

AVALIANDO AS OFICINAS DE CAPACITAÇÃO DE UM GRUPO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Evaluating the training workshops for a group of community health workers

Nicole Geovana Dias Carneiro¹, Isabela Cristina Rodrigues², Renilda Rosa Dias³

RESUMO

Este estudo objetivou desvelar, junto aos agentes comunitários de saúde (ACS), os significados resultantes da participação em uma oficina de capacitação realizada com a utilização do método dialógico. Trata-se de uma investigação descritivo-qualitativa, fundamentada no referencial teórico da avaliação emancipatória, realizada no município de Colina/SP, com 20 ACS. Inicialmente, realizaram-se círculos de discussão com entrevistas coletivas direcionadas por questões da prática de atuação dos sujeitos. A segunda fase caracterizou-se pelo discurso organizado, contemplando os temas geradores que intencionaram compreender a tomada de consciência e explicitação de contradições existentes no processo de trabalho. A terceira fase avaliativa visualizou possíveis mudanças no processo de trabalho. Os resultados apontaram cinco temas geradores: expectativas para a capacitação, estratégias usadas nas capacitações, sentimentos após as capacitações, mudanças impactantes nas visitas domiciliares após capacitações e sugestões para melhorias. Os agentes comunitários relatam suas dificuldades/facilidades e limitações em desenvolverem suas ações, mas isso não inviabiliza o compromisso com o serviço público de saúde no qual trabalham. Ressaltou a autonomia em novas formas de trabalhar e abordar situações de saúde e o âmbito familiar fundamental para o exercício laboral. Assim, apesar dos entraves encontrados, observa-se a persistência dos profissionais no sentido de que sejam implementadas atividades educativas que visem à melhoria da qualidade da assistência e o desejo de que o ACS tenha seu papel reconhecido nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Saúde da Família; Visita Domiciliar.

ABSTRACT

The objective of this study was to uncover, working together with community health agents (CHA), the insights resulting from participation in a training workshop conducted with the use of the dialogical method. This is a descriptive and qualitative study, based on liberatory assessment concepts, conducted in 2005 in the city of Colina / SP, with 20 CHAs. Initially, collective interviews were conducted, driven by issues related to the practical activity of the subjects. The second phase was characterized by organized discourse, contemplating the generator themes directed at understanding consciousness-raising and the explicit contradictions in the work process. The third evaluation phase envisioned possible changes in the work process. After a reading and a selection of recurring phrases, the generator themes identified were: expectations regarding training, strategies used in training, feelings after training, changes affecting home visits after training, and suggestions for improvement of skills. The professionals reported their difficulties/ease and limitations in developing their practices, but that does not invalidate the commitment to the public health service in which they work. What is notable is the autonomy in new ways of working and approaching any health situation, and the family environment essential to their professional activity. This study shows that, despite the obstacles encountered, the persistence of professionals is necessary, in the sense that activities are implemented aimed at improving educational efforts, and that the CHA has a recognized role in this context.

KEYWORDS: Health Education; Family Health; Home Visit.

¹ Nicole Geovana Dias Carneiro, Médica de Família e da Comunidade da Prefeitura da Cidade do Recife - PE. E-mail: nicole_geovana@yahoo.com.br

² Isabela Cristina Rodrigues, Enfermeira Mestranda da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP - FAMERP, Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX - São José do Rio Preto/SP.

³ Renilda Rosa Dias, Professora Doutora Adjunto de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS Campus Três Lagoas

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde, catalogada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata, formula: “*os cuidados primários em saúde constituem a chave para que esta meta seja atingida...*”¹

A partir do surgimento dos cuidados primários de saúde, a formulação e a implementação de políticas de saúde foram profundamente afetadas no mundo inteiro. No Brasil, o Ministério da Saúde cria, em junho de 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como uma estratégia estruturante da atenção primária à saúde, pois, além de estimular a ativa participação de agentes sociais na execução das políticas públicas de Saúde, visa à aproximação da população com os serviços de saúde, caracterizando uma etapa transitória para a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).²

