UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM EDUCAÇÃO

APRENDENDO E ENSINANDO: O QUE PENSAM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SUA FORMAÇÃO CONTINUADA

ANA PAULA NUNES VIVEIROS VALEIRAS

Santos
2007

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM EDUCAÇÃO

APRENDENDO E ENSINANDO: O QUE PENSAM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SUA FORMAÇÃO CONTINUADA

ANA PAULA NUNES VIVEIROS VALEIRAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação s*tricto sensu* em Educação da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação.
Orientadora: Profa. Dra. Sueli Mazzilli

Santos
2007

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos - UNISANTOS
SibiU

V162s VALEIRAS, Ana Paula Nunes Viveiros.
Aprendendo e ensinando: O que pensam os Agentes Comunitários de Saúde sobre sua formação continuada/ Ana Paula Nunes Viveiros Valeiras - Santos: [s.n]. 2007.
121 f.; 30 cm. (Universidade Católica de Santos, Programa em Mestrado em Educação).

CDU 37(043.3)

Instituição e fonte financiadora: CAPES

COMISSÃO JULGADORA

_____

Prof. Dra. Sueli Mazzilli – UNISANTOS - orientadora

_____

Prof. Dra. Maria Helena Bittencourt Granjo - UNISANTOS –titular

_____

Prof. Dra. Cecília Luiza Broilo– UNISINOS -titular

_____

Prof. Dra. Irene Jeanete Lemos Gilberto **-** UNISANTOS - suplente

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Santos, ____/____/____

Assinatura:_____

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais, Maria Octávia e José Assunção, e ao meu marido Sidnei.

Agradeço especialmente aos meus pais, Maria Octávia e José Assunção pelo amor, carinho, paciência, incentivo e ensinamentos necessários no decorrer da vida, com nobreza e afeto.

Agradeço ao meu marido, Sidnei, amigo e companheiro, apoio sempre presente com amor, dedicação, carinho, compreensão, paciência e cumplicidade.

Agradeço a minha orientadora, Prof. Dra. Sueli Mazzilli pela experiência, competência e dedicação em todos os momentos da realização deste trabalho, além de sua afetividade, leveza e calma nas orientações.

Agradeço à minha família, pela força e solidariedade.

Agradeço aos meus amigos de reflexão, alunos e professores.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que se disponibilizaram a participar deste estudo, possibilitando sua elaboração e também pela oportunidade do convívio e aprendizagem.

Ó mar salgado, quanto do teu sal
São lágrimas de Portugal!
Por te cruzarmos, quantas mães choraram,
Quantos filhos em vão rezaram!
Quantas noivas ficaram por casar
Para que fosse nosso, ó mar!
Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu.

Fernando Pessoa

(MAR PORTUGUÊS)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 15

CAPÍTULO 1 - EDUCAÇÃO CONTINUADA E PROMOÇÃO DA SAÚDE..... 25

1.1 Programa de Agentes Comunitários: Construindo um novo modelo de assistência à saúde..... 33

1.2 Quem é o Agente Comunitário de Saúde (ACS)..... 43

1.3 A importância da Educação no trabalho do ACS..... 44

1.4 A Educação e a Promoção da Saúde: Construindo Educação para uma cultura da Paz..... 47

1.5 A Formação do ACS: Conquistas e Limitações..... 50

CAPÍTULO 2 - O CENÁRIO DA PESQUISA..... 52

2.1 A cidade portuária de Santos: A expansão urbana e os impactos da modernização..... 52

2.2 O Porto de Santos..... 64

2.3 Os bairros do Macuco e do Estuário: A influência nas famílias portuárias..... 66

CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO CONTINUADA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE SANTOS..... 74

3.1 O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)..... 77
3.2 Grupo Focal..... 91

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 103

REFERÊNCIAS..... 113

APÊNDICE

Apêndice1 - Questionário..... 119

Apêndice 2 - Termo de Consentimento..... 121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Quanto ao Gênero..... 85

Gráfico 2: Quanto à Idade..... 86

Gráfico 3: Quanto à escolaridade..... 87

Gráfico 4: Ano de conclusão do curso..... 88

Gráfico 5: Pretensão de dar continuidade aos estudos..... 88

Gráfico 6: Necessidade de Reciclagem para o ACS..... 89

Gráfico 7: Curso desejado pelo ACS..... 90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIS - Ações Integradas de Saúde
CDS – Companhia Docas de Santos
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CODESP - Companhia Docas do Estado de São Paulo
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informatização da Atenção Básica
SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
UNIMONTE – Centro Universitário Monte Serrat

RESUMO

Esta pesquisa tem por objeto de estudo a formação continuada dos Agentes Comunitários de Saúde que assistem moradores dos bairros do Macuco e Estuário, na região portuária de Santos. A investigação buscou conhecer e analisar o que pensam os Agentes Comunitários de Saúde sobre a formação continuada que lhes vem sendo oferecida e que necessidades formativas gostariam de ver contempladas nestes cursos. Parte-se da premissa que a formação continuada destes profissionais é de fundamental importância e que o elemento significativo para o sucesso da formação é a abordagem pedagógica, enquanto possibilidade de entrelaçar dialeticamente conteúdo e método. Para alcançar os objetivos propostos nesta investigação, foram efetuadas análises documentais e entrevistas com os ACS dentro deste processo. O estudo teve início com a aplicação um questionário aos 30 Agentes Comunitários de Saúde que compunham a equipe dos bairros estudados, egressos de treinamento INICIAL e que já atuam no campo de trabalho, no intuito de conhecer o perfil daqueles profissionais. Em seguida, para conhecer o que os profissionais gostariam de ver contemplado nos processos formativos, que respondesse às suas reais necessidades que se apresentam no cotidiano do trabalho, foi realizado um grupo focal, para o qual foram selecionados aleatoriamente dez Agentes Comunitários de Saúde, advindos do grupo inicial estudado. Para o desenvolvimento do estudo, valemo-nos de autores como Tardif, Gadotti, Freire e Baudoin, que têm tomado a formação de educadores como objeto de estudo. Ao final desta investigação foi possível verificar que a formação continuada oferecida a estes profissionais não leva em consideração a prática cotidiana, distanciando-se das demandas que se apresentam para estes profissionais no cotidiano do trabalho. Acreditamos que a formação continuada deveria buscar a aprendizagem a partir da problematização da prática, dos problemas e necessidades trazidos por eles próprios, visando o desenvolvimento de perfis profissionais orientados pelas necessidades da população. Espera-se que este estudo posse contribuir, de um lado, com os estudos sobre a formação de professores e profissionais de saúde e de outro, subsidiar o aperfeiçoamento dos projetos de inclusão social.

Palavras-chave: Educação e Saúde; Agente Comunitário de Saúde, Formação continuada.

ABSTRACT

This research has for study object the continued formation of the Communitarian Agents of Health who attend to inhabitants of the quarters of the Macuco and Estuário, in the port region of Santos. The inquiry searched to know and to analyze what the Communitarian Agents of Health think on the continued formation that comes being offered to them and that formative necessities would like to see contemplated in these courses. It has been broken of the premise that the continued formation of these professionals is of basic importance and that the significant element for the success of the formation is the pedagogical boarding, while possibility to interlace content and method. To reach the objectives considered in this inquiry, documentary analyses and interviews with the ACS inside of this process had been effected. The study a questionnaire to the 30 Communitarian Agents of Health had beginning with the application who composed the team of the studied quarters, egresses of initial training and that already they act in the work field, in intention to know the profile of those professionals. After that, to know what professionals would like to see contemplated in processes formative, that answered to its real necessities that if present in the daily one of the work, was carried through a focal group, for which had been selected randomly ten Agents Communitarian of Health, happened of the studied initial group. For the development of the study, we studied the ones of authors as Tardif, Gadotti, Freire and Baudoin, who have taken the formation of educators as study object. To the end of this inquiry it was possible to verify that the continued formation offered these professionals does not take in practical consideration the daily one, distance itself of the demands that if present for these professionals in the daily one of the work. We believe that the continued formation would have to search the learning from the problematização of the practical one, of the problems and necessities brought for proper them, aiming at the development of professional profiles guided by the necessities of the population. This study expects that ownership to contribute, of a side, with the studies on the formation of professors and professionals of health and another one, to subsidize the perfectioning of the projects of social inclusion.

Word-key: Education and Health; Communitarian Agent of Health, Continued Formation.

INTRODUÇÃO

Frente ao desafio de construção de um memorial acadêmico, foi preciso fechar os olhos e me desligar do mundo cotidiano para me perceber. "Por onde começar?" Pensei tanto que quase adormeci. E, sonhando, um mundo novo se descortinou à minha frente. Percebi o quanto era importante viver e como é maravilhoso ter uma história a ser contada. Uma descoberta que tem início na família, objetivação e realização na minha vida profissional.

Meus pais são portugueses, da Ilha da Madeira e sempre tiveram a influência do mar em suas vidas. Meu avô paterno era construtor de navios e sempre falava sobre as histórias envolventes da profissão. Minha avó paterna era bordadeira da Ilha e vendia suas obras primas para os turistas que lá chegavam de navio. Meus avós maternos tinham comércio na cidade de Machico, na Ilha da Madeira, bem próximo ao mar.

Mas como todo bom português, que gosta de navegar mares “nunca dantes navegados”, a família materna veio para o Brasil, buscar a aventura de um país em franco desenvolvimento. Anos depois meus pais resolveram vir também para ficar mais perto da família que aqui já se encontravam e, em 1954, atravessaram o oceano à procura de novos sonhos e na esperança de transformá-los em realidade. Não vieram como imigrantes em busca de um futuro melhor; a opção de vir para o Brasil estava relacionada à saudade da família distante. Chegaram pelo porto de Santos, após oito dias de viagem, uma emoção até hoje descrita por eles. Lembram do vestuário que usavam, da recepção dos parentes no Cais do Porto, da Casa do Café e das roupas

brancas, dos chapéus Panamá e dos guarda-chuvas que todos os homens usavam (mesmo sem estar chovendo!) .

Fixaram residência em São Paulo e quando eu estava com seis meses de vida meus pais foram morar no interior do Estado de São Paulo, na cidade de Franca, a “Terra do Calçado” e do melhor café do mundo. Meu pai foi trabalhar no setor de curtumes e exportações e minha mãe, cuidando de nós e da nossa casa. Iniciei meus estudos em uma escola da rede pública, Grupo Escolar “Homero Alves”, lembro-me da minha primeira professora com carinho. As primeiras leituras, frases e a descoberta da alfabetização foram sempre motivadas pela minha família. Após as aulas era gratificante chegar em casa e dividir com minha irmã e com meus pais o que havia aprendido . Na escola sempre tive a oportunidade de participar dos eventos e gostava muito de dividir com meus colegas as vivências em salas de aula. Lembro-me, com saudade, de quando participávamos de atividades que envolviam a comunidade escolar. Gincanas, concursos, jogos... A escola era uma extensão da minha casa. Sempre tivemos uma vida equilibrada, tanto financeira, como emocionalmente.

Meu pai trabalhava no setor de curtumes e minha mãe, cuidando de nós e da nossa casa. Em síntese fui uma criança feliz, meus pais carinhosos e dedicados. Lembro-me bem quando chegávamos próximos ao litoral, minha mãe sempre exclamava: ”O Mar...!”, aliás, até hoje isso acontece. A brisa do mar, a maresia, o clima, tudo nos traz lembranças agradáveis e muita saudade. O mar continuava vivo entre nós, marcando nossas escolhas pessoais e profissionais.

O meu ensino médio também foi em uma escola pública, Escola Estadual “Mário D’Elia”. Era muito bom e apesar de ter tido uma educação diferenciada em relação aos meus colegas, meus pais sempre me orientaram no sentido de que as oportunidades

deveriam ser socializadas e nessa época comecei a perceber o quão era importante dividir o que estava aprendendo e comecei a ensinar violão e inglês para uma turma da classe. Foi uma experiência incrível, até recitais fazíamos na escola.

Quando o momento da escolha de um curso superior chegou, conversei bastante em casa sobre minha vontade de seguir uma carreira onde poderia aliar o conhecimento e meu desejo de cuidar do próximo. Foi então que decidi fazer a Faculdade de Enfermagem em Campinas, na Universidade Estadual de Campinas, aos dezessete anos de idade. Sair de uma cidade pequena do interior e ir rumo a uma cidade cosmopolita foi um grande aprendizado. Não me esqueço das palavras de meu pai, quando me deixou no pensionato e me disse: ”Filha, estaremos sempre do seu lado para te aplaudir e para te ajudar. Quando quiser estaremos sempre te esperando. Fique com Deus”. Lembro também do semblante de minha mãe deixando crescer sua filhinha sozinha. Não foi fácil... Aquela proteção foi substituída pelo conviver com pessoas diferentes e espaços modificados.

Dediquei-me aos estudos e sempre desenvolvi projetos sociais na escola, porque sempre acreditei que a solidariedade nos faz boa companhia. A presença de alguns professores em minha vida foi importantíssima para desenvolver o meu questionamento em relação aos trabalhos comunitários. A profissão de Enfermeiro também nos leva a refletir sobre a vida e cuidar do outro. Quando íamos para a periferia da cidade fazer atendimento àquelas famílias carentes sentia-me realizada, pois podia desenvolver as questões inerentes à enfermagem, mas também podia dividir emoções através da música, da pintura e da arte.

Muitos projetos foram realizados, muitas mudanças aconteceram. Foram anos felizes e de muitas vitórias, muitos tropeços, aprendizado, decepções e aquela menina

mimada teve de enfrentar um mundo que não era assim tão “cor-de-rosa”, mas como aprendera com a mãe que “Balançamos, mas ainda estamos em pé”.

Continuei meus estudos cursando pós-graduação lato-sensu na UNICAMP em Saúde Pública e, depois, em Saúde do Trabalhador, área em que me especializei. Fiz também Administração Hospitalar e comecei a trabalhar no Centro da Saúde da Comunidade da UNICAMP, como enfermeira responsável pelo setor da Saúde do Trabalhador e Saúde da Mulher. Foi um trabalho fascinante, pois tinha contato com todos os trabalhadores da universidade e também com os alunos, pois neste Centro de Saúde atendíamos à comunidade universitária. Participava ativamente da CIPA, planejava a SIPAT, lutávamos por creches para as funcionárias-mães da universidade, enfim foram 17 anos de muito trabalho.

Casei-me com um santista e, durante sete anos, vivemos entre Santos e Campinas, até que chegou o momento de tomar uma decisão, devido à distância entre as duas cidades. Surgiu a oportunidade de optar por morar em Santos com concurso público para enfermeiros na Saúde da Família. E lá fui eu fazer o concurso e passei! Que alegria? Que frustração? Que amontoado de contradições? Ter a capacidade de passar rapidamente da alegria para a tristeza, do sorriso para o choro, da certeza para a dúvida. Uma atitude deveria tomar. Sair da cidade que já amava como minha terra natal, meu trabalho que já havia construído deixar um pedaço de mim e me entregar ao novo, ao desconhecido, mas também me abrir para um trabalho social cuja proposta incorporei em minha vida profissional. Meu marido, sempre me apoiando, deixou que eu tomasse a minha decisão, deixou-me “voar”. Foram momentos de dúvidas... Acho que aprendi a renascer, a sonhar de olhos abertos, assumindo o sonho da cidade que nos acolheu, a entender melhor como é difícil às vezes, a tomada de decisões.

Enfrentando o medo do desconhecido, resolvi arriscar. Fui trabalhar com as famílias de dois bairros portuários, Macuco e Estuário, (uma novidade enorme para mim), na cidade de Santos, onde só conhecia praticamente a orla da praia.

Nessa comunidade portuária, o Porto de Santos passou a ser significativo. Aquele mesmo Porto que acolheu meus pais há tantos anos, agora me acolhe e me fascina. Reencontrar o mar como adulta, a referência do presente parte da vida do passado e do futuro imediato. Esta identificação com o mar envolve uma atitude positiva e constitui uma transformação que tem o potencial de criar um ciclo de realimentação positiva, fazendo refletir numa perspectiva de construir novos laços pessoais e coletivos, e, por conseguinte, novas redes individuais e sociais. Assim estava eu frente a mais um desafio e à realidade das famílias portuárias.

Durante todo esse processo de reconhecimento da área de atuação, comecei como Enfermeira do Trabalho, nas Semanas Internas de Prevenção À Saúde do Trabalhador (SIPATS), proferindo cursos e palestras aos trabalhadores portuários. Logo em seguida, fui convidada a fazer parte do corpo docente do Centro Universitário Monte Serrat, UNIMONTE, em Santos, e há seis anos sou responsável pelas disciplinas de Saúde Coletiva, Ecologia, Ecossistema e Ciclo Vital na Faculdade de Ciências da Saúde, no Curso Superior de Enfermagem, e pelas disciplinas de Epidemiologia e Educação em Saúde, no Curso Superior de Medicina Veterinária e no Curso Tecnológico de Naturologia.

Nessa mesma instituição, sou coordenadora da Pós Graduação (lato-sensu) em Enfermagem do Trabalho. Tenho ministrado a disciplina denominada Aspectos Sociais e Antropológicos da Pessoa Humana, nos Cursos da Pós Graduação (lato-sensu) de

Enfermagem em Neonatologia e Enfermagem em Obstetrícia. Atualmente sou coordenadora da clínica escola “Espaço Saúde” da UNIMONTE.

O contato com alunos e com a vida acadêmica, mais uma vez, representou um novo descobrir. Um novo olhar em minha profissão. Desta forma foi possível concluir que além de minha atividade como enfermeira, o meu processo de trabalho sempre esteve permeado pela atividade educativa. Nessa concepção, o papel de educadora revelou-me uma postura mais reflexiva e crítica sobre o processo educacional.

Sempre gostei de lecionar, mas talvez não tivesse imaginado a extensão e a importância que este gosto representaria para a minha profissão. É verdade que encontrei alguns desafios, mas hoje tenho mais segurança para enfrentá-los. Como educadora, considero de extrema importância a reflexão acerca dos pressupostos ético-morais e políticos que condicionam a educação. Neste contexto, acredito ser fundamental refletir sobre o tipo de ser humano que queremos formar, considerando qual sociedade pretendemos construir.

Estes são questionamentos que não posso deixar de fazer, pois acredito que a escola é um espaço para as grandes transformações sociais. Nas disciplinas que ministro tenho uma preocupação em contribuir de alguma forma para o crescimento cultural, social, político, econômico e, sobretudo, ético, pois creio que através da escola, os alunos podem encontrar os caminhos para uma vida digna e cidadã.

O mar, o porto, o medo do desconhecido, as mudanças no âmbito pessoal bem como as mudanças nas relações cotidianas da vida e da cultura portuária impulsionaram-me a continuar investindo na busca do conhecimento para ampliar meus horizontes. Foi então que resolvi buscar um novo horizonte e desenvolver pesquisa no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Católica de Santos, no

qual ingressei em 2005. Meu interesse em realizar mestrado em Educação é que hoje existe uma exigência permanente em novos conhecimentos e acredito que a Educação tem nisso um valor fundamental. Nesse sentido as disciplinas cursadas na pós-graduação muito têm contribuído. Os seminários de pesquisa realizados, as leituras deram a base para investigar a prática.

A mudança do cotidiano, as novas perspectivas estão sendo construídas no meu interior, agora a mudança não vem mais do lado de fora, externamente. Ela é muito mais ampla e envolvente, é a mudança de valores, de planos, é hora de acordar, e ver que muito ainda se tem para fazer... Voltar às origens do meu ser...

