-
-

Para a pergunta abaixo coloque suas respostas em ordem de importância: coloque o número 1 para o item mais importante, o número 2 para o segundo mais importante, o número 3 para o terceiro mais importante, o número 4 para o quarto e assim por diante.

- 4) Para você, em que aspectos o trabalho do (a) Agente Comunitário de Saúde tem uma maior importância? (coloque em ordem de importância)
-) Para conscientizar o usuário sobre o auto-cuidado
 -) Para prevenir doenças
 -) No reconhecimento da realidade comunitária
 -) Para ajudar as pessoas
 -) Para fazer a Unidade de Saúde funcionar
 -) Para realizar o controle de doenças e epidemias
 -) Para coletar dados para a Secretaria e para o Ministério da Saúde
 -) Outra, qual?
-

5) Quando você trabalha como um (a) agente comunitário de saúde, que sentimentos POSITIVOS você tem em relação a isso? Escolha três sentimentos mais frequentes, marcando com um X as alternativas correspondentes:

-) Alegria em poder ajudar as pessoas
 -) Carinho pelos usuários
 -) Prazer em conhecer mais gente
 -) Sentimento de liderança
 -) Sentimento de reconhecimento por parte do usuário atendido
 -) Felicidade e gosto pela função
 -) Prazer em ser reconhecido como uma liderança
 -) Outros Sentimentos, quais?
-
-

5.1) O que esses sentimentos produzem em seu dia a dia?

6) Quando você trabalha como um (a) agente comunitário de saúde, que sentimentos NEGATIVOS você tem em relação a isso? Escolha três sentimentos mais frequentes, marcando com um X as alternativas correspondentes:

-) Revolta com o usuário relapso

-) Tristeza com as realidades dos usuários
 -) Sentimento de Impotência
 -) Sentimento de Injustiça
 -) Raiva pela desvalorização
 -) Cansaço diante da miséria
 -) Sentimento de inferioridade
 -) Outros Sentimentos, quais?
-
-

6.1) O que esses sentimentos produzem em seu dia a dia?

7) Em sua opinião sobre que assuntos um Agente Comunitário de Saúde deve ter conhecimento? Indique sua a resposta com um X.

-) Relacionamento Humano
 -) Conhecimento do Bairro em que mora e trabalha
 -) Informações Gerais sobre Saúde
 -) Informações Gerais sobre Direitos Humanos
 -) Entender sobre o funcionamento do Sistema Público de Saúde
 -) Política dos Partidos Políticos
 -) Como lidar com a violência entre familiares nos seus domicílios
 -) Política Pública e Formas de Administração de sua Região
 -) Higiene e Nutrição
 -) Transporte Público
 -) Educação
 -) Espaço e Condições de Cultura e Lazer
 -) Acompanhar o que está sendo feito pela administração pública
 -) DST e AIDS
 -) Estratégias de combate à Violência
 -) Cigarro, Álcool e Drogas
 -) Outras, quais? _____
-
-

8) Se você pudesse, que aspectos ou situações ou coisas você mudaria no trabalho que você desempenha ou no programa de Agente Comunitário de Saúde de sua unidade? Coloque o número 1 para o item mais importante, o número 2 para o segundo mais importante, o número 3 para o terceiro mais importante, o número 4 para o quarto e assim por diante:

-) O sistema de marcação de consultas
-) O sistema de atendimento odontológico
-) O sistema de atendimento aos doentes mentais
-) O ambiente de trabalho
-) Os programas desenvolvidos pela unidade de saúde
-) Os horários de visita domiciliar dos agentes
-) As reuniões da equipe de saúde

- () Não gostaria de mudar nada
() Gostaria de mudar tudo
() Outras. Quais?

9) Se você tiver alguma sugestão ou quiser acrescentar algo utilize esse espaço e a parte de trás desta folha se necessário:

10) Quais as dificuldades que você enfrenta no desenvolvimento do seu trabalho?
(Indique pelo menos 3 dificuldades em ordem de importância para você).

1ª dificuldade: _____

2ª dificuldade: _____

3ª dificuldade: _____

Outras: _____

11) Para cada uma das dificuldades acima indicadas diga como elas afetam o seu trabalho e a você?

1ª dificuldade: _____

2ª dificuldade: _____

3ª dificuldade: _____

Outras: _____

12) Como você resolve ou enfrenta essas dificuldades? Por favor, explique:

13) O que você acha que o poder público poderia fazer para enfrentar ou diminuir essas dificuldades?

OBRIGADA!

APÊNDICE BTERMO DE CONSENTIMENTO DE PESQUISA

Eu, _____, por meio deste, DECLARO concordar em colaborar com a pesquisa de dissertação de mestrado sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Grande Curitiba, ciente que este questionário que irei responder tem a finalidade EXCLUSIVA de levantar dados para viabilizar uma pesquisa científica da Universidade Federal do Paraná e que me são garantidos sigilo e anonimato, bem como, poderei a qualquer tempo obter informações sobre a pesquisa em questão.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado (a)

Assinatura da pesquisadora
Cristiana Rocha Façanha