Uma das propostas contida no PACS é buscar criar condições que favoreçam a aproximação da equipe técnica com a população, o saber técnico com o saber popular, de maneira a formar um elo na resolutividade dos problemas da atenção primária em saúde, assumindo um caráter inovador quando estimula a ativa participação de agentes sociais na execução das políticas públicas de Saúde.²

Criado em 2003, o Departamento de Gestão da Educação em Saúde assume a responsabilidade de formulação e proposição de políticas pertinentes à formação, desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores, sem distinção do grau de escolaridade, alocados aqui os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Portaria nº 198/MS, de 13/02/2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de articular a educação com o mundo do trabalho de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar. Essa proposta de educação investe na promoção de mudanças nos processos formativos, nas práticas pedagógicas de saúde e gerenciais, propiciando uma integração entre os diversos segmentos dos serviços de saúde.³

É imprescindível salientar que a educação do ACS está inserida nessa temática mais complexa, a Educação em Saúde destinada a proporcionar informações planejadas e adequadas à situação real dos indivíduos e das comunidades que permitam uma postura de afrontamento efetivo frente às condutas ou fatores de risco e às possibilidades da prevenção primária, secundária e terciária; e a capacitar os sujeitos para que participem na gestão dos cuidados, em todos os níveis.⁴

A atividade educativa deve ser norteadada pelo diálogo, deixando de ser estática e centralizada no profissional, para

ser dinâmica e problematizadora, centrada no educando, no desenvolvimento de suas potencialidades e de sua autonomia, e na qual o ACS deve ser incentivado a expressar seus temores e ressentimentos, pois, quando se permite liberdade de expressão, o mesmo se sente numa posição melhor para resolvê-los, principalmente em atividades em grupo, permitindo o desenvolvimento das habilidades fundamentais para cotidiano, que lhe permitam a integração no meio social.⁵

Inseridas como uma das atividades desenvolvidas em um programa de extensão universitária, as oficinas de capacitação surgiram como oportunidade para ampliar os conhecimentos acerca de saúde e comunidade, voltar à atenção dos ACS para reconhecer as reais necessidades da população, tornando-os assim mais responsáveis e comprometidos. Ao observar o interesse dos ACS e o envolvimento da comunidade do município, sentimos a necessidade de avaliar os resultados oriundos das oficinas de capacitação realizadas com os agentes comunitários de saúde.

O compromisso principal dessa avaliação é com a realização de autocrítica pelos sujeitos envolvidos, para gerenciamento de suas próprias alternativas de ação. A avaliação emancipatória deve fazer parte do processo ensino-aprendizagem, com o papel de constatar as dificuldades e apontar caminhos para resolver problemas de aprendizagem dos educandos.⁶

Entendida como um instrumento, a avaliação deve estar inserida numa proposta de intervenção capaz de produzir, transferir conhecimentos, valores, sentimentos, transformação que uma força social concreta leva adiante, com um adequado cálculo de suas possibilidades e do campo de forças na qual essa intervenção se insere.⁷

Frente ao exposto, este estudo teve como objetivo desvelar, junto aos agentes comunitários de saúde, os significados resultantes da participação em uma oficina de capacitação realizada com a utilização do método dialógico.

MÉTODOS

Trata-se de uma investigação descritiva, de abordagem qualitativa, participante e dialógica, por contemplar objetivos que favorecem o confronto entre dados, evidências e informações da realidade, servindo para apontar intervenções e propostas de melhoria da qualidade do trabalho dos ACS.

A existência de convênio entre a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP e a Secretaria Municipal de Saúde de Colina (localizada no município de Colina, ao norte do estado de São Paulo), de 2002 a 2009, propiciou experiências de ensino, pesquisa e de extensão.

No primeiro ano, o principal objetivo foi realizar diagnóstico situacional do município, iniciando, posteriormente, várias ações de intervenções e o levantamento das necessidades de aprendizagem dos ACS, objeto deste estudo, utilizando os círculos de discussão, compondo o universo temático, tendo como ancoragem a pedagogia problematizadora, contemplando os temas geradores: o que é ser ACS, ética, visita domiciliar, ações da saúde da mulher e da criança, sexualidade, drogas, lazer produtivo, violência doméstica, higiene e alternativas alimentares.