Considerando todo o contexto exposto, esta pesquisa buscou conhecer e explicar o que pensam os Agentes Comunitários de Saúde de bairros portuários sobre a formação continuada que lhes vem sendo oferecida e que necessidades formativas gostariam de ver contempladas nestes processos. Através da pesquisa vamos buscar compreender e explicar a partir de outro olhar, o do conhecimento científico. A pesquisa pode contribuir, de um lado, com a formação de professores e profissionais de saúde e de outro, subsidiar o aperfeiçoamento dos projetos de inclusão social.

Vários autores, entre eles, Tardif, Gadotti, Freire e Baudoin, têm tomado este tema como objeto de estudo.

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Santos, especificamente no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, programa implantado em março de 2000, em 22 bairros do município, e que conta atualmente com 210 Agentes Comunitários de Saúde.

Neste estudo foram definidos dois bairros portuários, Macuco e Estuário, totalizando 30 Agentes Comunitários de Saúde envolvidos no programa, egressos de treinamento e que já atuam no campo de trabalho.

Para a realização deste estudo, foram efetuadas análises documentais e entrevistas com os ACSs dentro deste processo.Para se proceder as análises documentais, foram pesquisadas as leis, portarias e decretos ministeriais relacionados às concepções que integram a formação e o processo de trabalho do ACS, no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde:

- Portaria GM/MS nº 1.882de 18 de dezembro de 1997
- Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997
- Decreto nº 3.189 de 1999.
- Lei 10.507 de 10 de julho de 2002.
- Resolução CNE/CEB nº 04/99.

Para coletar os dados necessários foram aplicados questionários aos Agentes Comunitários de Saúde, com a finalidade de se conhecer o perfil desse profissional que compunha a equipe que atua nos bairros estudados. O questionário contendo oito perguntas, 5 abertas e 3 fechadas, foi aplicado aos 30 Agentes Comunitários que trabalham nos bairros portuários do Macuco e Estuário, e tinha como eixos centrais os seguintes pontos:

- Identificação do profissional
- Formação Profissional

- Escolaridade
- Formação Continuada

A pesquisa foi realizada durante o mês de maio de 2006, com aplicação do questionário, durante os intervalos entre as atividades dos profissionais. Tiveram também a oportunidade de interagir com a pesquisadora e expor suas expectativas e ansiedades quanto aos cursos de formação a que são submetidos ao longo de sua trajetória profissional.

Originou-se, assim, a necessidade de se realizar um grupo focal, para o qual foram selecionados aleatoriamente dez ACS, advindos do grupo inicial estudado, buscando conhecer o que os ACS gostariam de ver contemplado nos cursos de formação, de acordo com suas reais necessidades formativas. As entrevistas foram realizadas no mês de agosto de 2006, gravadas e posteriormente transcritas. Quanto à estrutura deste estudo, o primeiro capítulo – “Educação e promoção da Saúde”, apresenta alguns apontamentos sobre as políticas de saúde no Brasil que culminaram com a criação da figura do ACS.

O segundo capítulo - “O Cenário da Pesquisa“, aborda elementos que se constituem em cenário da pesquisa, a cidade de Santos, o Porto e os bairros do Macuco e Estuário.

O terceiro capítulo – “A formação Continuada dos Agentes Comunitários de Santos”, apresenta os dados obtidos nesta investigação e sua análise.

Ao final desta investigação foi possível verificar que a formação continuada dos ACS não leva em consideração a prática cotidiana do ACS e a formação fica DISTANCIADA das demandas que se apresentam para estes profissionais no cotidiano

do trabalho. Acreditamos que a formação continuada deveria buscar a aprendizagem a partir da problematização da prática, dos problemas e necessidades trazidos por eles próprios, visando o desenvolvimento de perfis profissionais orientados pelas necessidades da população.

CAPITULO 1

EDUCAÇÃO CONTINUADA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Considerando que se busca com esta investigação conhecer o que pensam os Agentes Comunitários de Saúde de bairros portuários sobre a formação continuada que lhes vem sendo oferecida e que necessidades formativas gostariam de ver contempladas nestes processos, este capítulo apresenta alguns apontamentos sobre as políticas de saúde no Brasil que culminaram com a criação da figura do ACS.

Historicamente, saúde tem sido definida por diversos modos. Os antigos médicos gregos acreditavam que saúde era uma condição de equilíbrio do corpo. Para os índios do Novo Mundo, estar saudável era estar em harmonia com a natureza. Essa abordagem tem sido defendida através dos tempos, o que levou ao foco primário de doença e incapacidade.

As discussões sobre promoção à saúde foram iniciadas a partir da década de 70 e consolidadas na Carta de Ottawa , marco referencial, tanto do ponto de vista conceitual, quanto de princípios (Ottawa Charter for Health, 1987). Este documento foi o produto final da I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde, em 21 de novembro de 1986, em Ottawa, Canadá. Essa reunião formalizou uma declaração de princípios que demanda uma nova visão em saúde pública, cuja abordagem norteia caminhos pelos quais populações, grupos e indivíduos no exercício de cidadania deverão seguir atuando e participando ativamente das políticas públicas do setor.

A Carta de Ottawa tem uma dimensão social transformadora e questionadora, que se apóia no desenvolvimento individual e coletivo, na solidariedade e ajuda mútua, destacando a participação e o controle social como fundamentais para implementar e consolidar ações em Promoção da Saúde. A partir da Conferência de Ottawa, outros conclaves desse porte e reuniões diversas foram realizados, procurando mostrar que o caminho de Promoção à Saúde trilha através de intervenção social e de processos que transcendem o objeto específico Saúde, onde novas estratégias de trabalho e ações políticas levam a ruptura de paradigmas tradicionais dos serviços de saúde, seja nas abordagens técnicas e conceituais, seja também na estrutura hierarquizada do poder dos profissionais da área. Pesquisas, políticas amplas e programas específicos em Promoção à Saúde vêm sendo conduzidos com êxito em vários países desenvolvidos (PAHO, 1996), no entanto, na América Latina, as experiências têm ocasionais, isoladas e marcadas por descontinuidades (HPDC, 1987; Hubley, 1988; Mello & Garrison, 1993).

No Brasil, a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (Ministério da saúde, 1986), muito tem sido falado sobre Promoção à Saúde.

A saúde é a qualidade de vida envolvendo as aptidões individuais do ponto de vista social, emocional, mental, espiritual e físico, as quais são conseqüências das adaptações ao ambiente em que vivem os indivíduos.

Para se compreender a saúde de um povo precisa-se conhecer sua história, suas idéias, seus costumes e sua cultura. Não é fácil a tarefa de definir o conceito, desde que saúde significa diferentes ações, em diferentes pessoas, especialmente em diferentes segmentos. Prevenção de doenças, educação em saúde, qualidade de vida e promoção de saúde são alguns dos termos freqüentemente utilizados pela comunidade

envolvida. Apesar dessa diversidade da terminologia, alguns termos são mais freqüentes, incluindo modelos em promoção de saúde.

Acreditamos que Promoção de Saúde é uma área interdisciplinar que exige um preparo amplo e uma visão bastante abrangente por parte de todos os profissionais envolvidos. Tem suas raízes em diversos campos. Conforme o campo se desenvolve, mais e mais componentes tem se incorporado. Esses componentes sempre existiram em suas próprias e isoladas esferas de influência.

O sistema de saúde, no período pós 1964, caracterizou-se pela centralização no Executivo Federal dos instrumentos de intervenção e financiamento. O Instituto Nacional de Previdência Social, INPS foi o órgão que concentrou o comando sobre a política de assistência médica, previdenciária e assistência social. Tal centralização foi acompanhada por uma extensão de cobertura a todos os empregados formais e aos trabalhadores autônomos que, por livre vontade, desejassem contribuir para a previdência social (Medici, 1996). Havia ainda uma total separação institucional entre as políticas de saúde implementadas pelo complexo previdenciário (INAMPS), que cuidava basicamente da assistência médica ao setor formal do mercado de trabalho, e aquelas executadas pelo Ministério da Saúde, responsável pelas campanhas sanitárias e pelas ações básicas de saúde.

A política de saúde estava dividida em dois subsistemas, o de saúde pública e o da previdenciária, cuja lógica baseava-se na compra de serviços do setor privado (Draibe, 1997; Levcovtiz, 1997; Viana, 1994; Medici, 1996).

A década de 1980 foi marcada pela Reforma Sanitária, movimento que lutou pela materialização do SUS, como política de Estado, por meio da elaboração de seus

princípios e diretrizes evidenciando os aspectos da universalidade, da integralidade, da eqüidade, da descentralização, da regionalização e da participação social.

Essa reforma caracteriza-se pela integração dos subsistemas de saúde, constituindo um sistema único nacional, e pelo desenvolvimento de um processo de descentralização das decisões e da operação dos serviços.

O movimento de reforma iniciou-se em 1982 pelas chamadas Ações Integradas da Saúde, AIS, visando repassar recursos do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde, de forma a implementar a integração das ações federais às dos governos estaduais e locais, além de propiciar a expansão física e o reaparelhamento da rede pública, além de novas contratações de recursos humanos.

Em 1987, foi criados o Sistema Único e Descentralizado da Saúde, SUDS. O modelo anterior foi sendo substituído: a antiga divisão dos dois subsistemas pouco a pouco foi desaparecendo e o processo de descentralização operativa, por meio de um conjunto de convênios que transferiam para o nível estadual as responsabilidades pela gestão dos serviços.

O movimento de Reforma Sanitária, aprovada pela Constituição de 1988, aparece afirmando o direito à saúde como direito à cidadania e da responsabilidade do Estado.

Na década de 90, surge a necessidade de repensar o modelo assistencial pela exigência decorrente de mudanças demográficas e epidemiológicas. Foi nessa mesma década que em Santos, o Dr. David Capistrano, Secretário Municipal da Saúde, transformou a cidade em um centro de referência do sistema de saúde pública para outros municípios, e mesmo outros países da América Latina, recebendo visitas dos

demais gestores da saúde pública, interessada em otimizar o uso dos recursos e melhorar a qualidade e a imagem do Sistema Único de Saúde.

Considerado como uma liderança experiente, David Capistrano Filho, havia tido uma participação ativa no Movimento Sanitarista e que já fora Secretário de Saúde de Bauru; abriu possibilidades de recrutamento de pessoal médico e paramédico, facilitada por ser uma cidade média, próxima a São Paulo, que possuía tanto escolas técnicas quanto faculdades de medicina.

O município de Santos assumiu, entre 1989 e 1996, responsabilidades crescentes na área da política de saúde. Até então, Santos possuía um sistema de saúde obsoleto, originado na década de 1940. Entre 1989 e 1992, este sistema precário foi inteiramente reestruturado. E, em 1994, foi possível para cidade tornar-se um dos primeiros municípios no país a despontar na área da saúde.

De acordo com o SUS, a administração do orçamento público e do pagamento do sistema de saúde aos fornecedores, mesmo os filantrópicos e privados, são controlados pelo município e depende da sua população e dos serviços fornecidos. Esse orçamento público é viabilizado por repasses do governo federal, dos estados e dos impostos municipais.

No geral, somente a população de baixa renda usa o SUS, porém essa não pode ser considerada uma regra, uma vez que a maioria das empresas privada oferece seguro de saúde aos seus empregados como um benefício, e, em outros casos, a população contrata planos privados de saúde em busca de um atendimento diferenciado. Como os planos possuem coberturas de serviços diversas, e muitas vezes excluem de suas coberturas os serviços de valores mais elevados ou de tratamento

mais longo, parte da população atendida por tais seguros privados acaba sendo atendida também pela rede pública de saúde do SUS.

A organização do sistema acaba seguindo um modelo de gestão único, organizado por três níveis de autonomia: gestão incipiente, parcial e plena da saúde. Cada município tem uma rede de unidades de saúde que fornecem os serviços gratuitos para a população. Essas unidades, em sua maioria, fornecem medicamentos grátis, programa de saúde da família, visitas domiciliares.

Também é atividade da saúde pública identificar e controlar rotineiramente pacientes de grupos de doenças infecciosas, rastreando a incidência de determinadas doenças em suas áreas de abrangência.

Em cidades de médio e grande porte (mais de 100 mil habitantes) esta rede pública também conta com clínicas especializadas que realizam exames médicos e exames de laboratório. Algumas contam ainda com serviços de emergência e hospitais.

As cidades menores confiam nas facilidades fornecidas pelo estado para o encaminhamento de seus habitantes aos serviços especializados de referência estadual. Com todas estas responsabilidades, verbas operacionais limitadas e número de pessoas da área de saúde insuficiente para atender à população que utiliza o SUS, a maioria destas redes opera sem infra-estrutura e gerência apropriada.

Conforme já mencionamos, historicamente, a atenção à saúde no Brasil vem sendo desenvolvida com ênfase na prestação de serviços médicos individuais, de enfoque curativo, a partir da procura espontânea da população aos serviços.

O conceito abrangente de saúde na Constituição deve nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centralizado na doença,

para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de promoção, proteção e recuperação.

As mais recentes pesquisas e os avanços da tecnologia deveriam ser aplicados para ajudar as pessoas a mudar seu comportamento, criando uma população mais saudável. Esse seria o mundo da verdadeira saúde, o mundo que, para ser construído, necessita mais do que tudo, que os desafios sejam enfrentados e superados com determinação. Para isso, seria necessário não só conhecer a situação epidemiológica da população em termos de doenças mais freqüentes, mas também de suas condições socioeconômicas, seus hábitos, estilo de vida, e de suas necessidades de saúde e educação.

Dentro dessa concepção, destacamos os programas de saúde que são desenvolvidos nos municípios. Estes devem ser praticados com ações integrais de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e devem agir intersetorialmente, isto é, junto a outras áreas sociais como educação, assistência social, meio ambiente.

Com o objetivo de atuar diretamente na comunidade numa ação integrada com os serviços de saúde realizando educação, promoção e prevenção da saúde, no ano de 2000, foi implantado em Santos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

A prática que os ACS desenvolvem não deixa de ter uma dimensão de um novo e criativo referencial, de um lado e, de outro, pode provocar certo constrangimento, quando pressupõe a vivência de situações que nem sempre o processo de formação favorece para um exercício competente.

A prática do Agente Comunitário de Saúde pode ser vista em contextos interdisciplinares geradores de reflexões que permitem ao profissional aproximar-se mais da realidade e do usuário.

Estar no território é movimentar conceitos e preconceitos, é sair da aparente acomodação com relação à assistência à saúde, pois obriga a enfrentar discussões, medos, vergonha, fragilidade, curiosidade, enfim, toda a gama de sentimentos provocada pelo risco e contato com o diferente.
A descoberta do cotidiano enquanto possibilidade de transformação da realidade pode trazer novos contornos à prática profissional, chamando à crítica da interferência na vida das pessoas.

As relações entre saúde, educação e qualidade de vida sempre estão no centro das discussões, reforçando uma preocupação com o impacto que as condições concretas da vida da população têm sobre suas condições de saúde. Entretanto, não basta apenas a ação de focos isolados. Acreditamos que a participação da comunidade deve ser estimulada, tornando-se forte, solidária e com justiça social, assumindo uma nova perspectiva na construção coletiva da educação e da saúde.

> Entendemos a participação como um processo de vivência que imprime sentido e significado a um grupo ou movimento social, tornando-o protagonista de sua história, desenvolvendo uma consciência crítica desalienadora, agregando força sociopolitica a esse grupo ou ação coletiva, e gerando novos valores e uma cultura política nova. Não estamos nos referindo a qualquer tipo de participação, mas a uma forma específica, que leva a mudança e à transformação social. (GOHN, 2005, p.30).

O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação. Uma das formas de manifestação do controle social exercida pelo usuário, cidadão e administração diz respeito aos Conselhos de Saúde em suas várias modalidades de organização, os

Conselhos Gestores de Unidade, os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

1.1 Programa de Agentes Comunitários: Construindo um novo modelo de assistência à saúde

Uma série de mudanças de natureza política, econômica, social e ética está afetando os sistemas de saúde de todo o mundo. Tais mudanças têm afetado o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), trazendo desafios de ordem política, técnica, gerencial e financeira. (Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, 1990).

A crise do setor da saúde não é uma condição particular do Brasil, mas uma situação que perpassa hoje sistemas de saúde de todo o mundo (Starfield, 2002, p. 213). A crise se aprofunda além da prestação de serviços de saúde e deixa marcas de iniqüidade, de ineficácia e de exclusão em um setor que tem como meta principal a diminuição de desigualdades e a busca da melhoria das condições de vida.

A desorganização do espaço urbano torna maior o desafio da promoção da equidade, incluindo os programas sociais cidadãos e áreas tradicionalmente marginalizadas. Na história da reforma sanitária do país, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, é um marco que traz de forma sintetizada as diretrizes do novo sistema de saúde. Um sistema único de saúde embasado nos princípios de integralidade, universalidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular. O conceito de saúde ampliava-se e estes princípios se reafirmaram após a Constituição Federal de 1988. Estava dado o substrato de

legitimidade e legalidade do modelo, mas não estavam estabelecidas na prática as condições para as transformações necessárias.

O controle social do sistema de saúde é um principio e uma garantia constitucional, regulamentada na Lei Orgânica de Saúde (leis 8080 e 8142 de 1990). Tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, no que se refere à aproximação das ações de saúde da necessidade e da vigilância da população.

No movimento da reforma sanitária, a discussão em torno do modelo assistencial tem se constituído em um eixo importante, aliado às questões políticas e jurídico-institucionais. A prática assistencial adotada por vários serviços e municípios tem buscado direcionar as ações de saúde no sentido da integralidade, da humanização, da aproximação usuário-serviço e voltam-se particularmente para o nível local.

A necessidade de repensar o modelo assistencial é exigência decorrente de mudanças demográficas e epidemiológicas. O Sistema Único de Saúde, o SUS, passa por um momento de reorganização e normatiza algumas mudanças na organização dos sistemas funcionais da atenção à saúde. Entende-se que há muito que fazer e debater para aprimorar os mecanismos políticos e gerenciais de regulação de oferta assistencial na área da saúde.

Frente a estes desafios, há uma nova reestruturação do modelo de saúde em relação à atenção básica, há a necessidade de um novo paradigma mais abrangente e explicativo que supere a concepção exclusivamente assistencial/individual para o enfrentamento das questões relativas à saúde.

A estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde reapareceu recentemente no país com o objetivo de proporcionar atenção menos onerosa, de

melhor qualidade e mais direcionada a responder as necessidades de saúde da população. É uma estratégia assumida pelo Ministério da Saúde (MS) com o intuito de reorganizar o modelo assistencial brasileiro.

Segundo Gastão Wagner de Souza Campos, secretário executivo do Ministério da Saúde, não há recursos financeiros capazes de sustentar o modelo tradicional, é necessário garantir a atenção básica integral, onde as equipes de saúde tenham a capacidade de fazer promoção e prevenção da saúde. Surge então um novo paradigma e, conseqüentemente, uma reflexão sobre a crise de paradigmas que pode advir, visto que esse novo modelo tem a proposta de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional.

> A crise do paradigma intervém quando o conjunto de conceitos e técnicas que o constituem fracassa na solução de questões de seu próprio âmbito de pertinência Quebra-se a homogeneidade da comunidade científica e instaura-se um debate que concluirá pelo estabelecimento de um novo paradigma e pelo restabelecimento da homogeneidade em torno dele. (PLASTINO, 1996, p.44-45).

Segundo Rodrigues (1999), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde pode contribuir para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor, apontando para um novo paradigma de atenção à saúde, porém Misoczky (2004) entende que o PACS surge como uma possibilidade de ressuscitar uma proposta de organização da atenção à saúde supostamente superada pela história e pelas formulações da Reforma Sanitária no Brasil.