Neste ano ainda foi criada a Semana da Saúde, período destinado a diversas atividades em saúde, (afecção de pressão arterial, exame de glicemia capilar, coleta de exame preventivo de câncer cérvico-uterino e exame das mamas, e ações educativas). Nos anos seguintes, dando continuidade à capacitação dos ACS, os temas foram voltados aos principais problemas encontrados por estes durante o ano de atuação.

Em 2005, o estudo foi realizado com a totalidade de ACS (n=20) que atuavam no PACS, cobertura de 100% do município. Atendendo à Resolução nº 196/96 no que se refere à pesquisa com seres humanos, o Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, com o Protocolo nº 052/2005, tendo sido preservada a identidade dos participantes usando-se números na transcrição dos discursos.

Utilizou-se, para coleta de dados, a avaliação emancipatória descrita por Saul⁸ caracterizada em três momentos: descrição da realidade, crítica da realidade e criação coletiva. As etapas foram operacionalizadas utilizando-se intervenções compatíveis com a avaliação emancipatória, desenvolvida em três fases: planejamento, implementação e avaliação.⁸

Na primeira fase, o planejamento contemplou a preocupação com o tema, utilizando-se entrevistas coletivas direcionadas por questões de ordem prática da atuação dos sujeitos, realizadas em quatro círculos de discussão. Estes círculos favoreceram a descrição e a problematização da realidade vivida, de acordo com a expectativa do grupo, considerando o primeiro momento da avaliação emancipatória.

Todo o material oriundo da descrição da realidade foi gravado, transcrito e categorizado segundo os fundamentos da análise temática de Freire, correspondendo ao universo temático culminando nos temas geradores, levando-nos a conhecer o que os participantes estavam sentindo e pensando a respeito da realidade vivida.⁹

Após leitura minuciosa do material e seleção das frases que apresentaram maior número de repetições, os temas geradores identificados foram: expectativas para a capa-

citação, estratégias usadas nas capacitações, sentimentos após as capacitações e treinamentos, mudanças nas visitas domiciliares após capacitações e sugestões para melhorias das capacitações.

A implementação, segunda fase, caracterizou-se pelo discurso organizado, contemplando os temas geradores que tiveram a intenção de compreender a tomada de consciência e a explicitação das posturas, desajustes e contradições existentes no processo de trabalho dos participantes, segundo momento da avaliação emancipatória.

A terceira fase, a avaliação visualizou se houve mudanças construídas pelos sujeitos do estudo. Constatam-se também as possibilidades e os limites da aplicação da avaliação emancipatória.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A opção pela abordagem qualitativa permitiu, ao pesquisador, ser participante do estudo, o que possibilitou o seu envolvimento no processo avaliativo, contribuindo para que os sujeitos participantes usufríssem o direito de pensar e de utilizar o conhecimento constituído conjuntamente para melhoria da sua realidade, sendo o elemento norteador o diálogo, numa relação horizontal.

No planejamento dos círculos de discussão, emergiram cinco temas geradores, efetivados na implementação com a descrição interpretativa, propiciando a análise crítica e a avaliativa da realidade, que estão apresentadas a seguir.

Expectativas para a capacitação

É inegável o benefício que o trabalho dos ACS tem proporcionado à saúde da população brasileira. No entanto, por serem um dos representantes de toda uma tentativa de mudanças no paradigma, para uma nova proposta de atenção integral à saúde das pessoas, sofrem, a cada dia, inúmeras situações de pressão, nas quais devem rever suas práticas diante de desafios associados à rotina em que saúde e doença, condições de vida e o imprevisto encontram-se interligados.^{10,11}

A falta de preparo, capacitação e suporte, que deem condições para trabalhar com a dor e o sofrimento do outro, para esses profissionais, torna-se um fator angustiante, dificultando a resolução dos problemas diagnosticados na comunidade, gerando insatisfação no trabalho e agindo como um risco psicossocial no âmbito do ESF (Estratégia Saúde da Família).¹²⁻¹⁴

No entanto, os maiores investimentos na formação de profissionais para a Saúde da Família estão sendo di-

reacionados aos profissionais de nível universitário. Assim os ACS, por sua vez, ficam “confinados” a treinamentos introdutórios e discussões conduzidas por profissionais universitários locais que, com frequência, referem-se a conteúdos tradicionais de conhecimento e prática, na área da saúde, e não abrangem a totalidade das finalidades da Estratégia Saúde da Família, como condições psicossociais.¹⁵

Frente a esses problemas, tem-se essa justificativa como hipótese para as falas dos ACS deste estudo, que relatam as capacitações deste projeto como guia “para salvação”, como se nota nas falas abaixo:

“... estávamos perdidas e sem direção, como um barco sem rumo...” (ACS 01);

“... éramos nessa época como naufrago, esperando uma tábua de salvação...” (ACS 02);

“... antes do treinamento não tínhamos nenhum incentivo de nossos governantes...” (ACS 09).

Quanto à expectativa das capacitações, percebemos o receio de alguns sujeitos quanto à possibilidade do primeiro encontro ser igual ao já realizado pela DRS (Diretoria Regional de Saúde): repleto de exposições e deposições que caracterizam uma educação bancária, segundo Paulo Freire, como se observa abaixo:

“... no começo pensei que seria igual ao treinamento da DRS, mas depois vi que era diferente e foi melhor, pois aprofundamos mais nos temas discutidos...” (ACS 06);

“... tinha participado de cursos de 15 dias, e era só leitura de livros enormes, achei que seria igual...” (ACS 16).

Entre os conceitos de Freire, ressalta-se a necessidade de conceber a educação como prática de liberdade, em oposição a uma educação como prática de dominação. Observa-se que a necessidade de romper com a postura de transmissão de informações, na qual o educando assume uma posição de passividade, preocupando-se apenas em recuperar tais informações quando solicitadas.

Aprendizagem significativa é um modelo dinâmico no qual se leva em conta os saberes e interconexões mentais do educando. A aprendizagem se dá quando o educando reconstrói o conhecimento e forma conceitos sólidos sobre o mundo, o que possibilita agir e reagir diante da realidade. Para a concretização da aprendizagem, faz-se necessário o

sentir, o perceber, o compreender, o definir, o argumentar, o discutir e o transformar.

Os métodos de ensino-aprendizagem devem ser inovadores, reflexivos e críticos, centrados no educando, incluindo novas tecnologias, incentivando o desenvolvimento de competências transversais, como a capacidade de trabalhar em equipe e a comunicação. Assim, na contramão do modelo dominante de ensino e de experiências novas, desenvolvidas a partir de uma visão tecnicista e alienante, as ações inovadoras, que procuram explorar novas possibilidades do contexto, podem mobilizar processos significativos de mudanças, além de aumentar a adesão e a participação do educando como se pode notar na seguinte fala:^{16,17}

“... esperava só palestra, não imaginava que seria tão legal e divertido o treinamento...” (ACS 20).

Os participantes também relataram expectativas quanto à avaliação após a capacitação, como na fala:

“... pensava que iam nos avaliar para ver se estávamos aptos para trabalhar como ACS, e se não tivéssemos iriam nos dispensar...” (ACS17).

Pode-se dizer que avaliar é comparar a realidade com um modelo ideal. Esse modelo ideal expressa, através do delineamento de metas e objetivos, um padrão de qualidade a ser atingido, em uma educação bancária. Fazendo uma metáfora musical, podemos dizer que o processo de avaliação é a partitura e o arranjo que a orquestra dos educandos deve executar.⁹

Entre as falas dos ACS participantes deste projeto, nota-se, também, o desconforto com relação a cobranças. Lunardele¹⁸, em seu trabalho, encontrou um “sofrimento” na atuação dos ACS, uma vez que enxergam seu papel na equipe de forma idealizada, desconsiderando a responsabilidade da equipe, dos indivíduos e das próprias famílias. Assim, sentem pressionados tanto pela equipe, no cumprimento das tarefas, como pela comunidade, que os vê como representantes de suas demandas. Seabra¹⁹ afirma que os ACS funcionam como um termômetro na equipe de saúde, porque é ele quem faz o *feedback* do que ela representa lá fora, e isso serve para a equipe avaliar sua atuação e rever algumas condutas.