Reorganizar o modelo assistencial vigente no país é bastante complexo, principalmente quando se trata de mudar o comportamento dos usuários perante os recursos de saúde, bem como o do próprio segmento produtor de serviços nessa área.

> Durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população. O resultado dessa política equivocada é a realidade que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas formando filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. (NEGRI, 2000, p.36)

As práticas tradicionais de assistência para serem substituídas devem ser um compromisso e responsabilidade de todos, do governo até as equipes multiprofissionais que atuam na saúde. As comunidades organizadas também têm a sua participação nesse novo modelo do setor da saúde.

Segundo Viana (1996), o PACS tem papel fundamental na reestruturação do sistema público de saúde porque evidencia as fragilidades e limitações do modelo tradicional. Para ele, o programa é uma alavanca para a organização dos sistemas locais de saúde, à medida que impõe uma série de pré-requisitos para a assinatura dos convênios.

Dentre esses requisitos impostos, temos as formas organizativas da população, que incentiva mais organização e mecanismos de representação da comunidade.

As possibilidades de controle social sobre as ações públicas de saúde aumentam a partir do momento que essa população é sujeito da ação. Saneamento, educação, habitação e segurança são algumas das áreas que devem estar integradas às ações do PACS. Não se resolve a questão social apenas pelo esforço setorial isolado da saúde. A parceria e a ação tecnicamente integrada com os

diversos órgãos do poder público que atuam no âmbito das políticas sociais é um objetivo a ser perseguido.

A compreensão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde organiza sua prática em novas bases e critérios. A família passa a ser objeto de atuação e é entendida a partir do espaço em que vive, chamado de espaço domicílio. O conceito de família no PACS é muito restrito, se analisarmos de forma mais abrangente.

> A família é o núcleo constitutivo do sujeito. É um sistema que une as pessoas que a compõem, não apenas sobre o mesmo teto e com o mesmo sobrenome, mas fundamentalmente, pelas representações que se constrói à medida que vão compartilhando o cotidiano. Forma, em sua intimidade, uma rede de significações a que estão vinculados aos seus mitos, ritos, crenças, segredos, medos e ideais (PAROLIN, 2OO5, p.50).

Segundo o programa de agentes comunitários, família é o conjunto de pessoas ligadas por laço de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Incluem empregados domésticos que residem no domicílio, pensionistas e agregados. (Brasil, 1988).

É importante também ressaltar que, para o Programa, o conceito de domicílio é denominado ao local de moradia estruturalmente separada por muros, cercas, independentes, constituídos por um ou mais cômodos. Também são considerados domicílios prédios em construção, embarcação, carroça, vagão, tenda, gruta e outros locais que estejam servindo de moradia para a família. (Brasil, 1988).

A família traz a dimensão mais presente no contexto social e histórico. Assume a posição efetiva de sujeito do processo, sendo mais que uma delimitação do espaço geográfico, constrói relações intra e extra familiar, onde se dá a luta pela sobrevivência,

pela reprodução e pela melhoria das condições de vida. Comporta, também, os fatos relativos ao processo saúde e doença, como os conflitos, o saneamento, as instalações físicas e expande sobre novos cenários, às relações sociais.

O PACS tem, como um dos principais objetivos, assistir as famílias cadastradas no programa e ser um elo de ligação entre a população e o serviço público de saúde. A proposta de um modelo de atenção voltado para a família pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e que expressa qualidade de vida. Constitui uma estratégia no cenário de serviços de saúde, que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral e contínua. O atendimento das necessidades de saúde da família exige maior flexibilidade por parte dos serviços para adotar uma forma de interação contextualizada com as crenças e valores das famílias do cenário político e social.

A equipe do PACS é formada por um enfermeiro supervisor e 30 ACS, no máximo. Cada equipe é responsável por uma área de abrangência específica (entende-se por área o conjunto de microáreas cobertas por uma equipe do PACS, dentro de um mesmo segmento territorial). Cada ACS é responsável por uma microárea (entende-se como microárea o espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas, ou de 150 a 200 famílias).

É importante ressaltar a territorialização em saúde. Trata-se de um processo dinâmico de apropriação do espaço local por parte da equipe de saúde onde a delimitação do espaço estabelecido pelos atores sociais que o habitam respeita os valores, crenças, cultura e historia de um território em permanente construção. As atribuições da equipe vão desde a elaboração (com a comunidade) de um plano de saúde local, à prestação de assistência, ao encaminhamento para os serviços de

referencia quando indicado, à visita domiciliar, (ao cadastramento e à participação em grupos comunitários).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde surge na América Latina e no Brasil como uma tentativa e necessidade para o atendimento de determinadas demandas de saúde da população, principalmente na atenção primária. Na América Latina, as reformas intensificaram-se nos anos 90; porém, suas motivações encontram-se mais na exacerbação das desigualdades e menos no excesso de gastos dos sistemas locais de saúde. A inclusão do tema da reforma setorial na agenda política do continente latino-americano é fruto, entre outras razões, tanto da constatação de índices alarmantes de pobreza, e conseqüente agravamento da situação de saúde das populações, quanto dos baixos investimentos públicos na área, além de demandas sociais crescentes, devendo-se também atribuir, por sua relevância, à difusão dos modelos setoriais de reforma praticados nos países centrais (Almeida, 1999).

O atraso epidemiológico diante das demandas acumuladas, constituídas por enfermidades infecto-contagiosas, agravos à saúde materno-infantil e desnutrição, somadas às pressões emergentes, provocadas pelo envelhecimento demográfico, degradação ambiental e adoção de estilos de vida pouco saudáveis, passam a ter um peso maior na morbi-mortalidade.

Nesse sentido, no Brasil, o referido programa foi criado pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde em 1991 com o objetivo de promover ações básicas de saúde. No início foi implantado em estados da região nordeste e posteriormente na região leste devido à necessidade emergencial de uma epidemia de cólera.

Desse modo, as atividades desenvolvidas pelos ACS surgem como uma estratégia para visualizar e operacionalizar um novo modelo assistencial de cuidado à saúde da população, na atenção primária.

Nessa perspectiva, a saúde deve ser vista como uma responsabilidade da família, da sociedade e do estado. Ao estado compete garantir a assistência à população, possibilitando-lhe o acesso aos meios e informações.

A meta é contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde, visando à integração das ações entre os diversos profissionais e sua articulação com as reais demandas e necessidades da comunidade.

O PACS não surge como uma proposta alternativa de modelo assistencial, mas com a dimensão de sua implantação que vem ocorrendo, pode-se questionar um impacto na organização da atenção básica talvez não alcançado em outro momento. São decorridos 10 anos de implementação do PACS nos municípios brasileiros. Hoje cobre parcela significativa da população brasileira. São mais de 200 mil agentes comunitários de saúde envolvidos, em todo o território nacional.

> Sua implantação fundamenta-se na iniciativa municipal, que programa e realiza a seleção e treinamento dos agentes na comunidade. Estes devem pertencer à própria comunidade, viver uma vida igual a dos seus vizinhos e estar preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e da saúde da comunidade. (BRASIL, 2000).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é uma nova proposta que traz como questão básica o processo de humanização no atendimento aos usuários do serviço de saúde.

A implantação do PACS no município é operacionalizada com a co-participação dos níveis federal e estadual. O município elabora um projeto para a implantação da equipe, submete-se ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação e, após aprovação, encaminha para a Secretaria de Estado da Saúde.

Em Santos, o Programa de Agente Comunitário de Saúde começou em abril de 2000, visando garantir um acompanhamento à saúde da população em seu ambiente de moradia. Os bairros escolhidos para a implantação do programa foram bairros que apresentavam perfis epidemiológicos de diferentes grupos sociais, com a finalidade de modificar esses perfis correspondendo às necessidades de saúde da população.

Para se definir as áreas onde se implantariam as primeiras equipes, foi realizado um levantamento técnico que levou em consideração os dados epidemiológicos, como a mortalidade infantil, mortalidade proporcional por doenças infecto contagiosas e percentual de baixo peso ao nascer.

O programa vem atuando no município em 22 bairros que são: Alemoa, Chico de Paula, Jardim Castelo, Jardim Piratininga, Saboó, São Miguel Areia Branca, Bom Retiro, Santa Maria, Vila São Jorge, Jardim Radio Clube, Centro, Paquetá, Vila Nova Vila Mathias, Estuário, Macuco, José Menino, Jabaquara, Marapé e Valongo. Mais de 40% da população de Santos é acompanhada no programa de agentes comunitários, com aproximadamente 160.000 habitantes cadastrados, atendendo 40.000 famílias (Secretaria de Saúde de Santos/Siab, 2006).

Definidas as áreas, os recursos disponíveis e o planejamento geral do trabalho, partiu-se para a seleção dos profissionais para a composição da equipe. A seleção foi feita em várias etapas com prova escrita, dinâmica de grupo e entrevista. O objetivo,

além de avaliar os conhecimentos, era o de destacar o perfil profissional voltado para o trabalho comunitário e social.

Atualmente conta com oito equipes de PACS, sendo 08 enfermeiros supervisores e 210 ACS. Cada enfermeiro é responsável por uma área definida de abrangência e por seus respectivos agentes comunitários. O enfermeiro é servidor público municipal, contratado através de concurso público. Os ACS não são servidores públicos municipais, são contratados por uma Organização não Governamental, que gerencia os recursos repassados pela prefeitura.

No município de Santos, a proposta do PACS tem causado muita inquietação, adesões e resistências. Há uma forte cultura favorável à assistência calcada no modelo ambulatorial tradicional. Mas a questão de maior entrave para a administração é, realmente, a carência de profissionais para a implantação do programa.

Até hoje, a principal estratégia adotada na formação de recursos humanos no SUS esteve baseada na formação de sanitaristas, quer para intervenção nas ações específicas da saúde pública, quer para oferecer competências para o exercício da gerência dos serviços e agora em particular para a gestão municipal. Esta formação é dada através de variados cursos.

No PACS presenciamos uma mudança radical no tocante à equipe que presta atendimento, em particular pela presença do Agente Comunitário de Saúde, do vínculo com a clientela e da proposição de trabalho em equipe. Demanda então, para sua continuidade, novas tarefas do aparelho formador.

1.2 Quem é o Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O Agente Comunitário de Saúde é parte integrante desse contexto, pois pertence a essa comunidade que está sob sua responsabilidade. O ACS é alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce. Deve estar em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizada por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais ênfase ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

Dentre as características do ACS podemos destacar as seguintes: O ACS deve conhecer bem a comunidade onde vive; ter espírito de liderança e solidariedade; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; residir na comunidade há pelo menos dois anos; não ter antecedentes criminais e ter disponibilidade de oito horas diárias para exercer suas atividades (BRASIL, 2000).

As Equipes do PACS trabalham unidas, em conjunto, mas existem atribuições especificas para os seus membros. Conforme citado anteriormente cada ACS é responsável por uma microárea e deve conhecê-la na sua totalidade. O seu trabalho é feito nos domicílios de sua microárea de abrangência.

As atribuições específicas do ACS são as seguintes: realizar mapeamento de sua área; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar áreas de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde; realizar visitas domiciliares a cada uma das famílias identificadas pelo menos uma vez ao mês; executar atividades coletivas com grupos visando a participação das famílias na resolução de seus

problemas e alcance de objetivos; desenvolver vigilância em saúde; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pelas equipes;sempre sob a supervisão permanente e acompanhamento de um enfermeiro (Brasil, 2000, p.23). É também atribuição do ACS conhecer a realidade das famílias cadastradas pelas quais é responsável, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas.

Os ACS constituem a porta de inserção de toda e qualquer ação de saúde nas comunidades dos municípios que aderiram ao programa. A busca ativa de problemas atuais e a vigilância em saúde preservam a saúde dos membros da comunidade atendida.

As informações dos ACS, depois de analisadas e discutidas, ajudam a direcionar as ações das equipes de saúde e ajudam na integração com a rede de saúde.

Para uma nova estratégia, um novo profissional: o Agente comunitário de Saúde. Especial atenção deve ser dada esse novo ator no setor da saúde.

Como todo processo seletivo, deve ser dada atenção à identificação do perfil profissional, não apenas em termos de exigências legais, mas de proximidade com o campo de atuação específica.

1.3 A importância da Educação no trabalho do Agente Comunitário de Saúde

A Educação é um dos mecanismos mais eficazes para a concretização de um desenvolvimento social, político, econômico, cultural e tecnológico. Em mundos diversos, a Educação está sempre presente em nossas vidas, quer seja nas ruas, em casa, nas comunidades e na escola.

Todos nós ficamos envolvidos com a Educação, onde a escola é um ambiente no qual o indivíduo tem contato com o processo de ensino-aprendizagem. Este processo é sustentado por métodos pedagógicos que visam a formar sujeitos críticos e atuantes no meio social. Para melhor funcionamento são necessários mecanismos que possam sistematizar as demandas de fluxo de conhecimento e organizar meios de transmissão da informação registrada em diversos objetos de aprendizagem. Contudo, não podemos deixar de revelar que a escola não é uma única forma, nem um modelo único de Educação, pois o Estado e a família, também desempenham um papel importante na formação do indivíduo e do futuro cidadão.

> A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (Constituição Federal de 1988, art.205).

No Brasil este direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, antes disso o Estado não tinha a obrigação formal de garantir a educação de qualidade a todos os brasileiros, o ensino público era tratado como uma assistência àqueles que não podiam pagar. Durante a Constituinte de 1988 as responsabilidades do Estado foram repensadas e promover a educação fundamental passou a ser seu dever. Além da Constituição Federal, de 1988, existem ainda duas leis que regulamentam e complementam a o direito à Educação: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990; e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), de 1996. Direito à escola pública fundamental a todos os brasileiros, não podendo deixar de estudar por falta de

vaga. Aos pais cabe a responsabilidade de matricular, acompanhar a freqüência e o aproveitamento de seus filhos.

A escola tem um papel preponderante na constituição do sujeito, tanto no ponto de vista de seu desenvolvimento emocional e pessoal, como na da constituição da identidade, além de sua inserção futura na sociedade. Contudo, as práticas educativas são ações que carregam valores, hábitos, influenciando no desenvolvimento do indivíduo e na família, possibilitando a construção e apropriação de saberes, práticas e hábitos sociais.

> A educação pode existir livre e, entre todos, pode ser uma das maneiras que as pessoas criam para tornar comum, como saber, como idéia, como crença, aquilo que é comunitário como bem, como trabalho ou como vida. Ela pode existir imposta por um sistema centralizado de poder, que usa o saber e o controle sobre o saber como armas que reforçam a desigualdade entre os homens, na divisão dos bens, do trabalho, dos direitos e dos símbolos. (BRANDÃO, 2003, p.10).

A educação preocupa-se em formar o indivíduo, o cidadão e o profissional. Quando destacamos formar o indivíduo, estamos nos referindo em fazer o indivíduo a se compreender e a compreender o mundo em que vive. Quando falamos em formar o profissional, queremos que o indivíduo se prepare para o mundo do trabalho, mas, além disso fazer o indivíduo compreender a função do trabalho como forma de realização profissional, sustento próprio e da sua família e de construção de uma sociedade.

1.4 A Educação e a Promoção da Saúde: Construindo Educação para uma cultura da Paz

O proposto subtítulo refere-se à educação praticada por diversos programas sociais dirigidos às populações de baixa renda. Envolve, geralmente, uma população organizada, a presença de animadores ou lideranças, além de instituições financiadoras. Também conhecida como educação para a cidadania, a educação comunitária foi inicialmente sistematizada na década de 1950 pelos centros universitários dos Estados Unidos. De lá para cá, muitos grupos foram formados e mantidos para atuar em diversas frentes formativas, culturais ou profissionais.

O paradigma da educação popular, inspirado originalmente no trabalho de Paulo Freire, abordado no livro *Educação e Participação Comunitária*, encontrava na "conscientização" sua categoria fundamental. A prática e a reflexão sobre a prática da educação popular, levaram a incorporar outra categoria não menos importante: a da "organização". Porque não basta estar consciente, é preciso organizar-se para poder transformar.

Nos anos 80, a educação popular ultrapassa o nível da comunidade e do poder local, a educação de adultos e a educação não-formal, para influir diretamente nos sistemas educacionais públicos e estabelecer-se como "educação pública popular". Essa tendência da educação popular firma-se cada vez mais com os governos democráticos. Outra tendência importante dentro da educação popular é a "educação popular comunitária". Embasada na mesma racionalidade política vigente na educação popular, a educação comunitária está mais inserida nas novas alternativas de produção. Ela vincula aprendizagem com alternativas de produção. Com a educação

comunitária, a categoria "produção" entrou definitivamente no referencial da educação popular. A educação popular comunitária, trabalhando com a categoria "produção" (associada à categoria "conscientização+organização") buscam formas de "aprender produzindo", levando em conta a realidade das populações marginalizadas, excluídas do próprio modo de produção dominante.

No Seminário, Preparaction de la VI Conferencia mundial ICEA-BRASIL, realizado em São Paulo, no período de 28 de abril a 04 de maio de 1991, a "Carta de La Catalina" afirma que a Educação comunitária é uma das formas de expressão da educação popular, mediante a qual se busca melhorar a qualidade de vida dos setores excluídos, através dos movimentos populares emergentes na América Latina, que estão organizados em grupos de base, comunidades, municípios, etc. Nesse contexto, Gadotti (2004) ressalta que se deve destacar que a relação entre educação popular e educação comunitária acontece através dos movimentos populares, os quais interferem na qualidade de vida dos setores excluídos. A Educação Comunitária transcende os muros da escola e o saber está em muitos lugares, sendo uma forma de melhorar a comunidade conectando com a sociedade civil organizada, governo e empresas. Além disso, a Educação Comunitária pode proporcionar um impacto político, social e econômico muito grande na comunidade.

Aprender a partir da atividade produtiva coloca numerosos problemas e interrogações ao nível da política educacional, mas não significa limitar a aprendizagem da educação a um fazer técnico-produtivo. 0 trabalho e a produção, como princípios educativos, estão definitivamente incorporados à educação popular comunitária, porém nem todas as atividades dos trabalhadores associados na produção constituem-se em educação popular.

É através dos movimentos populares e nas formas emergentes de produção e na educação que se dá na intimidade desses movimentos que ela busca traçar seu rumo. É um campo em que prevalece a pluralidade e a diversidade.

> Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias (FREIRE 1990, p.30).

Assim, conforme nos lembra Paulo Freire, a história é possibilidade, o problema está em transformá-la em realidade. A transformação da realidade vivida é resultado de troca, de parceria, de comunicação, de conhecimento, de educação. A educação, a informação, a comunicação e o conhecimento refletem na qualidade de vida e saúde de uma comunidade. Para ocorrer mudança, ou tentar mudar, o modo de viver ou ser, é necessário conhecer os caminhos alternativos para tal.

Para agir sobre a realidade e, se necessário transformá-la, a comunidade deve ser educada, comunicando-se, trocando conhecimentos, educando e sendo educado. Acredito que a aprendizagem significativa é aquela que desperta a capacidade de reflexão e de criatividade, para a melhoria da qualidade de vida, seja de maneira individual ou coletiva.

Educação em saúde é a compreensão dos significados de uma sociedade, usando da problematização dos fatos cotidianos e estabelecendo um mundo de conhecimentos que realmente corresponde à realidade vivida na comunidade. A promoção da saúde, através da educação e da medicina preventiva, tem sido enfatizada nas ações de saúde.