Estratégias usadas nas capacitações

Entre as falas dos participantes frente à metodologia usada nas capacitações, observa-se:

“... os métodos usados durante as capacitações, alguns para mim foi como um clarão depois longo percurso às escuras, pois vindo como brincadeira, facilitou para mim entender certas dúvidas, descobrindo que deveria mudar de atitudes em relação a certas pessoas...” (ACS 02);

“... baseada nas estratégias que foram passada no treinamento nas situações que a gente fica de baixo astral, a gente consegue forças para levantar e dar continuidade ao trabalho...” (ACS 07);

“... ajudaram muito no conhecimento dos assuntos abordados em relação ao nosso trabalho, passei a ter mais facilidade de por em prática o meu trabalho...” (ACS 11);

“... com as dinâmicas que teve, aprendi mesmo muitas coisas que se não tivesse esse treinamento não saberia como começar uma visita...” (ACS 13);

“... facilitaram e muito, porque não tinha quase nenhum conhecimento sobre algumas coisas que teria que abordar com as pessoas...” (ACS 17).

Como já dito, os ACS devem ter habilidades para lidar com uma variedade de problemas que possam aparecer na população assistida, devem estar preparados para diversas realidades e possíveis situações de risco. Frequentemente, no desempenho de suas atividades no território de abrangência, podem surgir situações novas, diferentes daquelas do modelo tradicional de assistência à saúde, que requerem um maior gasto de energia ou adaptação destes trabalhadores.²⁰

Para isso, urge a necessidade de uma educação crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimento e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.¹

A educação problematizadora de Paulo Freire trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Apoiada nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos de recepção (em que os conteúdos são oferecidos ao aluno em sua forma final), os conteúdos de ensino não são oferecidos aos alunos em sua forma acabada, mas na forma de problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo aluno, que precisa reorganizar o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar.

Segundo Wai¹⁴ o trabalho do ACS traz uma complexidade diferente em relação aos demais trabalhos, pois ele utiliza todos os recursos disponíveis das tecnologias leves em saúde. De certa forma, constitui um trabalho desafiador, na medida em que ele necessita de um vasto conhecimento sobre crenças, culturas e vidas.

É importante que a formação possibilite estabelecer “pontes” entre a teoria e prática de seu trabalho. Ademais, o fato de a formação não ser “engessada” permite inserir o ACS em ambientes próximos da realidade que ele estuda, para que possa sentir, na prática, o que aprende na teoria, e trazer experiências e casos do cotidiano para a sala de aula.¹⁹

A possibilidade de pensar, falar, refletir sobre o trabalho, permite ao agente dar visibilidade aos seus aspectos subjetivos, tornando de conhecimento público esse viés do trabalho conhecido somente por quem o executa e vivencia.¹⁵

As dinâmicas citadas com resultado positivo para os participantes são importante instrumento capaz de recriar a realidade vivida externamente e motivar mudanças. Ao se trabalhar em grupo, está-se criando a oportunidade de se exercitar a função social através de comunicação e troca, na medida em que exista pluralidade e diferenças a serem trabalhadas.²¹

O grande trunfo das possibilidades do uso de dinâmicas de grupo é a oportunidade de se criar uma vivência lúdica e desafiadora com o grupo, introduzindo gradualmente mudanças que geram a compreensão do funcionamento de um paradigma diferente, de modo a conseguir romper com os modelos tradicionais. Mas, para que o primeiro passo seja dado, há que se ter consciência sobre qual modelo teórico se sustenta à opção pela dinâmica de grupo.²¹

A dinâmica de grupo trabalha também no nível de motivação individual, na medida em que os participantes vivenciam uma atividade que se torna uma atividade educativa, desde que contextualizada no propósito educacional definido por meio de objetivos que consideram as necessidades e a identidade do grupo de participantes. Uma vez considerando essas necessidades, o resultado da aplicação da dinâmica de grupo tem que acrescentar algo à realidade do aluno, tem que carregar uma semente de mudança a ser refletida numa prática diferenciada.²¹

Sentimentos após as capacitações e treinamentos

Quando o aluno interage com a cultura sistematizada de forma ativa, como principal ator do processo de construção do conhecimento, é porque a aprendizagem foi significativa.⁴ Neste projeto, nota-se que a aprendizagem foi efetiva, como relatado pelas falas dos participantes:

“... às vezes também me senti angustiada, pois a cada aprendizado exigia mudanças de hábitos e atitudes e nem sempre depende da gente, precisamos de outras pessoas ou órgãos para nos ajudar...” (ACS 01);

“... senti mais eficiente, mais desenvoltura no serviço, menos timidez e mais vontade de passar para as pessoas o que aprendemos...” (ACS 05);

“... senti alívio e mais preparada para conversar com o pessoal, porque passei a ajudar mais e a solucionar certos problemas sozinha...” (ACS 06);

“... senti que aprendi muitas coisas que nunca passou pela minha cabeça e me trouxe muita segurança, para perguntar e responder...” (ACS 14);

“... supriu a minhas necessidades mudou o meu modo de pensar e me fez sentir melhor...” (ACS 16);

“... esqueci de ser aquela pessoa fechada, sou mais alegre e peguei confiança com as famílias em que eu trabalho e elas também gostam minha...” (ACS18).

A aprendizagem efetiva parte de problemas ou situações que intencionam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais, valorizando experiências concretas e problematizadoras com forte motivação prática e estímulo cognitivo para solicitar escolhas e soluções criativas.²²

O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais se destaca: romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.¹⁷

Desenvolver relações humanas com base em dinâmicas de grupo significa criar um espaço psicossocial alternativo em que desconfiças, temores e conflitos possam ser aceitos e trabalhados, mediante experiências reconstrutivas, em termos de tarefas e processos que minimizem as ameaças ao “ego” e desenvolvam formas de interação compatíveis com uma ampliação quantitativa e qualitativa de cognição, afetos e condutas.²³

Essa reconstrução implica o desenvolvimento de um clima de confiança mútua, no qual fórmulas de cortesia ou de ataque e de defesa possam ser substituídas pela genuína consideração pelo outro, pelo compartilhamento de pensamentos, sentimentos e ações, pela adesão a uma tarefa comum gerada pelo próprio grupo em direção ao seu autoconhecimento.^{6,23}

Nesse sentido, os papéis desenvolvidos no grupo propiciarão a atualização de diferenças individuais e não receitas de condutas normativas, o desenvolvimento de conceitos como frutos de interação, a aprendizagem de novas maneiras de interagir, desenvolvendo as habilidades e talentos, à maneira dos diferentes músicos que compõem uma orquestra.²³

Mudanças impactantes nas visitas domiciliares após as capacitações

Um estudo realizado pela Faculdade de Medicina de Botucatu com agentes comunitários das cidades de Cerquillo e Conchas mostrou relatos dos ACS de satisfação e prazer no desenvolvimento de seu trabalho. Essa gratidão ocorre a partir do agradecimento das pessoas as quais eles ajudaram de alguma maneira. Assim, aprimora seus recursos para contribuir, o que passa a ser gratificante porque produz resultados que culminam com a gratidão dos visitados.³² Esse aspecto também foi observado na fala seguinte:

“... sim, pois passei a ver as coisas com outros olhos, pois no começo me sentia uma inútil porque eu tentava ajudar o pessoal e não conseguia. Depois do treinamento, passei a entender mais as coisas e a solucionar certos problemas sozinha e então passei a ser mais recebida melhor pelo pessoal...” (ACS 06).