A união de um saber científico e popular, em busca de um saber que efetivo para alcançar as multidões e para eliminar as causas da doença, refletindo na qualidade de vida de todos.

Em função desse cenário, o Agente Comunitário de Saúde tem como principal tarefa a educação, levando à família que pertence a sua área de atuação, o esclarecimento e as orientações referentes à realidade vivida da comunidade, integrando as várias formas de conhecimento numa ação conjunta que leve à interação entre os indivíduos.

É uma educação vivenciada na prática, reunindo conhecimentos diversos, pelas práticas com significação para a vida comunitária. Dessa forma, é importante ressaltar a interação entre o que é ensinado e o que é vivido, o que forma uma relação de comprometimento, pela construção do conhecimento, das descobertas, do respeito ao que é comum e ao diferente, a cada um dos envolvidos.

1.5 A Formação do ACS: Conquistas e Limitações

Há que se chamar à atenção para a temática dos recursos humanos. O processo de formação e educação permanente de profissionais para esse campo não se dá de forma isolada e descontextualizada.

A comunicação perpassa inicialmente pela construção de um vínculo comunicativo entre profissionais e família. Nessa perspectiva, a comunicação possibilita a aquisição de um mundo de signos necessários à sobrevivência do ser humano. Porém, para que tal comunicação cumpra com essa finalidade é necessária uma comunicação no sentido de incorporar o diálogo, conforme nos lembra Paulo Freire:

> [o diálogo é], uma experiência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco se tornar simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutastes (FREIRE; 1987 p.93).

Levando em consideração o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais médicos, trata-se de um personagem que conduz as contradições entre os saberes e práticas. Nesse sentido, o treinamento desses agentes deve muni-los de conhecimentos diversos, não só em torno da questão do processo de saúde-doença, mas também outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.

Quando salientamos que os ACS devem orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde e que eles devem informar os demais membros da equipe de saúde sobre a dinâmica social da comunidade, estamos afirmando a necessidade de fomentar uma formação profissional de qualidade. Os ACS devem atuar como agentes de mudança, entre a comunidade a que pertencem e a equipe do serviço de saúde.

CAPÍTULO 2

O CENÁRIO DA PESQUISA

2.1. A cidade portuária de Santos: A expansão urbana e os impactos da modernização

Considerando que se busca com esta investigação conhecer o que pensam os Agentes Comunitários de Saúde de bairros portuários sobre a formação continuada que lhes vem sendo oferecida e que necessidades formativas gostariam de ver contempladas nestes processos, este capítulo apresenta, como elementos que se constituem em cenário da pesquisa, a cidade de Santos, o Porto e os bairros do Macuco e Estuário.

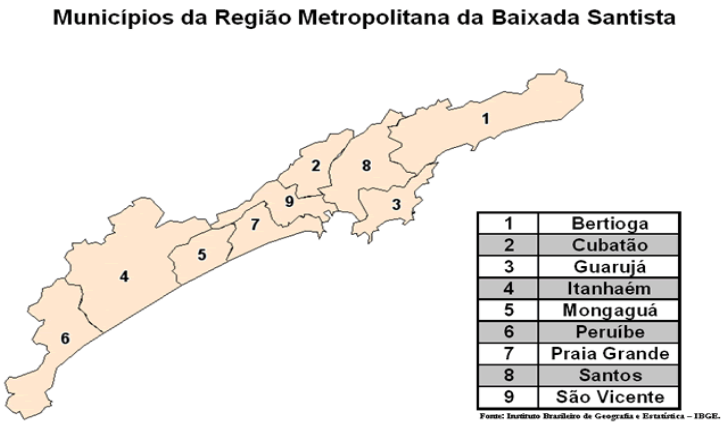
Acreditamos que a cidade portuária deve ser considerada como um espaço produtivo que exige, não somente a criação de cais, mas também de uma compreensão da dinâmica urbana, identificando e incorporando os aspectos mais relevantes que causam impactos relevantes na cidade e na região em que está inserida. As cidades portuárias têm um papel sóciopolítico essencial na mundialização e são protagonistas centrais da globalização.

O crescimento das cidades está, nas últimas décadas, relacionado aos parâmetros globais em todo o mundo. As cidades apresentam especificidades não só da história de seu país, como também de suas próprias histórias. A cidade de Santos é abastada em história, lutas e conquistas dos trabalhadores portuários e aos fatos

relacionados ao Porto, que associam a cidade à realidade portuária.

A definição de novas funções, a partir das transformações que vem ocorrendo com o processo de modernização do porto, demonstra a necessidade de ajustes no sentido de adequação aos novos padrões, quer seja na gestão urbana e ambiental da cidade, como na região, pois os impactos atingem a todos os municípios, quer seja no meio ambiente, na ampliação das áreas de pobreza, na qualidade de vida dos moradores, no desemprego relacionados com a nova tecnologia produtiva, como nas profundas modificações impostas por estratégias globais da produção.

A Região Metropolitana da Baixada Santista, criada pela Lei Complementar nº 815 (30/07/96), tem a sua história associada à atividade portuária, à atividade industrial e ao turismo. Os municípios que compõem a região metropolitana da Baixada Santista são em número de nove: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente. Segundo dados do IBGE, o número de habitantes chegou em 1.474.665 no ano de 2000.



Mapa da Região Metropolitana da Baixada Santista-Fonte IBGE-2006

A região apresenta espaços distintos no que se refere à distribuição e concentração de atividades e de ocupação, sendo que em Santos além das atividades

portuárias que atende a produção de vários estados do Brasil, destacam-se as atividades industriais e de turismo. Na região destaca-se por um comércio atacadista e varejista e também pelos de serviços de saúde, educação e transporte.

Historicamente, a hoje denominada Região Metropolitana da Baixada Santista sempre desempenhou importante papel no contexto estadual, tanto do ponto de vista econômico quanto populacional, prosperando e consolidando a sua vocação portuária. No século XVII, a Vila de Santos cresceu entre o atual bairro do Paquetá e Valongo, mas ainda existiam condições precárias em suas instalações. Nos séculos XVII e XVIII o Porto de Santos tinha pouco movimento. A movimentação portuária não aumentou durante a maior parte do século XVIII, o que gerou um longo período de estagnação. A baixa produção portuária se manteve basicamente com o monopólio do sal, gerando uma maior cobrança das atividades agrícolas. O comércio exportador é praticamente inexistente, nem cargas de retorno para os navios provenientes da Europa. Em 1796 as mercadorias exportadas pelo Porto de Santos para a metrópole portuguesa representavam apenas 0,4% do total exportado por suas colônias, enquanto o Rio de Janeiro exportava 27% e a Bahia 29%. Após o ciclo da mineração, no século XVIII, ressurge a agricultura com a produção de açúcar em terras paulistas e conseqüentemente aumentando os embarques de açúcar no porto de Santos.

Foi no final do século XVIII que o crescimento açucareiro da região de São Paulo começou a impulsionar novamente o Porto de Santos, sendo considerado como o principal porto do açúcar, mas as condições de higiene da Vila não contribuíam para seu desenvolvimento. A vila era recortada por vários córregos e toda sujeira era despejada em suas águas ou na praia.

Na década de 30, Santos ganha grande importância na economia e as construções se adensam no antigo núcleo, a vila é elevada a cidade, mas denunciava alguns problemas, pois faltava água para combater os incêndios, havia pântanos e valas, eram lançados detritos em ruas, ribeiros e lugares públicos, porcos eram criados dentro da cidade, as construções estavam desalinhadas e não havia uma organização. Além disso, doentes com moléstias contagiosas não eram isolados. Nos anos 40, a região apresentava um crescimento significativo e, na década seguinte, o município de Santos consolidava sua característica de centro portuário, responsável pela dinamização da economia juntamente com a atividade industrial. Houve uma grande transformação urbana. A característica do centro da cidade começa a sofrer alterações, serviços de aterro, drenagem. Nessa sua caminhada de urbanização a cidade vai se sofrendo várias epidemias que a tornaram famosa como cidade maldita. O saneamento e a saúde era um problema endêmico de Santos. Em fins do século XIX, as epidemias foram responsáveis pela morte de quase 50% da população santista. A febre amarela, varíola, peste bubônica, impaludismo, febre tifóide e outras doenças faziam de Santos e de São Vicente uma das regiões mais insalubres do Brasil. De 1870 a 1906, epidemias de febre amarela, varíola, tifo, arrasaram a cidade. Grandes hospitais-isolamento são improvisados. Além da ausência de uma rede de esgotos, o serviço de abastecimento de água não era adequado. Abafada pela vegetação, a planície santista vivia quase que permanentemente alagada. Com a ausência de declives, o terreno retinha a água das chuvas e das nascentes dos rios. Os rios e ribeiros, como o São Bento, repletos de materiais putrefatos, tinham a sua vazão para o mar dificultado, pois as marés formavam bancos de areia e bloqueavam as saídas. Dessa forma, até mesmo junto à zona comercial, era comuns as presenças de pequenos cursos d’água, poças e

pequenas lagoas, que propiciavam a proliferação de mosquitos e moscas. Todos esses fatores tornavam Santos extremamente insalubre e deixavam seus moradores à mercê de doenças e epidemias. Era tão preocupante a situação que a Cruz Vermelha Brasileira aqui mantinha um posto permanente de combate à maleita. Com o início da construção do cais nas áreas do Porto do Bispo e da Praia do Consulado, Santos foi atacada pela pior epidemia de sua história, resultando em verdadeira tragédia pública, a febre amarela. Muitos creditaram a da doença ao revolvimento do lodo e dos detritos existentes naquelas áreas do porto.

A história da Companhia Docas de Santos, responsável pela construção, organização e administração do porto de Santos, está intimamente ligada à história do desenvolvimento nacional. A empresa nasceu do pioneirismo de gente que, no final do século passado, acreditava no futuro do país, e aplicou técnicas e recursos nacionais, contribuindo com vultosos investimentos para a instituição de um dos mais importantes serviços públicos do país. O porto era reclamado pelo comércio paulista – São Paulo surgia como o pólo de riqueza do novo país, independente em 1822 e tornada República em 1889 -, que sofria prejuízos econômicos consideráveis com a perda das mercadorias nas ruas santistas.

Com o problema da febre amarela, marcando Santos como lugar maldito nos portos de todo mundo, avolumavam-se as queixas dos transportadores marítimos. O trabalho para a construção dependeria do saneamento do estuário de Santos. A cidade era então um lugarejo de 20 mil habitantes – a capital paulista não contava com mais de 150 mil habitantes -, com vida tumultuada em função do embarque e desembarque de mercadorias em trapiches.

Em 1870, um decreto imperial concedeu ao conde Estrela e a Francisco de

Andrade Pertence, privilégios para exploração do porto. Não logrando êxito, a concessão foi cancelada dez anos depois pelo governo imperial, que pelo decreto nº 8.800, de 27 de fevereiro de 1882, autorizou o governo da província de São Paulo a realizar as obras. Essa autorização foi também cancelada em fevereiro de 1886, por falta de resultados práticos.

Em 12/7/1888, pelo Decreto nº 9.979, após concorrência pública, o grupo liderado por Cândido Gaffrée e Eduardo Guinle foi autorizado a construir e explorar, por 39 anos, depois ampliado para 90 anos, o Porto de Santos, com base em projeto do engenheiro Sabóia e Silva. Com o objetivo de construir o porto, os concessionários constituíram a empresa Gaffrée, Guinle & Cia., com sede no Rio de Janeiro, mais tarde transformada em Empresa de Melhoramentos do Porto de Santos e, em seguida, em Companhia Docas de Santos, quando a então Companhia Docas de Santos - CDS, entregou à navegação mundial os primeiros 260 m de cais, na área, até hoje denominada, do Valongo.

Na data de 2 de fevereiro de 1892, atracou no novo e moderno cais, o vapor "Nasmith", de bandeira inglesa. Com a chegada deste navio inglês Nasmith, o Porto de Santos teve inaugurado o primeiro trecho de cais acostável, com 260 metros, tornando-se notícia mundial, sendo considerado o marco oficial da inauguração do Porto de Santos. A partir daí o porto iniciou seu desenvolvimento, com a oferta de cargas e a construção dos primeiros armazéns.

Nas próximas décadas, porto e cidade andariam juntos, gerando o enriquecimento da região e de todo o País. O governo, pela mão de Francisco Glicério, autorizou a ampliação de mais 884 metros até Paquetá.

O porto não parou de se expandir, atravessando todos os ciclos de crescimento econômico do país. O Porto de Santos sempre esteve ligado à cidade através do comércio. Com a inauguração da ferrovia São Paulo Railway, deu-se o inicio da modernização trazendo maior desenvolvimento à cidade. Foram construídos mais 2000 metros do cais e realizado aterro do lodaçal que mais ameaçava o aterro sanitário da cidade. Em 1893, foi aberto o restante do cais contratado, perfazendo 846 metros, e nesse mesmo ano, a 27 de julho, a São Paulo Railway ligou seus trilhos aos da CDS**.** Consolidados poucos anos depois, e já inexistindo dúvidas sobre o sucesso do empreendimento, a Companhia Docas de Santos abriu seu capital, até então constituído exclusivamente pelas quantias aplicadas pelos sócios fundadores. Ao mesmo tempo em que a empresa se capitalizava, com aumentos sucessivos do capital social, as obras de ampliação do porto prosseguiam. Paralelamente, e até como conseqüência, foi melhorando a situação sanitária de Santos.

A iniciativa de sanear a cidade foi de Américo Martins, que a levou ao santista Vicente de Carvalho, então Secretário de Interior. Este a incluiu no programa do Dr. Bernardino de Campos, presidente da Província. Vicente de Carvalho chama o especialista norte-americano Dr. Fuertes, mas quando este chega a São Paulo encontra o projeto completo e pronto, que Américo Martins encomendara a seu cunhado Dr. Garcia Redondo. O projeto de Redondo foi aprovado em todas as suas linhas. Datam desses fatos os trabalhos iniciais de saneamento efetuados pela Cia Docas, com a canalização a coberto de cinco ribeirões que desaguavam no estuário e que contribuiu para a salubridade do Valongo.

O engenheiro Pereira Rebouças assume a Comissão de Saneamento de Santos e convoca o engenheiro Francisco Saturnino de Brito para projetar o extraordinário

plano de saneamento da cidade. Além disso, a própria construção do cais e a sua posterior ampliação veio a constituir o que Saturnino de Brito chamou mais tarde de "cinturão sanitário de Santos", pois com a construção das muradas e os aterros feitos desapareciam os lodaçais da margem do estuário perto da cidade, uma das principais fontes das endemias que reinavam em Santos. Saturnino de Brito acreditava que com a construção de cais e execução de aterros, desaparecia os lodaçais da margem do estuário nas proximidades da cidade, as águas pluviais seriam escoadas para o mar e as endemias seriam controladas.

A primeira fase compreendia a abertura de canais de drenagem para dar vazão às águas das chuvas e canalizar as águas de rios e ribeiros. A segunda fase consistia nos serviços de esgoto, na ampliação da rede coletora e na construção dos emissários, das estações elevatórias e das usinas de recalque para o bombeamento do esgoto. O projeto era ambicioso e previa até a disposição de ruas e quadras a partir dos canais, um perfeito planejamento urbano para o crescimento da cidade.

O sistema de canais de Saturnino de Brito era bastante inteligente: era indispensável que os canais se prolongassem até a ligação de mar a mar para permitir a renovação das águas nas grandes marés, evitando que as mesmas ficassem paradas e provocassem aspecto ou cheiro ruim. As obras começaram em 1906 e o primeiro canal a ser aberto foi o Canal 1, inaugurado em agosto de 1907. Depois do canal 1 foram construídos os canais restantes, um total de oito canais, em direção ao mar e ao estuário, que atravessavam a ilha, com muitos trechos subterrâneos e pontes. Os canais iam se abrindo e, junto com eles era realizada a urbanização de seu entorno: levantavam-se os muros, as ruas ganhavam calçamento e eram construídos passeios

arborizados. Em 1909, completava-se toda obra, dispondo Santos de 4720 metros de cais, o que concluía o cinturão sanitário.

Os adventos do Porto, da Ferrovia e incremento no comércio trouxeram para a cidade o surgimento e urbanização de novos bairros, saneamento, construção de canais, e o despontar da cidade no cenário do comércio marítimo de cargas. Uma mudança determinante para a melhoria da saúde pública foi a alteração, em 1917, da captação de água dos antigos mananciais já poluídos para a Cachoeira dos Pilões, no alto da Serra do Mar, em Cubatão.

Nas décadas de 1920 e 1930 o porto de Santos já havia se consolidado como o mais importante do país devido aos investimentos em infra-estrutura realizados durante os 50 anos que antecederam esse período, entre eles a construção da Ferrovia Santos-Jundiaí (1867) e a transformação das pontes e trapiches no cais unificado (1892).

Com o desenvolvimento econômico e a expansão da cultura cafeeira pelo interior de São Paulo, Santos torna-se o maior porto exportador de café do mundo, destacando-se como um dos mais importantes centros comerciais da América do Sul e atraindo grande contingente de imigrantes europeus que aqui se estabeleciam para exercer atividades ligadas ao porto e ao comércio.

Foi a partir das velhas pontes de madeira, e pelos trapiches que estocavam a carga que ia e que vinha dos portos europeus que Santos pôde desenvolver-se no entorno desse início de porto e vila. Dos trapiches e das pontes, o porto passou aos 14 quilômetros de cais acostável, grande parte hoje privatizada, tornando-se o Porto do Café, o maior Porto da América do Sul.

O sistema de saneamento que Saturnino calculava ser suficiente até o ano de 1940 foi tão bem feito que suportou o crescimento da população até meados dos anos

60, quando a explosão turística e o aumento populacional nas temporadas de férias saturaram o sistema.

Em 1974 tem início a construção do emissário submarino pela Sabesp - Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo e o seu final se dá em 1978. O emissário, com uma extensão de 4 km, diâmetro interno de 1,75 m e capacidade de vazão de 7.000 litros por segundo, permitiu o desafogamento dos sistemas de Santos e São Vicente, como também de Cubatão, Vicente de Carvalho e Guarujá.

Assim com outras cidades portuárias brasileiras, tem a dinâmica urbana e a historia estreitamente vinculada ao Porto, Santos é uma cidade ligada tradicionalmente ao comércio por seu porto.

Os primeiros marcos da modernização da cidade foi a inauguração da ferrovia São Paulo Railway, que de um lado ligava a cidade mais rapidamente à produção do café, e de outro o porto levava a riqueza paulista aos mercados internacionais, e em contrapartida captou divisas que sustentaram a economia nacional e trouxeram maior desenvolvimento à cidade.

Em meados do século, também vimos o forte desenvolvimento do Estado de São Paulo, demandando cada vez mais condições para um comércio forte nos sentidos de exportação e importação, assim como a instalação do pólo petroquímico de Cubatão.

Terminada a fase de concessão da Cia. Docas, em novembro de 1980, a operação do Porto de Santos foi assumida pela CODESP (CIA. Docas do Estado de São Paulo), ligada ao Departamento Nacional de Portos e Vias Navegáveis (DNPVN).

Até 1993 a empresa atuou em um ambiente de monopólio estatal, quando em fevereiro desse mesmo ano foi promulgada a Lei 8.630, de 25 de fevereiro de 1993,

chamada de Lei da Modernização Portuária, que dispõe sobre a exploração dos portos organizados e das instalações portuárias. Essa lei foi implementada no Brasil como mais uma tentativa de garantir a competitividade do setor e conter o endividamento do Estado. Ela também visava a reestruturação do setor portuário, o que provocou grandes mudanças, introduzindo empresas privadas e com isso novos operadores portuários . Esta mudança nas relações de trabalho influenciou a vida das famílias dos trabalhadores portuários, não só em sua saúde, mas também na qualidade de vida de seus membros.