A reciprocidade do dar e receber (solidariedade), estampadas pelos agentes nas falas abaixo, constitui premissa básica da ESF, podendo ser, sob certa ótica, considerado seu aspecto filosófico. Não teria sentido uma atividade que visa à transformação do sujeito, imerso na família e na comunidade, sem que seus motores (equipe da ESF) também sofressem alguma transformação. Através desta dialética, delineiam-se patamares superados e a necessidade de ascensão a novos, para todos.²⁴

“... saber ouvir, respeitar a opinião alheia, falar na hora certa foi uma grande lição para mim...” (ACS 02);

“... aprendi a ouvir mais, a falar o que as pessoas precisam ouvir a respeito de sua saúde, a abordagem a cada visita, sem medo, preparada para me sair bem em cada orientação...” (ACS 09).

Outro estudo realizado com ACS de Porto Alegre, com questionamento referente à educação permanente, apontou 50% dos entrevistados respondendo não ter capacitações frequentes. A educação continuada é um importante ins-

trumento educacional para melhorar o aperfeiçoamento profissional. Através dos treinamentos/capacitações, os ACS esclarecem suas dúvidas, atualizam seus conhecimentos, descobrem novos assuntos, novas formas de trabalhar e abordar situações de saúde e outras necessárias para sua atividade profissional.²⁵

Os ACS geralmente demonstram grande interesse em aperfeiçoamento profissional, quanto mais treinamentos recebem, melhor informados ficam, podendo prestar orientações e informações mais atualizadas e completas à comunidade²⁵, como nota-se nas falas seguintes.

“... ajudou, pois eu trabalho com informações, explicando, e nas visitas tenho mais informações e os desafios que enfrento nos treinamentos me ajuda cada vez mais...” (ACS 18);

“... aprendi muitas coisas que pude passar para as famílias da minha microárea...” (ACS 20).

Sugestões para melhorias

A criação da profissão de ACS ocorreu com a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, trazendo a definição de seu exercício exclusivamente no âmbito do SUS e sob a supervisão do gestor local de saúde. Este profissional realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde realizadas em domicílios ou junto às coletividades, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS; estende, também, o acesso da população às ações e serviços de informação, de saúde, promoção social e de proteção da cidadania.

Salientamos que competência profissional é a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades.

A formação é determinante na construção das habilidades e competências dos agentes comunitários de saúde, consolidando as diretrizes da ESF. Entendemos que a formação é contínua na medida em que está permeada pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. Os agentes comunitários de saúde trazem à tona a necessidade de incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos, a partir de desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, percebendo que o modo de fazer é insuficiente para dar conta dos desafios postos. A vivência e a reflexão

sobre as práticas vividas produzem insatisfação, levando à busca permanente de alternativas para enfrentar o desafio e produzir transformações na realidade concreta.²⁵

Sendo assim, ao final das capacitações, foram levantadas as seguintes falas que sugerem esta busca permanente de embasamento para a melhoria dos trabalhos no cotidiano:

“... acho bastante proveitoso as reuniões extras que estão sendo feitas no meu bairro com a presença dos alunos...” (ACS 01);

“... poderia estar falando mais da prevenção do homem para que a gente tenha melhor resultado com eles...” (ACS04);

“... desta maneira está sendo completa, tem explicações, tem dinâmicas e orientações mais eficiente para nosso entendimento...” (ACS 05);

“... gostaria de ver filmes explicativos sobre situações...” (ACS 09);

“... que fosse mais horas do que já está tendo...” (ACS 15).

CONCLUSÃO

A utilização do modelo de avaliação emancipatória com ACS de um município de pequeno porte do estado de São Paulo permitiu considerarmos que, neste estudo, o estímulo a aprender está sempre presente atrelado à preocupação em melhorar a qualidade do atendimento, sendo isso evidenciado no bojo de suas falas.

A pesquisa participante propiciou a transformação social do saber, pois constitui método pedagógico dialógico, crítico, humanizado, participativo e conscientizador, a partir do compromisso social assumido pelos participantes, numa decisão gerada no coletivo e de forma democrática.

Nesse sentido, os papéis desenvolvidos no grupo propiciaram a atualização de diferenças individuais e não receitas de condutas normativas, o desenvolvimento de conceitos como frutos de interação, a aprendizagem de novas maneiras de interagir, desenvolvendo as habilidades e os talentos.