Os moradores referem-se que os responsáveis por adaptar a lei no prazo de três anos não foram escolhidos por competência, mas por política. Assim o cais foi loteado por pessoas que não tinham a visão dos portuários, causando grande impacto naquela região e na cidade como um todo.

A evolução das tecnologias marítimas, os terminais especializados em cargas, refletem na eficácia interna dos portos.

Entre outros fatores, destacamos a redução do número de trabalhadores nas atividades de carga e descarga e a influencia nos desdobramentos da dinâmica da cidade.

> Globalização quer dizer precisamente que não existe mais um mercado mundial massificado, crescendo regularmente da Europa à América do Norte, em direção ao Japão e Ásia. Existem, si, mercados considerados hoje em sua especificidade, tanto por seus fatores de produção, quanto no que concerne seu modo de consumo (BAUDOUIN, 1999, p.31).

Com o processo de globalização muitas mudanças e transformações apresentam impactos na relação Porto-Cidade, muitos contrastes e conflitos emergiram e a necessidade de repensar o Porto de Santos se fez necessária.

O Porto e a Cidade de Santos estão intimamente ligados. Essa ligação com a cidade também gera desafios entre o Porto e a Cidade. Abrigar um Porto em seu território ou ser uma cidade portuária revela conflitos com as pessoas que nela vivem.

A população economicamente ativa da cidade de Santos sempre trabalhou direta ou indiretamente no porto de Santos.

O porto sempre foi um grande manancial de trabalho onde, durante as 24 horas do dia, homens e máquinas, lado a lado, trabalham incessantemente para o desenvolvimento da cidade.

> Santos, centro portuário importante, até hoje, teve a sua história sempre marcada por episódios à roda do mar: a primeira casa de Misericórdia para atender aos navegantes que aportavam, e que foi o marco da fundação da cidade; a cidade ambicionada pela pirataria inglesa, que a bombardeou desde o mar; o crescimento lento, mas estável do porto, que se tornou escoadouro da riqueza paulista, especificamente do café; as obras do saneamento básico, por conta de Saturnino e Brito, que aliviaram a cidade dos mangues e a converteram em terra enxuta e salubre; para não falar dos longos quilômetros de praias que a embelezam. Pois esse foi o lugar ideal para os negócios da burguesia paulista, como também aí se articulam os primeiros movimentos operários, sempre à volta do porto. Muito da instrução elementar revela as preocupações da burguesia e da classe média (Colégio Santista, Coração de Maria, Liceu Feminino Santista) e dos operários (Sociedade União Operária) que compunham a paisagem humana de Santos. (PEREIRA, 1996, p.136)

O Porto de Santos compreende atualmente uma área que corresponde a 7.700.000 m², que correspondem 14 quilômetros de cais, distribuída nas ilhas de São Vicente e Santo Amaro, compreendendo sua margem direita e margem esquerda.

O município de Santos está localizado no litoral do Estado de São Paulo, dista aproximadamente 72 km da capital do Estado, podendo ser alcançada diretamente através das rodovias Anchieta (SP-150), Imigrantes (SP-160). Santos apresenta clima litorâneo de transição. Registrando temperaturas extremas de

42º e mínimas inferiores a 10º, sendo a temperatura média de 20º. Possui um índice pluviométrico elevado, prevalecendo o clima quente e úmido, tipicamente tropical.

Por suas atividades produtivas, Santos reflete um posicionamento estratégico importante, tendo sua função de apoio ao comércio com o exterior, abrangendo os Estados de São Paulo, o de Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Paraná.

Quanto à economia em Santos é considerada formal. Segundo números de março/2002 divulgados pelo NESE - Núcleo de Estudos Socioeconômicos da Universidade Santa Cecília, o setor que mais emprega em Santos é o de serviços, seguido pelo comércio.O Turismo tem uma situação que está se consolidando e com grande efeito direto sobre o Setor Terciário vinculado a essa atividade como, especificamente, os serviços de alojamento e alimentação e o comércio varejista, além do setor imobiliário.

2.2 O Porto de Santos

O Porto de Santos, considerado o maior porto do hemisfério Sul, foi inaugurado em 2 de fevereiro de 1892, quando a então Companhia Docas de Santos (CDS) entregou à navegação mundial os primeiros 260 metros de cais, na área do Valongo. O porto não parou de se expandir, atravessando todos os ciclos de crescimento econômico do país, aparecimento e desaparecimento de tipos de carga, até chegar ao período atual de amplo uso dos contêineres. Com a inauguração, iniciou-se, também, uma nova fase para a vida da cidade. A população economicamente ativa da cidade de

Santos sempre trabalhou direta ou indiretamente no porto de Santos. A vida se entrelaçava com o cotidiano portuário.

Segundo os pesquisadores locais, Betralda Lopes (1974), Wilma Therezinha Fernandes de Andrade (1989), entre muitos, durante o final do século XIX o porto foi a principal atividade econômica da cidade e da região. Com a expansão e o desenvolvimento econômico da cultura cafeeira por todo o Planalto Paulista, atingindo até algumas áreas da Baixada Santista, Santos tornou-se o maior porto exportador de café do mundo destacando-se como um dos mais importantes centros comerciais da América do Sul. Esse desenvolvimento pressionou as autoridades para a necessidade de ampliação e modernização das instalações portuárias. O café poderia ser exportado em maior escala e com rapidez.

Após 1980, muitas transformações foram realizadas como a estatização das operações portuárias, em decorrência da qual o porto passou a ser administrado pela Companhia Docas do Estado de São Paulo (CODESP), uma empresa de economia mista, de capital majoritário da União, e, em 1993, foi promulgada a Lei 8.630, chamada Lei de Modernização Portuários, que provocou grandes mudanças, introduzindo empresas privadas e com isso novos operadores portuários. Esta mudança nas relações de trabalho influenciou a vida das famílias dos trabalhadores portuários, não só em relação à saúde, mas também no que se refere à qualidade de vida de seus membros.

Por mais de três séculos e meio, o Porto de Santos, embora tivesse crescido, manteve-se em padrões estáveis, com o mínimo de mecanização e muita exigência de trabalho físico. As condições de higiene e salubridade do porto e da cidade resultaram altamente comprometidas, propiciando o aparecimento de doenças de caráter

epidêmico. O saneamento de Santos é desenvolvido a partir de 1889 começando com a construção do primeiro trecho de cais. Fez-se a canalização de ribeirões, instituiu-se a vacina obrigatória, ampliou-se o serviço de limpeza pública. Em 1907, foi realizada a abertura dos canais de drenagem. Logo após foram executados serviços de esgoto. O sistema sanitário de Santos foi projetado por Saturnino de Brito e isso refletiu no crescimento do município, pois através dessa medida é que foram criadas condições necessárias para a qualidade de vida.

Em 1988, o movimento da reforma sanitária iniciou a discussão em torno do modelo assistencial constituindo-se em um eixo importante, aliada às questões políticas e jurídico-institucionais. A prática assistencial adotada por vários serviços e municípios tem buscado direcionar as ações de saúde no sentido da integralidade, da humanização, da aproximação usuário-serviço e voltam-se particularmente para o nível local. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) não surgiu como uma proposta alternativa de modelo assistencial, mas é inegável que, com a dimensão na qual sua implantação vem ocorrendo, verifica-se um impacto na organização da atenção básica talvez não alcançado em outro momento. Cria então condições para iniciativas de reorientação do modelo assistencial a partir do âmbito municipal.

2.3 Os bairros do MACUCO E ESTUÁRIO: A influencia nas famílias portuárias

A população economicamente ativa da cidade de Santos sempre trabalhou direta ou indiretamente no porto de Santos. Santos possui 418.315 habitantes (Censo de 2005). Os bairros do Macuco e do Estuário são bairros que têm, em sua maioria, a

classe trabalhadora portuária. Os bairros do Macuco e Estuário sempre estiveram presentes na história da construção da cidade e do porto de Santos.

A história do bairro do Macuco se origina da família portuguesa, Macuco, que era possuidora de grande parte da região, hoje ocupada pelo bairro . É um dos mais tradicionais bairros da cidade, guardando em suas ruas antigos mercadinhos, botequins e a vida tranqüila de um bairro que nasceu para abrigar os trabalhadores do porto e onde hoje vivem seus descendentes. A cada dia o bairro do Macuco acentua sua característica de suporte para as atividades do porto. Santos cresceu e o Macuco foi perdendo espaço. Alguns moradores mais antigos do bairro relatam que houve época, pelas décadas de 30 e 40, que no mínimo 30% da população santista morava no Macuco.

Segundo Pereira (1996), em 1889, por razão de uma grande epidemia de febre amarela, para abrigar crianças órfãs de pais vitimados, foi fundado o Asilo de Órfãos. Foi fundada em 21 de abril de 1889, a Casa da Criança, na Vila Macuco. Essa escola foi construída para atender inicialmente às crianças órfãs da epidemia de febre amarela. Empregados da Companhia Docas de Santos fundaram a Associação Beneficente em 1905, com a finalidade de prestar socorros médicos e farmacêuticos, hospital, instrução aos filhos de associados, Monte Pio. Em 5 de janeiro de 1907, foram inauguradas duas classes. O terceiro grupo escolar inaugurado na Vila Macuco foi o Grupo Escolar Vila Macuco, criado em fevereiro de 1915, que depois se denominou Grupo Escola Visconde de São Leopoldo. Em 1913, novo censo de Santos já revelava um aumento marcante da população e uma multiplicação de profissões, relacionadas inicialmente ao comércio, ao meio operário, destacando-se o portuário e as do setor de transportes ligados ao café. O número de imigrantes crescera também bastante. O

porto continuava aumentando em extensão; o desenvolvimento da economia cafeeira tornava cada vez mais complexas as atividades do comércio.

A cidade cresceu, foi preciso impor maior disciplina, e o Macuco perdeu áreas. Só para o bairro da Encruzilhada cedeu 25% de sua extensão, em 1968. Tinha fama de ser o bairro que mais crescia no mundo e não era para menos: estendia-se desde o Entreposto de Pesca, na Ponta da Praia, abrangendo áreas na extensão das avenidas Afonso Pena e Pedro Lessa, até praticamente o Mercado Municipal, acompanhando a linha de armazéns da antiga Companhia Docas.

Este que já foi um dos maiores bairros de Santos, hoje está reduzido ao trecho entre as avenidas Afonso Pena e Siqueira Campos, Rua Almirante Tamandaré, Avenida Rodrigues Alves, Rua Conselheiro João Alfredo até os muros da Codesp, ruas Xavier Pinheiro e Campos Melo.

Na última década, o Macuco ganhou pouco mais de mil habitantes. Dos 17.569 moradores de Santos pelo Censo de 1970, passou-se para 18.740 em 1980, conforme estimativa do Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado (PDDI), elaborado pela Prodesan (Esta é a estatística mais recente de que se dispõe, porque o IBGE revelou, com base no último recenseamento, apenas a população total do Município, sem especificações por bairros).

Os moradores enfrentam outras questões, como ruas sujas, com lama acumulada nos cantos e pistas esburacadas. Mas não há como não gostar desse bairro, pelas pessoas que nele habitam. Tem algo de mais forte no ar do que o cheiro que vem das Refinações de Milho Brasil ou da Citrosuco.

Pessoas simples, conversadeiras e hospitaleiras. Atualmente a população procura outras áreas, onde não precisem conviver com o trânsito de caminhões,

armazéns, barulhentos depósitos de containeres, firmas transportadoras e outras ligadas a reparos de equipamentos navais. O barulho dos caminhões está presente nas 24 horas do dia e, além disso, há os depósitos de containeres, que operam durante a madrugada acabando com a tranqüilidade dos moradores.

Estas convergências de imagens apontam que a degradação dessas regiões, seja de municípios situados na Baixada Santista ou municípios da Baixada Fluminense, ocorrem em um mesmo processo histórico de modernização da sociedade brasileira.

Nesse bairro operário de tantas lendas e tradição, não existem mais os campos de várzea e nem os barcos de areia na Bacia do Macuco. Mas ainda se podem encontrar alguns bares, onde os moradores mais antigos se reúnem para rememorar fatos passados. Nessa área ainda vivem estivadores, ensacadores, portuários, operários, há uma população à espera de uma solução para sua desesperança.

Não há mais opções de lazer, relatam os moradores. Não temos mais as ruas como prolongamentos dos quintais e as pessoas não sentam em frente às casas para conversar.

Hoje encontramos o Macuco da movimentação de cargas, da classe operária brigando ou se resignando, dos navios que partem ou chegam. Para eles, não há cargas trazendo riqueza, nem guindastes levantando caixas.

A evolução do cais é visível com a construção de mais armazéns, trilhos, acessos, retornos e reestruturações de maquinário que de tempos em tempos provocam mudanças físicas no próprio espaço portuário.

Cada uma destas mudanças afeta diretamente e de forma específica cada um dos milhares que trabalham e residem próximo na região portuária. Podemos olhar para o Porto de Santos como um espaço que comporta diversos territórios; no tempo e no

espaço. Muitas histórias dessa população portuária são contadas com um sentimento de “porto arrancado” do município, arrancado de dentro da própria cidade, uma cicatriz em torno do estuário.

Os operários do porto trabalharam em uma época diferente, quando não existia tecnologia, o trabalho era braçal e as relações pessoais tinham para eles grande importância. Educaram seus filhos, compraram a casa própria graças ao cais, vivenciaram o regime militar e, principalmente, conquistaram amizades. Antigamente não havia tecnologia no porto.

Os trabalhadores referem que o serviço era duro, mas tinha mais companheirismo. A falta de automatização fazia com que se tivesse de contar com o colega, que depois virava amigo. Hoje, os trabalhadores portuários relatam que as relações pessoais não têm tanta importância.

O bairro do Estuário é um bairro novo, criado pelo Plano Diretor Físico do Município em 1968, mas tem um passado repleto de história. Têm seus limites pelas avenidas Siqueira Campos, Portuária e Afonso Pena. É assim denominado porque se estende para o estuário, é parte do bairro do Macuco, onde hoje se situa a Bacia do Macuco e casas populares.

Antes disso era chamado popularmente de Pau Grande, aquele recanto junto às águas do Estuário, na direção do atual Canal 6, herança dos tempos em que ali havia um imenso tronco de figueira.

O Pau-Grande ficava no Macuco e passou a fazer parte do Estuário quando aquele bairro perdeu terras para formar outros. O local era o predileto para passeios da população do bairro. Junto ao tronco da enorme figueira, famílias se reuniam para conversar nas horas de lazer. Para muitos, domingo era sinônimo de ir até Pau-Grande,

de preferência com roupa nova e bem perfumada. Famílias de outros bairros também vinham. Casal, de braços dados, meninas de vestido rodado e garotos com terninho de calças curtas. O Porto ainda não era uma ameaça com o cais e seus armazéns.

Ao longo do Estuário, havia várias praias pequenas, de águas bem claras, onde se pescava camarão em abundância. Apresenta grande diversidade em termos de ocupação e destaca-se como um dos maiores bairros de Santos. Em sua área de 124,80 hectares, misturam-se centenas de chalés centenários, com dois pavimentos e paredes muito altas.

O bairro apresenta grande diversidade em termos de ocupação. Chalés que vão aos poucos desaparecendo para dar lugar aos novos prédios ou instalar pátios de contêineres.

As casas grandes são alugadas pelos proprietários para cinco ou seis famílias. São as cenas da habitação coletiva presente no Estuário. Encontramos também casas de alvenaria, prédios de três ou até nove pavimentos, favelinhas, terras em litígio e casas comerciais. O comércio é bastante diversificado com farmácias, padarias, bares, açougues, bazares, alfaiatarias, lojas de conserto de calçados e mercearias.

Surgem a cada dia, novos pátios de contêineres e, com eles, chegam os caminhões que quebram calçadas e árvores, fazendo estremecer as construções. Os problemas vão desde os mais comuns, como ruas cheias de água parada e esburacadas, até os mais sérios, principalmente o desemprego, os conflitos pela posse de terra da antiga Avenida Santista e do antigo Caminho Particular da Bacia e as favelas da Avenida Portuária.

Os moradores revelam o descontentamento com o descaso dos gestores ao bairro. Existem ruas projetadas que nunca foram abertas, a lama se forma após qualquer chuvinha e mistura aos entulhos acumulados nos cantos.

O lazer nesse bairro também é carente. Na falta de alternativas, as crianças brincam no meio da rua ou em terrenos baldios, porque o bairro não dispõe de praças que sirvam como pontos de encontro e descontração.

O bairro do Estuário abriga em seus limites as duas escolas campeãs do carnaval santista, a X-nove e a Padre Paulo. São noites em ritmo de samba e que ajudam a esquecer as agruras do dia-a-dia. Tem ainda nesse bairro as instalações da Cutrale e da Citrosuco, ambas produtoras de suco de laranja. Destaca-se a Citrosuco que implantou um sucoduto, que para se embarcar suco de laranja fica dispensado o serviço de diversas categorias portuárias.

As águas do estuário não são mais repletas de peixes como antigamente, mas os pescadores resistem a essa vida dura traduzida em sol e mar. Conseguiram se acostumar a uma vida dura traduzida em sol, mar, de mãos grossas e braços cheios de cicatrizes ganhas ao afundá-los no mangue, à cata de caranguejos. Agora eles são obrigados a pescar mais longe. Seguem para a cidade de Bertioga, procuram as águas claras do Rio Jurubatuba ou do Rio das Neves, mas às vezes voltam para casa de mãos vazias. Não sabem se vão ter boa pescaria. Nem mesmo sabem se voltam. O mar reserva muitas surpresas.

Além de enfrentarem todas essas condições adversas próprias da atividade, os pescadores enfrentam também o problema relacionado à sua saúde.

Referem que quando o pescador adoece, não trabalha, a família fica sem assistência e chegam a passar necessidades.

CAPITULO 3

A FORMAÇÃO CONTINUADA DOS ACS

Considerando que se busca com esta investigação conhecer o que pensam os Agentes Comunitários de Saúde de bairros portuários sobre a formação continuada que lhes vem sendo oferecida e que necessidades formativas gostariam de ver contempladas nestes processos, este capítulo apresenta os dados obtidos nesta investigação e sua análise.

Há seis anos sou enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do município de Santos, na região dos bairros do Macuco e Estuário. Atualmente sou responsável por 30 ACS, que desenvolvem seu trabalho na comunidade a qual pertencem. A prevenção e a promoção da saúde é o principal objetivo do trabalho dos ACS.

Através de visitas domiciliares e também dos grupos educativos, o ACS orienta as famílias em relação a diversos assuntos relacionados à saúde e à comunidade.

O meu papel, enquanto enfermeiro supervisor dos ACS, é de elaborar um plano de saúde local junto à comunidade, é dar assistência às famílias cadastradas no programa, é realizar o encaminhamento para os serviços de referência quando indicado, realizar visita domiciliar, supervisionar direta e indiretamente o trabalho do ACS, além da atividade educativa nos grupos comunitários. Ao longo da minha atividade profissional, pude constatar que o que eles aprendem nestes processos nem

sempre corresponde às demandas do cotidiano do trabalho. Esta vivencia profissional levou-me à necessidade de compreender melhor alguns aspectos relativos à formação destes profissionais

Após a seleção e contratação dos ACS, inicia-se a fase de formação em dois módulos. Segundo a Portaria nº 822, de abril de 2006, a capacitação dos profissionais dos ACS é feita através de um treinamento introdutório, que permite aos alunos a análise, com a participação da comunidade local, de aspectos demográficos, econômicos, sociais, ambientais e sanitários. Desta forma é possível identificar agravos na área da saúde e maneiras para começar a resolvê-los.

O primeiro módulo e um treinamento introdutório pelo qual passam todos os ACS, realizado antes dos agentes começarem a trabalhar, com aproximadamente 40 horas de duração. O segundo, dividido em várias etapas (saúde da mulher, da criança, do idoso, Aids, hanseníase, tuberculose e outros), e cumprido simultaneamente ao trabalho.

A primeira etapa da formação ou treinamento introdutório oferece conceitos básicos de cidadania, saúde e doença, trabalho em equipe, conhecimentos sobre as políticas sociais em Santos, sobre a integração do município com o Sistema Único de Saúde (SUS), conhecimentos sobre o espaço geográfico das microáreas dos agentes, em função, principalmente, do cadastro familiar e individual dos cidadãos que os agentes vão iniciar.

Nesse treinamento introdutório os alunos também aprendem a organizar o processo de trabalho visando melhorar as condições locais, com foco na assistência familiar. O treinamento introdutório e a educação continuada para municípios acima de 100 mil habitantes são de responsabilidade Secretaria Municipal de Saúde.

O Ministério da Saúde, após a regulamentação da profissão dos agentes, Lei 10.507 de 10 de julho de 2002, está exigindo que se inicie a implantação do curso de formação dos ACS e nesta mesma Lei é colocada a exigência de haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para sua formação (treinamento introdutório). Na atual legislação, não existe profissão de nível elementar, o mínimo exigido para uma formação é o nível técnico.

Ao Ministério da Saúde cabe definir o conteúdo programático deste novo curso. A formação técnica é dividida em 4 módulos. O objetivo da capacitação é preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multidisciplinares nas ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios ou coletividades.

A primeira etapa da formação tem 400 horas-aula. Em Santos, esse curso de formação técnica está sendo implantado e 50 ACS de áreas distintas do PACS já iniciaram em julho de 2006. Essa formação técnica está sendo realizada com os profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde , sendo gerenciada pelo Centro Formador de Pessoal Para a Saúde de São Paulo. A previsão é de que o restante dos ACS, ou seja, 160 sejam capacitados até o final de 2007, para que se inicie o segundo módulo, e assim, sucessivamente.

Os Agentes Comunitários de Saúde, através das visitas domiciliares, fazem o cadastramento das famílias, identificam a situação de saneamento e moradia, fazem o acompanhamento mensal da situação de saúde das famílias e realizam grupos educativos na comunidade em que atuam. Estas seriam as atividades formais do ACS, que fazem parte das tarefas deles.

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, em vários municípios do país, e, por conseguinte em Santos, conferiu-lhes respeito e legitimação por parte da população. De um modo geral, essa situação gera conflitos e incertezas das mais variadas ordens e cria expectativas tanto da comunidade como do próprio ACS. Eles podem ser acionados mediante solicitação da população, dependendo da necessidade. Por exemplo: paciente que necessita de atendimento de urgência/ emergência, mas não tem ninguém para socorrê-lo, uma situação de parto proeminente, um mal súbito de um munícipe, entre outros.

3.1 O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)

No Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi criado pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde em 1991 com o objetivo de promover ações básicas de saúde. Atualmente, o Ministério da Saúde fez uma alteração na denominação Programa, substituindo pelo nome de Estratégia, porém faremos a opção pela denominação inicial para o desenvolvimento de nossa pesquisa. O PACS no início foi implantado em estados da região nordeste e norte, em 761 municípios e posteriormente na região leste devido à necessidade emergencial de uma epidemia de cólera. O Ministério da Saúde aponta o PACS como uma estratégia transitória para a implantação do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2000).

O exercício da atividade profissional de Agente Comunitário de Saúde deve observar a Lei nº 10.507/2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, o Decreto nº 3.189/1999, que fixa as diretrizes para o exercício da atividade de Agente

Comunitário de Saúde, e a Portaria nº 1.886/1997 (do Ministro de Estado da Saúde), que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário.

Desse modo, as atividades desenvolvidas pelos ACS surgem como uma estratégia para visualizar e operacionalizar um novo modelo assistencial de cuidado à saúde da população, na atenção primária.

Nessa perspectiva, a saúde e vista como uma responsabilidade da família, da sociedade e do Estado. Ao Estado compete garantir a assistência à população, possibilitando-lhe o acesso aos meios e informações.

São decorridos 16 anos de implementação do PACS nos municípios brasileiros, que hoje cobre parcela significativa da população brasileira. São mais de 200 mil agentes comunitários de saúde em todo o território nacional. A implantação do PACS no município é operacionalizada com a co-participação dos níveis federal e estadual. O município elabora um projeto para a implantação da equipe, submete-se ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação e, após aprovação, encaminha para a Secretaria de Estado da Saúde.

Em Santos, o Programa de Agente Comunitário de Saúde começou em abril de 2000, visando garantir um acompanhamento à saúde da população em seu ambiente de moradia. Os bairros escolhidos para a implantação do programa foram bairros que apresentavam perfis epidemiológicos de diferentes grupos sociais, com a finalidade de modificar esses perfis correspondendo às necessidades de saúde da população.

Para se definir as áreas onde se implantariam as primeiras equipes, foi realizado um levantamento técnico que levou em consideração os dados epidemiológicos, como a mortalidade infantil, mortalidade proporcional por doenças infecto contagiosas e percentual de baixo peso ao nascer.

O programa vem atuando no município em 22 bairros que são: Alemoa, Chico de Paula, Jardim Castelo, Jardim Piratininga, Saboó, São Miguel Areia Branca, Bom Retiro, Santa Maria, Vila São Jorge, Jardim Radio Clube, Centro, Paquetá, Vila Nova Vila Mathias, Estuário, Macuco, José Menino, Jabaquara, Marapé e Valongo. Mais de 40% da população de Santos é acompanhada no programa de agentes comunitários, com aproximadamente 160.000 habitantes cadastrados, atendendo 40.000 famílias (Secretaria de Saúde de Santos/SIAB, 2006).

Definidas as áreas, os recursos disponíveis e o planejamento geral do trabalho, partiu-se para a seleção dos profissionais para a composição da equipe. A seleção foi feita em várias etapas com prova escrita, dinâmica de grupo e entrevista. O objetivo, além de avaliar os conhecimentos, era o de destacar o perfil profissional voltado para o trabalho comunitário e social.

Atualmente conta com oito equipes de PACS, sendo 08 enfermeiros supervisores e 210 ACS. Cada enfermeiro é responsável por uma área definida de abrangência e por seus respectivos agentes comunitários. O enfermeiro é servidor público municipal, contratado através de concurso público.

Em Santos, os ACS não são servidores públicos municipais, são contratados por uma Organização não Governamental, que gerencia os recursos repassados pela prefeitura. O Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, por meio de um monitoramento realizado no período de julho/2001 a agosto/2002, comprovou a existência de diferentes modos de inserção do agente comunitário de saúde nos serviços de saúde de todo o Brasil. Destacando vínculos como cargo efetivo, contrato por prazo determinado, contrato verbal, vínculo informal e outros.

Contudo, para o Ministério Público do Trabalho, ‘a exceção do cargo efetivo de agente comunitário de saúde e do emprego público de agente comunitário de saúde, todos os demais modos de inserção desse profissional no serviço são considerados irregulares. A legislação destaca ainda que esse profissional execute atividade do Estado. Assim, a sua inserção no serviço deve observar a regra contida no inciso II do art. 37 da Constituição Federal, qual seja, o concurso público para o exercício de cargo efetivo ou emprego público como única forma de ingresso no serviço público. Com a conversão da MP 297/2006, na Lei 11.350, publicada no Diário Oficial da União no dia 6 de outubro de 2006. As categorias, que atuam diretamente nas áreas de população de baixa renda, e que não contavam com o reconhecimento do Estado brasileiro, não possuindo assim direitos trabalhistas, passam a ser enquadrados no regime da CLT, com vínculo funcional sob a responsabilidade das prefeituras e dos governos estaduais das regiões em que atuam. Assim sendo, em Santos, estudos estão sendo realizados para a definição da nova contratação dos ACS, através de concurso público, pela Prefeitura Municipal e não mais a contratação por uma ONG.

Importante ressaltar é que o ACS é alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce. Ele é parte integrante desse contexto, pois pertence a essa comunidade que está sob sua responsabilidade. Deve estar em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizada por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais ênfase ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

O ACS deve conhecer bem a comunidade onde vive; ter espírito de liderança e solidariedade; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; residir na comunidade

há pelo menos dois anos; não ter antecedentes criminais e ter disponibilidade de oito horas diárias para exercer suas atividades (BRASIL, 2000). Porém, com a publicação da Lei 11.350, publicada no Diário Oficial da União no dia 6 de outubro de 2006 e segundo previsão do art. 3º (incisos I a III) da Lei nº 10.507/2002, para o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde, para ser um agente, a pessoa deve residir na área da comunidade em que atuar, haver concluído o ensino fundamental e ter concluído o Curso Introdutório de Formação Inicial e Continuada de Saúde Pública promovido pelo SUS.

Para uma nova estratégia, um novo profissional: o Agente comunitário de Saúde. Especial atenção deve ser dada esse novo ator no setor da saúde. Como todo processo seletivo, deve ser dada atenção à identificação do perfil profissional, não apenas em termos de exigências legais, mas de proximidade com o campo de atuação específica.

As Equipes do PACS trabalham unidas, em conjunto, mas existem atribuições especificas para os seus membros. Conforme citado anteriormente cada ACS é responsável por uma microárea e deve conhecê-la na sua totalidade. O seu trabalho é feito nos domicílios de sua microárea de abrangência.

Por meios de ações individuais ou coletivas, o agente comunitário de saúde realiza atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde sob supervisão do gestor local do SUS. Quanto às atribuições básicas desse profissional, elas estão previstas no subitem 8.14 do Anexo I da Portaria nº 1.886/1997, do Ministro de Estado da Saúde.

As atribuições específicas do ACS são as seguintes:

-realizar mapeamento de sua área, com o objetivo de facilitar o planejamento e o desenvolvimento do trabalho do agente, à medida que vai conhecendo a localização das residências da comunidade e dos órgãos sociais existentes;

-cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro, identificando indivíduos e famílias expostos a situações de risco;

-identificar áreas de risco, as quais decorrem perigos para a saúde das pessoas;

-orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, realizando visitas domiciliares a cada uma das famílias identificadas pelo menos uma vez ao mês;

-executar atividades coletivas com grupos visando a participação das famílias na resolução de seus problemas e alcance de objetivos;

-desenvolver vigilância em saúde, identificando parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pelas equipes; sempre sob a supervisão permanente e acompanhamento de um enfermeiro (Brasil,2000, p.22).

É também atribuição do ACS conhecer a realidade das famílias cadastradas pelas quais é responsável, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas.

Os ACS constituem a porta de inserção de toda e qualquer ação de saúde nas comunidades dos municípios que aderiram ao programa. A busca ativa de problemas atuais e a vigilância em saúde preservam a saúde dos membros da comunidade atendida.

As informações dos ACS, depois de analisadas e discutidas, ajudam a direcionar as ações das equipes de saúde e ajudam na integração com a rede de saúde.

Frente a esta situação, decidi conhecer e analisar o que pensam os ACS, dos bairros portuários do Macuco e Estuário, da cidade de Santos, sobre a formação

continuada que lhes é oferecida e quais sugestões apresentam para que esta formação atenda de fato às necessidades que identificam para o desenvolvimento do trabalho que realizam.

Nossa perspectiva e que esta pesquisa possa contribuir para o aprimoramento dos processos de educadores, especialmente na área de saúde e subsidiar o aperfeiçoamento dos projetos de inclusão social.

Partimos da premissa que, para que a formação em serviço destes ACS responda às necessidades da prática, deve se orientar pelo que apontam estes profissionais como sendo suas necessidades formativas, emergentes das dificuldades enfrentadas na prática do trabalho.

Uma formação continuada eficiente é aquela que toma como referência o protagonismo do profissional em formação, ou seja, que parte da problematização da prática para identificar as necessidades da formação pretendida e faz isto ouvindo também o que o próprio sujeito alvo da formação, indicam como necessário.

Para a realização da pesquisa foram selecionados 30 Agentes Comunitários de Saúde que atuam no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, nos bairros portuários do Macuco e do Estuário, egressos de treinamento e que já atuam no campo de trabalho. A escolha por essa região foi devido ao fato de ir trabalhar no programa com as famílias desses dois bairros portuários, e, desta forma, revelou-me uma postura mais reflexiva e crítica sobre o processo educacional do ACS.

Para coletar os dados necessários primeiramente foram aplicados questionários aos Agentes Comunitários de Saúde, com a finalidade de se conhecer o perfil desse profissional que compunha a equipe que atua nos bairros estudados. O questionário foi

organizado contendo oito perguntas, 05 abertas e 03 fechadas. Foi elaborado e aplicado pessoalmente pela autora deste texto.

A pesquisa foi realizada durante o mês de maio de 2006, com aplicação do questionário, durante os intervalos entre as atividades dos profissionais.

Os questionários foram aplicados após a assinatura de um termo de consentimento pelos entrevistados que garantia o sigilo e o anonimato das respostas, assim como o compromisso de utilização dos mesmos apenas para fins científicos.

Foram utilizados números nos formulários para preservar a identidade dos entrevistados. Foram aplicados 30 questionários com ACS, que permitiu a caracterização de seu perfil, além de identificar suas necessidades de capacitação. Após a realização desses questionários foi realizado um grupo focal com 10 ACS, pertencente ao grupo inicial. Os ACS tiveram também a oportunidade de interagir com a pesquisadora e expor suas expectativas e ansiedades quanto aos cursos de formação a que são submetidos ao longo de sua trajetória profissional.

Apresentamos neste capítulo algumas características dos Agentes Comunitários de Saúde, que participaram dessa pesquisa, foram analisadas segundo faixa etária, sexo, escolaridade, ano de conclusão do último curso realizado, pretensão de dar continuidade aos estudos e quais cursos gostariam de realizar. Foram também questionados quais os assuntos que seriam importantes para a reciclagem dos ACS.

Assim, iniciamos as análises e discussão dos dados, com a ordenação dos mesmos, com o propósito de percebermos os aspectos mais relevantes.

Conforme a Figura 1, os resultados revelaram que 90% dos ACS, entrevistados são do sexo feminino. Sendo apenas 10% do sexo masculino.

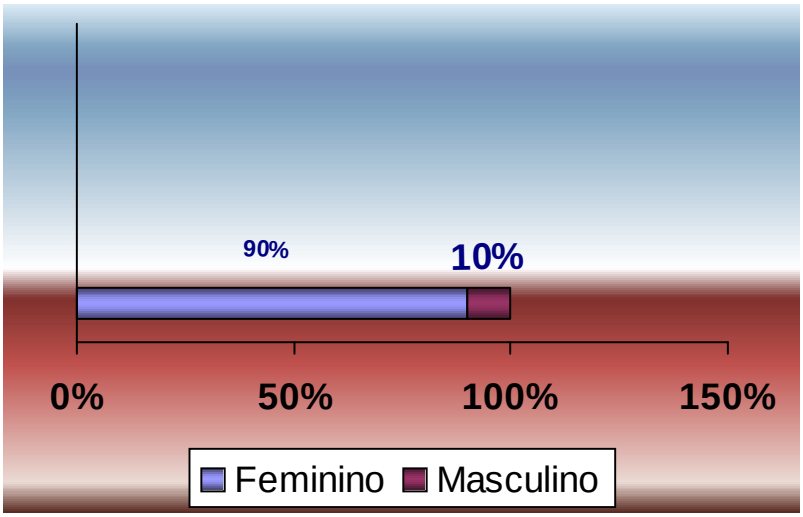


Figura 1 – Quanto ao gênero

Quanto à questão gênero, no início do Programa, houve uma motivação para que as mulheres pertencessem à equipe, já que poderiam ter uma oportunidade de desenvolver um trabalho assalariado, mas principalmente de atuar junto às mulheres. O programa em sua origem priorizava as áreas de saúde da mulher e da criança, com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil, promovendo educação em saúde, abordando temas como aleitamento materno e desidratação. Muitas mulheres relatam que eram donas de casa e que ser ACS foi uma chance para trabalhar. O fato das mulheres estarem inseridas no PACS de Santos não foi com um objetivo previamente definido, pois as oportunidades foram oferecidas tanto à população feminina, como à população masculina. Hoje termos homens atuando como ACS com uma ótima aceitação da comunidade e com um novo olhar frente às diferenças.

Quanto à faixa etária predominante, 66% possuem entre 31 a 50 anos de idade. Porém temos 14% entre 51 e 60 anos e 16% entre 24 e 30 anos. Não foi constatado ACS com menos de 24 anos e com mais de 60 anos. (Fig.2)

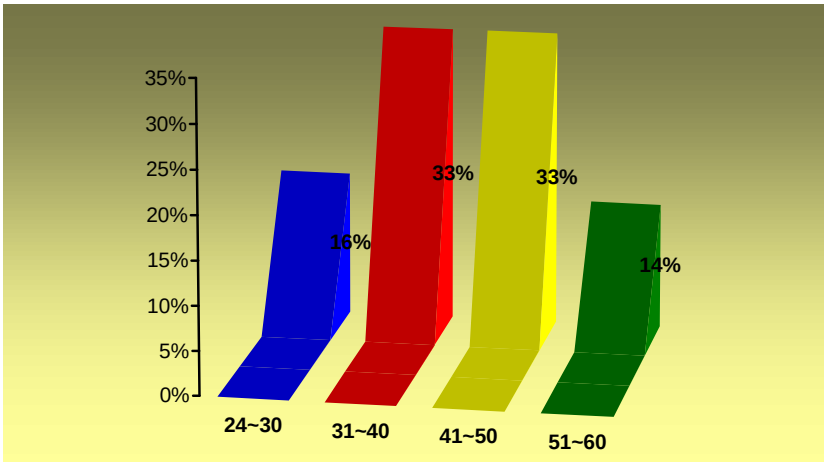


Figura 2 - Idade

Estes dados nos revelam que temos uma população de adultos jovem e economicamente ativa, mas que provavelmente tenham tido outras práticas / vivências profissionais e que ao vislumbrar a profissão de Agente Comunitário de Saúde, viram a oportunidade para iniciar ou reiniciar no mercado de trabalho.

Alguns ACS relatam que a faixa etária constitui um obstáculo para conseguir um emprego, e como o único requisito em relação à idade para ser ACS é ter no mínimo 18 anos, não tendo limite para idade máxima, surgiu a oportunidade de retornar ao mercado de trabalho. A ausência de ACS com faixa etária entre 18 e 23 anos é entendida como a não motivação dos jovens em fazer esse trabalho.