Os profissionais relataram suas dificuldades/facilidades e limitações em desenvolverem suas ações, mas isso não inviabiliza o compromisso com o serviço público de saúde nos quais trabalham; informaram também suas expectativas e mudanças na atuação durante as visitas domiciliares, favorecendo uma leitura ampliada da realidade, das dinâmicas familiares, das condições de vida e das necessidades dos usuários, permitindo implementação de medidas preventivas e assistenciais e o fortalecimento do vínculo entre todos.

Este estudo aponta que, apesar dos entraves encontrados, faz-se necessário ressaltar a persistência dos profissionais no sentido de que sejam implementadas atividades que visem à melhoria das ações educativas e o desejo de que o ACS tenha seu papel reconhecido nesse contexto.

REFERÊNCIAS

1. Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, 1978. Declaração de Alma-Ata. [Citado 2005 fev. 24]. Disponível em: http://www.opas.org.br/promocao/uploadarq/alma_ata.pdf
2. Helen D. Proposta de educação permanente em saúde: pela humanização do atendimento. Publicado em 03/01/2009. [Citado 2010 nov. 24]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/13063/1/Proposta-de-Educacao-Permanente-em-Saude-Pela-Humanizacao-do-Atendimento/pagina1.html#ixzz130fo78Um>.
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
4. Curvo SD. Educación para la salud: evolución histórica y conceptos básicos. In: Calero ER. Enfermería S 21: enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Madrid: DAE; 2000. p.228-34.
5. Bueno SMV. Educação preventiva em sexualidade, DST - AIDS e drogas nas escolas [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.
6. Saul AMG. Avaliação emancipatória: desafios à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
7. Paim JS, Nunes TCM. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde pública. Cad Saúde Pública 1992; 8 (3): 262-9.
8. Santos JBG. Avaliação emancipatória: uma alternativa para a facilitação da aprendizagem na disciplina enfermagem em centro cirúrgico [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1996.
9. Freire P. Pedagogia do oprimido. 22ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993.
10. Kluthcovsky ACGC. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
11. Fonseca CD. Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. Camelo SHH. Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família e estratégias de enfrentamento [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.
13. Landy FJ. The psychology of work behaviour. Monterey Califórnia: Brooks/Cole; 1989.
14. Wai MFP. O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.
15. Jardim TA. Morar e trabalhar na comunidade: a realidade dos agentes comunitários de saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo: Faculdade de Medicina; 2007.
16. Tomaz JBC. O agente comunitários de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface Comunic Saúde Educ. 2002; 6(10):75-94.
17. Cyrino EG, Pereira MLT. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e aprendizagem baseada em problemas. Cad Saúde Pública. 2004; 20(3): 780-8.
18. Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto/SP [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
19. Seabra DC. O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional [dissertação]. São Paulo: Univer-

sidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2006.

20. Camelo SHH. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2002.

21. Chaves APP. Dinâmicas de grupo: uma contribuição teórica para uma prática balizada. [Citado 2010 nov. 24]. Disponível em: http://www.educacaoonline.pro.br/art_dinamicas_de_grupo.asp.

22. Cambi F. História da pedagogia. São Paulo: UNESP; 1999.

21. Pilon AF. Relações humanas com base em dinâmica de grupo em uma instituição de prestação de serviços. Rev Saúde Pública. 1987; 21(4): 348-53.

23. Bachili RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13 (1): 51-60.

24. Neto WHB. Contra-regras do cenário da saúde: os agentes comunitários de saúde em foco; 2006. [Citado 2010 nov. 24]. Disponível em: http://74.125.155.132/scholar?q=cache:bjQvL2K7Xf0J:scholar.google.com/+%22-regras+do+cen%C3%A1rio+da+sa%C3%BAde:+os+agentes+comunit%C3%A1rios+de+sa%C3%BAde+em+foco%22&hl=pt-BR&as_sdt=2000

25. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saúde Pública. 2008; 24(6):1304-13.

Submissão: agosto/2011

Aprovação: janeiro/2012