Em relação à escolaridade, 50% têm o ensino médio, porém encontramos 3,33% que sabem apenas ler e escrever. É importante também registrar que 10% possuem curso superior completo e 13% superior incompleto, totalizando 23% dos entrevistados. (Fig.3)

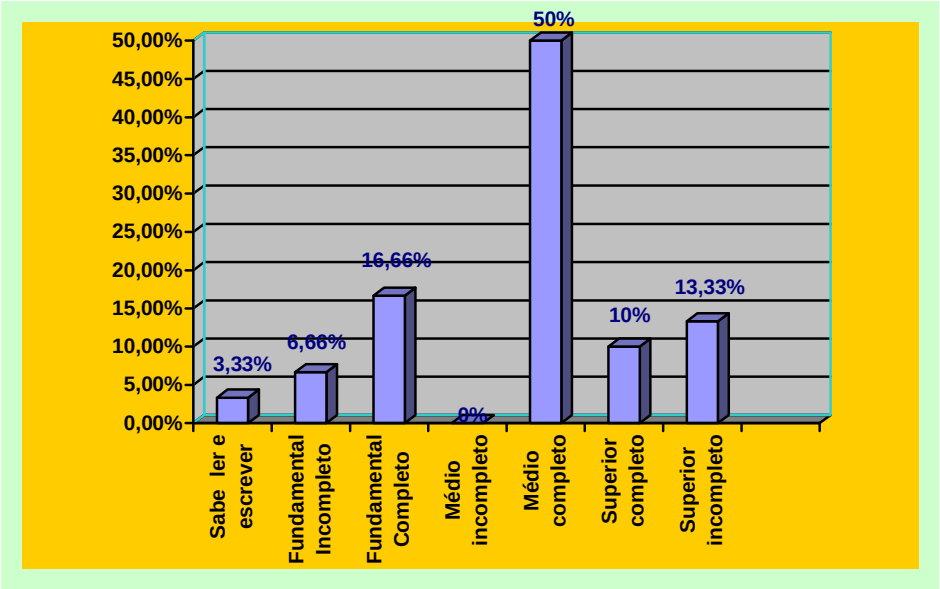


Figura 3 – Quanto à Escolaridade

As atribuições dos ACS vêm sendo ampliadas, tanto no campo técnico, como também no campo social e político. Se levarmos em consideração a complexidade que envolve o trabalho do ACS, podemos observar que a necessidade de uma educação de maior qualidade se faz necessária para que esse profissional da saúde tenha subsídios para o desenvolvimento de suas competências. Quanto maior o conhecimento, melhor qualificado estará o profissional para orientar as famílias sob sua responsabilidade. O fator do desemprego e a dificuldade de colocação no mercado profissional podem também ser relevantes ao analisarmos o fato de 23% ter cursado ou iniciado algum curso superior anteriormente e mesmo com uma profissão, não conseguiu seu espaço na sociedade, tendo a opção de ser um ACS para sua sobrevivência.

Na figura 4, identificamos o ano de conclusão do último curso realizado e identificamos que 30% concluíram entre 1970 -1985; 36% concluíram entre 1986 - 1996 e 23% entre 1997 -2003.

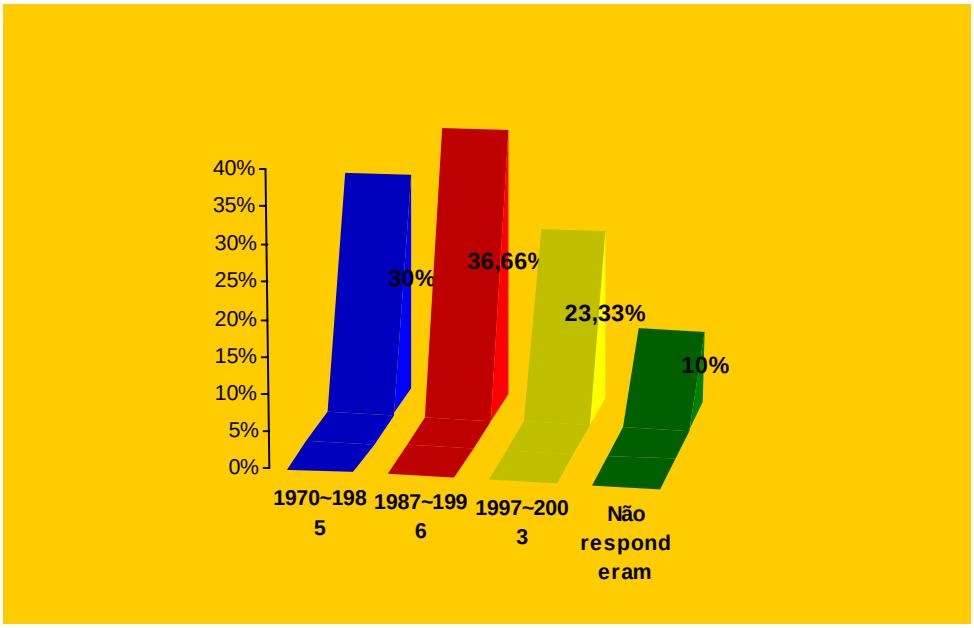


Figura 4 - Ano de conclusão do curso

Apesar dos ACS não freqüentarem a escola há mais de 4 anos é interessante observar que 93,33% dos ACS têm a pretensão de dar continuidade aos estudos. (Fig.5)

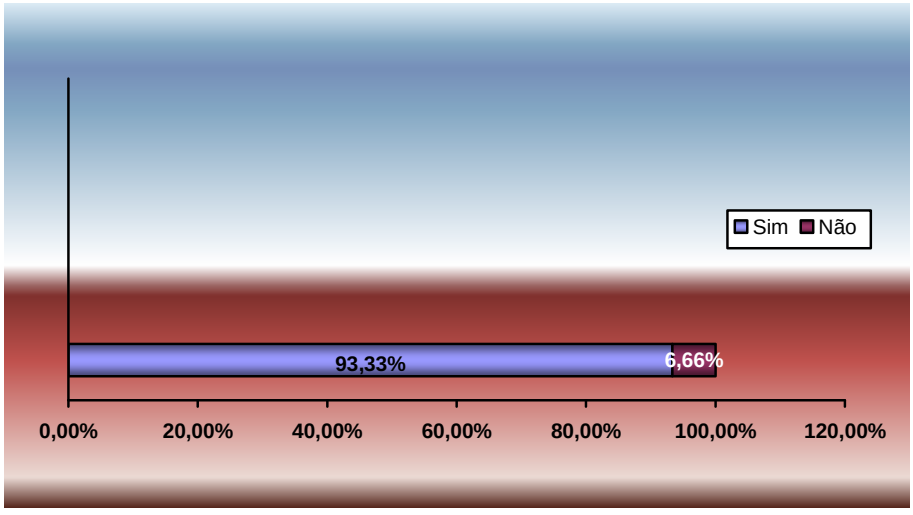


Figura 5 – Pretensão de dar continuidade aos estudos

Observamos que a totalidade dos entrevistados pretende retornar aos estudos, isso nos mostra que os ACS pretendem procurar alternativas em relação à profissão.

Acreditamos que a perspectiva de continuidade dos estudos está relacionada com a regulamentação da profissão, conferindo ao profissional de saúde importância e prestígio.

O reconhecimento da importância da continuidade aos estudos, demonstra que pode ajudar e melhorar a auto-estima do ACS e conseqüentemente poderá ajudá-lo na sua vida pessoal e profissional.

Nas necessidades de reciclagem no trabalho, destacaram como maiores demandas, o Curso de Capacitação de ACS (36,6%) e de Humanização no Trabalho (23,3%). (Fig.6).

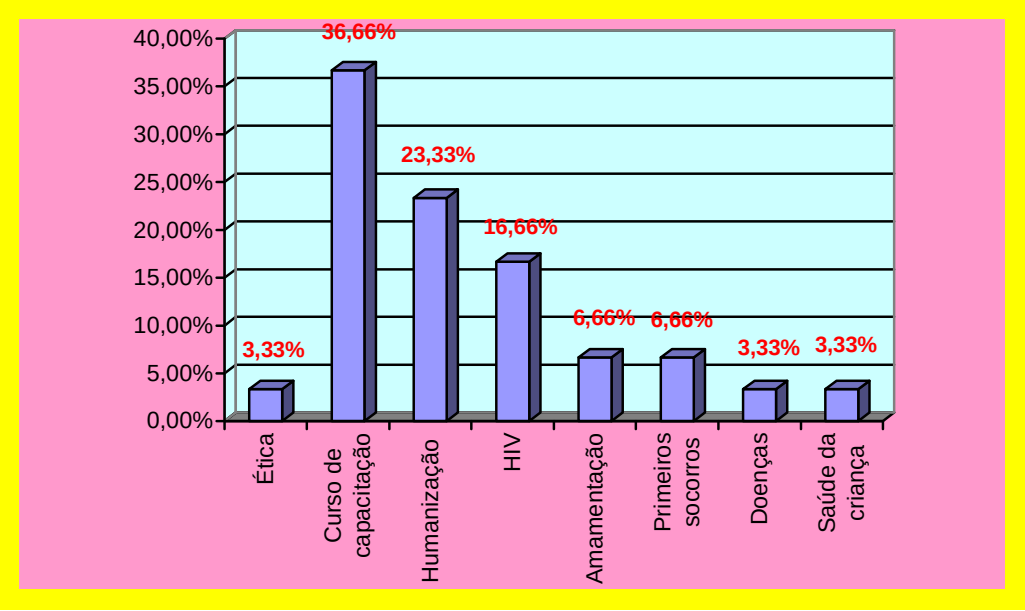


Figura 6 - Necessidade de reciclagem para o ACS

Durante a aplicação do questionário, os ACS referem que acreditam que é importante ter uma capacitação técnica, pois fornecem conhecimentos que irão dar qualidade no seu trabalho.

A educação permanente facilita o processo de identificação dos fatores de risco na área em que atuam, e assim o ACS pode agir com maior segurança e de forma mais ativa na promoção da saúde da comunidade, por meio de atividades educativas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Os cursos que relataram como mais motivantes para retornarem aos estudos foram os de Enfermagem (26,6%) e de Assistência Social (26,6%), ficando o de Psicologia com 10% da preferência. (Fig. 7)

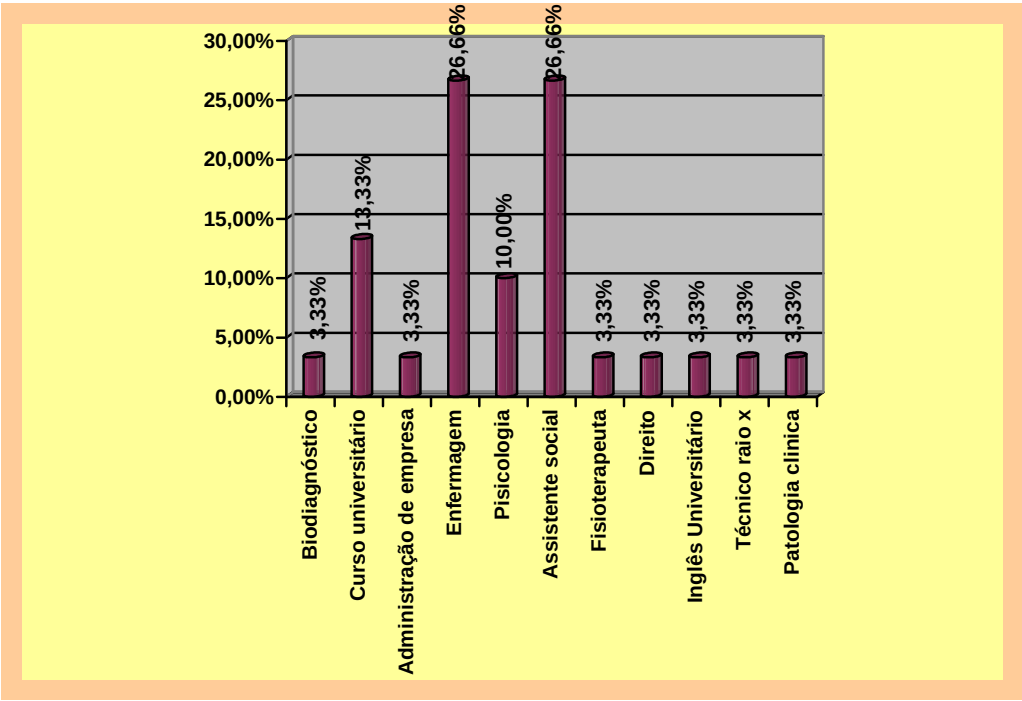


Figura 7 - Curso desejado

Esses depoimentos coincidem com estudos realizados por Silva (2001) que identificou que a profissionalização do ACS está ocorrendo em áreas que lidam com a

necessidade da população, como a área da enfermagem, da psicologia e da assistência social.

3.2 O Grupo Focal

Para aprofundar o estudo em pauta, optou-se pela constituição de um grupo focal para o qual foram selecionados aleatoriamente dez ACS, advindos do grupo inicial estudado, buscando conhecer o que gostariam de ver contemplado nos cursos de formação, de acordo com suas reais necessidades formativas.

O grupo focal foi utilizado para favorecer a interação entre os participantes e possibilitou a emergência de respostas ricas e interessantes, com apresentação de idéias novas e originais, em situações nas quais o pesquisador pode observar o debate, o que favoreceu a obtenção de conhecimento direto dos comportamentos, atitudes, linguagem e percepções do grupo.

Ressalta-se que foram prestados esclarecimentos aos Agentes Comunitários de Saúde a respeito das questões éticas norteadas pelo disposto na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo que os entrevistados assinaram um “Termo de Consentimento” relativo a sua participação voluntária (ver apêndice ao final deste trabalho)

No tratamento dos dados, utilizou-se a análise do discurso dos sujeitos, para processar o tratamento e a análise dos dados e construir as categorias de significado. Orlandi (1996, p.276) afirma que as palavras e os textos, do ponto de vista discursivo, “são partes de formação discursiva que, por sua vez, são parte de formação ideológica” uma vez que “não há discurso sem sujeito nem sujeito sem discurso”.

Para desencadear o debate no grupo focal, foi proposta pela pesquisadora a seguinte questão: O que você acha que deveria ser contemplada nos cursos de formação do ACS, de acordo com as reais necessidades de seu cotidiano de trabalho? para que surgissem as opiniões dos ACS frente a sua formação, favorecendo o trabalho com conteúdos vivos e significativos, articulados aos problemas da prática cotidiana, facilitando a busca de solução para os mesmos:

Acredito que há necessidade de que os cursos de formação sejam contextualizados com a realidade do mundo do trabalho, procurando formar um profissional com um perfil capaz de transitar em vários campos de sua área de atuação, procurando desenvolver competência geral pertinentes à sua prática.

> Considerando que a formação de um profissional (seja qual for a área em que atue) configura-se, sempre, como um processo contínuo, que deve acompanhar toda a sua trajetória, é indiscutível a necessidade de ações educacionais voltadas para o chamado processo de formação continuada. (MONTEIRO & GIOVANNI, 2004, p. 129).

É importante ressaltar que os ACS que se apresentavam eram provenientes de diversas faixas etárias, de trabalho, de escolaridade, de vivências, de práticas e de outras profissões anteriormente trabalhadas ou não, o que evidencia que sua formação deve levar em conta a diversidade de conhecimentos e experiências trazidas para a situação de trabalho.

> Nesse sentido, estamos entendendo que a educação é um processo de humanização; que ocorre na sociedade humana com a finalidade explícita de tornar os indivíduos participantes do processo civilizatório e responsáveis por levá-lo adiante. Enquanto prática social é realizada por todas as instituições da sociedade. (PIMENTA, 2000, p, 23)

Os entrevistados expressaram, nos enunciados, que os conteúdos sobre a atenção em situações de emergência, não são adequados ao seu desempenho como ACS em seu contexto de trabalho:

"( )*... porque nós sempre lidamos com pessoas acidentadas..porque nós vemos grandes números de acidentes..e não sabemos como fazer...*"

"( )... primeiros socorros, não sabemos o que fazer enquanto não chega a ambulância... ficamos perdidos. Que fosse dada a aula prática, no dia a dia, uma situação real pra discutir. Com a prática é diferente, não é papel para ficar na gaveta".

"( )...tem que levar pro lado da prática, a gente tem muito mais aula teórica do que prática. Assim, é muito importante você sabe responder, por que você vai saber orientar melhor se você já tiver vivido na prática".

"( )... Muito papel pra pouca prática. Tem muita teoria, mas tem falha na prática, ficamos muito no papel. Para ser melhor ACS deveria unir a teoria à prática".

"( )... ninguém agüenta mais falar no SUS, mas ninguém pensa nisso. O problema é que os cursos vêm prontos, são eixos que muitas vezes a gente vai engolindo ou engavetando".

A possibilidade de promover, sempre que possível atividade prática é fundamental para a formação continuada do ACS. É nesse momento que os

fundamentos teóricos podem ser retomados, vivenciando-se um processo que poderá ser realizado pelo ACS.

> Em outro nível, os saberes da experiência são também aqueles que os professores produzem no seu cotidiano docente, num processo permanente de reflexão sobre sua prática, mediatizada pela de outrem – seus colegas de trabalho, os textos produzidos por outros educadores. (PIMENTA, 2000, p. 20).

As práticas de formação contínua deveriam assumir, sem dúvida, uma posição de prioritária nas relações de discussões relativas à educação, para uma perspectiva transformadora e inovadora. Segundo Weffort (1994, p.6), “o desafio de formar, informando e resgatando, num processo de acompanhamento permanente, um educador que teça seu fio, para apropriação de sua história, pensamento, teoria e prática”.

Podemos observar, através das revelações dos ACS que, para aproximá-los do mundo do trabalho, é necessário que tenham a oportunidade de discutir a prática, em situações que possibilitem estabelecer estreita e contínua relação entre prática-teoria-prática, “uma vez que a teoria não exclui a prática e a prática não exclui a teoria na atividade social dos homens” (VEIGA, 1996, p.183).

È necessário captar e refletir que a diversidade de saberes demandada pelo mundo do trabalho, exige uma formação mais ampla, em que a formação técnica e ética adquirida sejam compatíveis com as demandas do próprio trabalho.

> Os saberes da experiência fundamentam-se no trabalho cotidiano e no conhecimento de seu meio. São saberes que brotam da experiência e são por ela validados. Incorporam-se à vivência individual e coletiva sob a forma de habitus e de habilidades, de saber fazer e de saber ser. (CANDAU, 2003, p. 146)

A formação continuada deveria ter um momento de reflexão com os seus pares, discutindo seus pontos de vista, suas análises e discutidos com os outros profissionais de saúde que compõem as equipes do PACS.

> Os fundamentos do enraízamento da prática educativa mudaram radicalmente *de* um processo de tomada de decisão aprisionado entre alternativas que se apresentavam racionalmente dispostas, e dentre as quais caberia ao professor escolher, para uma prática que requer soluções que se abrem ao debate pela exigência da qualidade da ação mesma, em face da atualidade do que se mostra. (MARTINS, 2002, p. 107)

Acreditamos que novos elementos poderiam surgir. Outras experiências, outro contexto, outras crenças e concepções seriam acrescentadas à reflexão individual e com isso existirá um enriquecimento sobre essa formação.

A possibilidade de trocas de experiências se dá de uma forma mais significativa, outras interpretações, outros pontos de vista. Muito dos cursos que preparam para o exercício profissional aos ACS tem sido fundamental, mas a capacitação constante se faz necessária, porém são de fundamental importância que se revejam suas teorias a partir da realidade da comunidade.

> [...], não há formação/prática definitivas: há, sim, um processo de criação constante e infindável, necessariamente refletido, reorientado, reavaliado, uma vez que a dialética é, fundamentalmente, inquisidora. Nessa direção, mobiliza a mudança do ser, de seu saber-fazer, do contexto onde se situa o ser e onde se gera o saber-fazer, à medida que aceita a provisoriedade [...]. (PORTO, Y., 2004, p. 18).

Essa análise é reforçada por outro enunciado:

“( )... a integração com outros serviços não é discutida”.

“( )... os cursos desses anos todos poderiam ter tido contato com outras áreas que tem ACS”.

“( )... Conhecer os equipamentos da rede pública e não somente saber que existem, mas ir até o local, conhecer efetivamente. Se tivéssemos aprendido dessa maneira, antes, desde o começo do Programa, hoje estaríamos mais preparados. Quando a gente vê, conhece no local, a gente aprende mais”.

Nesse entendimento, amplia-se, cada vez mais a proposta de formação de um profissional reflexivo, ou seja, aquele que reflete na ação, perguntando e perguntando-se sobre as práticas. A formação continuada deve ser capaz de reconhecer, nos processos educativos, um emaranhado de relações e de considerar o aprender, o ensinar, o espaço onde este ocorre, os atores envolvidos, como também a finalidade do trabalho do ACS que é o cuidar. Portanto, importa em ter que aprender a fazer diferente, ou seja, em re-aprender: estar aberto, acessível e flexível a esse aprendizado que é dinâmico, não linear e muitas vezes contraditório; buscar mais uma vez a ruptura do instituído; romper com a alienação, através da preocupação coletiva com os diversos fazeres, o que leva a reconhecer a necessidade de cooperação e complementaridade dos diversos trabalhos com seus saberes e fazeres específicos. Isto significa caminhar em busca de uma maior horizontalidade das práticas e responsabilização da equipe do PACS.

> Ao longo dos anos, a palavra dialética tem perdido sua precisão denotativa, ao mesmo tempo em que vem-se fortalecendo seu valor conotativo. [...]. Desse modo, a dialética supõe um repensar, um recompor, um refazer permanentes, tanto no plano da teoria quanto no da prática, ao mesmo indissociáveis e dialogais, [...]. (PORTO, Y., 2004, p.16-17)

No fazer do ACS existe um conjunto de situações, para o qual a área da saúde ainda não conseguiu desenvolver um saber sistematizado. Desse modo, afirma-se que na sistematização do saber do ACS, a partir do cotidiano do seu trabalho, é imprescindível que haja momentos de troca de saberes e práticas, de acolhimento, e, essencialmente, momentos de construção coletiva dessas possibilidades.

> Ao nos referirmos à formação, temos em vista um processo por meio do qual o professor reflete, estuda debate, discute sua prática, desvelando as teorias que a informam e buscando transforma-la (ABRAMOWICZ, 2002, p.85).

Essa situação fica até mais evidenciada quando relatam:

"( )... nós não fomos perguntados sobre o que precisamos estudar aprender. É, ninguém pergunta nada, só vai jogando"

"( )*... o cotidiano é essa correria, que a gente tem... no início você acha para quê isso, para quê aquilo, mais assim, depois que você vai à comunidade você vê, que tem que ter jogo de cintura... o Agente tem que estar preparado... é um todo, porque você vê de tudo um pouquinho...eu vejo pessoas que estão com mais prática, mas para isso eu tenho que mostrar que eu sei...*"

Estes depoimentos levam-nos a questionar, como Candau (2003),

> Que concepção de formação continuada está presente nesta perspectiva? Ela não está informada por uma visão em que se afirma que à universidade corresponde a produção do conhecimento e aos profissionais do ensino de primeiro e segundo graus, a sua aplicação, socialização e transposição didática? É esta perspectiva que queremos reforçar na área de educação em geral e especialmente na área do ensino? Se o conhecimento é um processo contínuo de construção, desconstrução e reconstrução, esses processos também não se dão na prática pedagógica cotidiana reflexiva e crítica? Por trás dessa visão considerada clássica, não está ainda muito presente uma concepção dicotômica entre a teoria e prática, entre os que produzem conhecimento e o estão continuamente atualizando e os agentes sociais responsáveis pela socialização destes conhecimentos? (p. 142).

Outro aspecto revelado nos enunciados é que o conhecimento da comunidade pelo ACS, evidencia também a deficiência dos recursos utilizados durante sua formação.

“( )... sei, eu tenho um exemplo, quando tivemos curso na zoonoses, eles perguntaram para nós o que queríamos aprender naquela palestra e isso foi muito bom. Nós levamos os problemas e eles nos ensinaram como resolver.”

“( )... os materiais, os textos, fornecidos não são a realidade do município. Acho que tem que ter material para fazer boa orientação”.

“São textos jogados, muitas vezes não entendo o que eles têm a ver com o meu trabalho...”.

“No papel é tudo bonito. Você que está na comunidade vê que a realidade é outra. Quem faz esses cursos tinha que vir até a comunidade conhecer o povo que a gente trabalha”.

Os ACS têm motivações e interesses muitas vezes distantes daqueles a que aspiram aos seus formadores, e difere em muito da realidade idealizada pelos profissionais.

> ( )...na compreensão de que formação continuada de professores e práticas pedagógicas não pode ser pensadas de forma dissociada: torna-se necessário questionar, avaliar, ressignificar a relação formação/prática. (PORTO, Y. 2004, p, 12)

Acreditamos que o distanciamento dos formadores em relação à realidade vivida pelo ACS dificulta a possibilidade de uma formação continuada bem sucedida.

É importante destacar que os meios de ensino utilizados pelos profissionais que ministram cursos para os ACS deveriam trabalhar com a interdisciplinaridade, onde os conteúdos dependessem um do outro, para que não houvesse a fragmentação do conhecimento, constituindo uma aproximação à sua realidade de vida e de trabalho.

Outra reflexão acerca dos meios de ensino é que esses, também, fossem instrumentos que facilitassem o interesse dos ACS, a sua colaboração e o seu gosto pelo estudo.

> A formação não se conclui; cada momento abre possibilidades para novos momentos de formação, assumindo um caráter de recomeço/renovação/inovação da realidade pessoal e profissional, tornando-se a prática, então, a mediadora da produção do conhecimento

> ancorado/mobilizado na experiência de vida do professor e em sua identidade, construindo-se, a partir desse entendimento, uma prática interativa e dialógica entre o individual e o coletivo. (PORTO, Y. 2004, p. 14)

Mas também há de se destacar que os discursos permitem evidenciar, também, que a formação dos aspectos éticos, explicitando valores e atitudes, foi contemplada no decorrer dos cursos, conforme expressam os enunciados:

"( )... a satisfação de você ter o curso, você ter capacidade e a responsabilidade...então esses cursos preparam você para saber separar uma coisa da outra. Eu era dona de casa, jamais pensei que fosse me tornar uma agente comunitária de saúde, amo o que estou fazendo, vivo muitas experiências, aprendi muita coisa, a me humanizar mais, para mim poder ter uma relação com os outros".

Há um outro enunciado que mostra que o Agente Comunitário de Saúde percebe o movimento ocorrido entre um período que exercia suas funções no trabalho sem qualificação profissional e o novo período, em que exerce essas mesmas funções, após realizar alguns cursos de formação continuada:

"( )... eu acho que a gente evoluiu com o tempo, eu estou comparando com hoje, porque naquela época eu não tinha nenhum preparo para atender a população. Só acho que deveriam ouvir o que a gente quer aprender, porque todo ano é o mesmo curso, mas que muita coisa mudou em mim, disso eu tenho certeza..."

“( )...queria conversar sobre a minha formação, muita coisa mudou, tenho algumas dificuldades, mas acho que posso melhorar.”

Podemos concluir que os profissionais que integraram esta investigação compreendem a própria formação

> (...) como processo organizado e intencional, que corresponde a um aspecto particular e parcelar de um processo contínuo e multiforme de socialização, que coincide com a trajetória profissional de cada um. Nesta perspectiva, a produção (e a mudança) das práticas profissionais remete fundamentalmente, para o processo de socialização profissional vivido nos contextos de trabalho onde coincidem no espaço e no tempo, uma dinâmica formativa e um processo de construção identidária”. (CANÁRIO, 2004, pp. 83-84).

Perceber as etapas, as dificuldades e as possibilidades envolvidas no processo de formação continuada, pode representar a oportunidade de discutir sobre alguns cuidados a serem tomados no trabalho com o ACS.

É no momento de refletir sobre o novo fazer que novas sínteses de conhecimento acerca do próprio trabalho tornam-se possíveis e expressas, individual ou coletivamente pelos ACS.

> O importante [...] é reconhecer que se trata de um processo heterogêneo. Tomar consciência de que as necessidades, os problemas, as buscas não são as mesmas nos diferentes momentos de seu exercício profissional, e que muitos dos esquemas de formação continuada ignoram esse fato. (CANDAU, 2003, p. 149)

Novas necessidades de conhecimento e formação surgem, restaurando o ciclo de movimentos que caracteriza um processo de formação continuada**.** Os comportamentos dos ACS frente aos novos conhecimentos e informações constituem

outro ponto relevante que deve ser considerado por parte dos formadores. É preciso compromisso na forma de conduzir o processo de formação continuada.

> Trata-se de um processo extremamente ativo, mobilizador e instigante, certamente não concluído... [...], alguns questionamentos [...]. (CANDAU, 2003, p.151)

A Formação continuada deve atender as necessidades de apropriação do conhecimento, de significação e que implique em resultados positivos na atuação do ACS. A educação é à base de toda a formação humana. Investir na formação continuada é situação emergente para a solução dos graves problemas pedagógicos e sociais que afligem a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendia-se com esta investigação conhecer o que pensam os Agentes Comunitários de Saúde de bairros portuários sobre a formação continuada que lhes vem sendo oferecida e que necessidades formativas gostariam de ver contempladas nestes processos. Ao final deste estudo foi possível constatar que os ACS têm recebido uma formação continuada de cunho teórico e que a prática cotidiana não tem sido levada em consideração. Ou seja, a formação continuada oferecida a esses profissionais orienta-se pela lógica de que a teoria precede a prática e as aulas ficam teóricas, distantes das demandas que se apresentam para estes profissionais no dia a dia de trabalho.

Considerando que a formação de um profissional deve ser realizada num processo contínuo, é importante salientar a necessidade de ações voltadas para o chamado processo de formação continuada.

No caso da formação continuada dos Agentes Comunitários de Saúde, as modalidades de efetivação dessas ações apresentam-se, geralmente, em forma de palestras, oficinas, encontros rápidos e cursos de curta duração.

O modo de desencadear e dar continuidade às ações educacionais e a metodologia que é utilizada nessas ações são alvo de reflexão nesse estudo. O fortalecimento da rede de Agentes Comunitários de Saúde exige um processo de formação específica e continuada. É necessário garantir uma formação integral e em

diversas áreas, sempre com foco nas práticas cotidianas dos agentes. O ACS é um educador e sua formação deve orientar-se por princípios e procedimentos pedagógicos.

Um aspecto fundamental na metodologia de trabalho deveria referir-se à atitude de respeito aos saberes dos ACS no processo de educação continuada, valorizando-os e acreditando que a troca de conhecimentos enriquece o processo formativo.

Atualmente, a prestação de serviços em saúde, mais do que atender casos individuais volta-se para a saúde da comunidade, enfocando a prevenção e a promoção da saúde. Este enfoque requer dos profissionais uma formação geral que lhes permita lhe dar com os problemas cotidianos e não isolado da realidade em que vive.

> Diferentemente dos conhecimentos universitários, os saberes profissionais não são construídos e utilizados em função de seu potencial de transferência e de generalização; eles estão encravados, embutidos, encerrados em uma situação de trabalho à qual devem atender (TARDIFF, 2003, p.266).

A formação continuada dos ACSs é desenvolvida por profissionais técnicos (enfermeiro, assistente social, psicólogos, médico), que nem sempre tiveram formação pedagógica. Este fato resulta, muitas vezes em estratégias de ensino não são adequadas e eficazes. Isso gera uma demanda por preparação de profissionais para a realização da formação do ACS. Os conteúdos são planejados previamente pelo profissional técnico que irá ministrar a capacitação, muitas vezes sem ter a vivência sobre o Programa e distante da realidade experimentada pelo ACS. Isso dificulta a interação do profissional com o ACS e, conseqüentemente, o aprendizado.

Deste modo, o ACS recebe formação específica teórica sobre determinados assuntos, mas sente-se inapto para incorpora-los ao seu cotidiano de trabalho, pois a aprendizagem não foi aliada à prática e seus conhecimentos ficaram somente na teoria.

Outro problema também a enfrentar é que as equipes de PACS têm alteração em seu quadro de ACS periodicamente e os novos profissionais admitidos passam a necessitar de capacitação de um dia para o outro. Mas nem sempre isso acontece, por não haver tais cursos nesse momento. Dessa forma alguns ACS iniciam seu trabalho sem o treinamento introdutório, sendo realizado quando o treinamento for oferecido.

Essas formas de conduzir a formação continuada muitas vezes não motivam os ACS para o desempenho profissional. É importante ressaltar de que os ACS possuem concepções sobre o próprio trabalho, são capazes de realizar reflexões sobre a prática e as condições nas quais ela se insere. Tardif afirma que o "trabalho não é primeiro um objeto que se olha, mas uma atividade que se faz" (*2003, p.257).* O autor ressalta ainda que "este enfoque considera que o profissional, sua prática e seus saberes não são entidades separadas, mas 'co-pertencem' a uma situação do trabalho na qual 'co-evoluem e se transformam" *(2003, p.257).*

Nessa perspectiva, procura-se questionar como deveria ser a formação continuada do ACS. A necessidade de uma formação continuada dos ACS é indiscutível, mas deveria-se buscar a aprendizagem a partir da problematização da prática, dos problemas e necessidades trazidos pelos próprios ACS.

As práticas podem romper com um saber produzido fora da profissão se "a formação continuada passa a adotar, como referências, as dimensões coletivas das práticas, contribuindo para a emancipação profissional e na produção de seus saberes e valores" (Nóvoa, 1991, p.25). Torna-se relevante afirmar que a prática de um Agente

Comunitário de Saúde, tecnicamente competente e socialmente comprometida, somada a outros componentes – políticos, administrativos, dentre outros – favorece um atendimento com qualidade, como processo de pensar-fazer.

Tomaz (2002, p. 75) refere que quando queremos discutir o processo de formação e qualificação dos recursos humanos devemos levar em conta a identificação do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e ainda procurar quais as competências devem ser desenvolvidas junto aos participantes.

A formação continuada do ACS esbarra em inúmeros limites. Dentre eles os limites pessoais, mas também os limites do processo formador. A formação continuada é sem dúvida necessária, porém os ACS em suas falas sugerem que tem sido insuficiente para dar suporte ao trabalho desenvolvido. Isto nos faz analisar que é necessária uma melhor discussão sobre o assunto.

Para que as ações de ensino presentes na formação continuada e para que as aprendizagens delas resultantes se efetivem, é preciso que haja, tanto por parte dos formadores responsáveis o pelo processo quanto por parte dos ACS, a percepção e a consciência da intencionalidade de que se revestem tais situações. É preciso compromisso com os esforços e movimentos exigidos pelas situações de ensinar e aprender.

Sendo assim, cabe ouvir o ACS sobre a sua formação continuada, visualizando -o como ator participativo do processo educacional, gerando atitudes e procedimentos novos frente aos limites encontrados, de modo que novas possibilidades e perspectivas surjam para o alcance dos objetivos da formação.

Também é importante ressaltar que para serem organizados e realizados os processos formativos em serviço, deveriam primeiramente, implementar políticas de

educação continuada em saúde, visando o desenvolvimento de perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, pela problematização da prática, considerando inovações no processo de trabalho, não só pela qualificação técnica, mas também pedagógica, gerencial, humanística, ética e política.

É necessário entender o cotidiano como fonte de produção de conhecimentos e tecnologias para a prática, possibilitando que a formação e o desenvolvimento estejam permanentemente integrados ao processo institucional do trabalho.

Enfim, deve-se garantir a educação continuada dos Agentes Comunitários de Saúde, garantir a utilização de uma pedagogia crítica na educação dos profissionais para que a formação do trabalhador de saúde seja voltada à construção de uma visão critica da realidade e de suas reais necessidades.

A problematização das situações constitui a chave para o desenvolvimento de modalidades de formação. A valorização da experiência conduz a valorizar também, a heterogeneidade dos processos formativos. Assim, as interações coletivas, a história da organização, as situações vividas constituem recursos fundamentais para a formação.

Entendemos que, para iniciar o processo de trabalho no PACS, o profissional necessita de um apoio conceitual e técnico mais abrangente, pois não podemos esquecer que alguns ACS possuem limitações em relação à aprendizagem e nem todos tiveram a oportunidade de ter um estudo mais atualizado e aprofundado. No estudo realizado, a heterogeneidade dos ACS é evidenciada, muitos estão em diferentes momentos de sua trajetória profissional, com histórias de vida pessoal e de formação escolar e profissional também diferenciada, histórias essas que podem ou não lhes propiciar a sensibilização e as condições para vivenciar os processos de ensino e aprendizagem próprios das situações de formação continuada.

A aprendizagem do ser humano e o desenvolvimento de novas habilidades é um processo que ocorre durante toda a vida, de maneira dinâmica. Independente da formação de ACS estar relacionada à profissionalização devem abordar principalmente “conteúdos significativos”, que são aqueles que os ACS realmente sentem necessidade e estão motivados em aprender, centralizado em problemas reais e com aplicabilidade prática, apresentados em ambiente informal e através de métodos, recursos e estratégias de ensino variadas.

Entendemos a educação continuada como um processo, cujo objetivo é melhorar a ação individual e conjunta, de trabalho em equipe, a partir das trocas de experiências profissionais de cada qual. Tal troca deverá estar baseada na reflexão crítica e avaliação das ações cotidianas. No entanto, a formação em serviço deveria realizar-se na discussão sobre o trabalho em geral e sobre os problemas específicos relacionados ao trabalho ou mesmo sobre aspectos técnico-científicos advindos do trabalho cotidiano. Por isso não deveria ser como temos vivenciado. A formação em serviço está sendo realizada em sessões de atualização, periódicas, com conteúdos diversos, mas nem sempre associados à real necessidade do trabalho do ACS. Não é perguntado ao ACS o que ele quer, o que necessita aprender para que a constatação do vivido norteasse a busca de soluções mais adequadas à prática cotidiana. Acredito que só assim poderemos construir o saber de todos e transformar a realidade.

Um programa de educação continuada que responda às reais necessidades desses profissionais, com maior potencial de viabilizar mudanças na formação dos Agentes Comunitários de Saúde deveria estar voltado para a atuação sobre as práticas de saúde, articulando o mundo do ensino ao mundo do trabalho, numa visão integral dos problemas de saúde da população brasileira. A construção da formação continuada

do ACS também se faz de forma cotidiana, pois além de ser profissional, é também membro integrante da comunidade em que atua, usuário do serviço que presta a essa população.

Um outro aspecto fundamental refere-se à valorização e incorporação dos saberes dos ACS no processo de educação continuada, o saber experencial, como denomina Tardif (2003, p.48):

> ( )... os saberes adquiridos através da experiência profissional constituem os fundamentos da competência. È a partir deles que se pode julgar a formação anterior ou a formação ao longo da carreira. É igualmente a partir deles que julgam a pertinência ou o realismo das reformas introduzidas nos programas ou nos métodos. Enfim, é ainda a partir dos saberes experenciais que se pode conceber os modelos de excelência profissional dentro de sua profissão.

A heterogeneidade dos grupos com que se trabalha, constituído por profissionais com histórias de vida pessoal e de formação escolar e profissional diferenciadas, pode constituir-se em fator também importante se incorporado aos processos de ensino aprendizagem próprios da formação continuada.

A metodologia a ser utilizada deve possibilitar reflexões sobre a própria prática e as condições nas quais ela se insere buscando reconhecer e transformar as condições nas quais se manifesta.

Um novo conceito de profissionalidade e de formação do ACS, baseado em conceitos como cooperação, partilha entre pares, autonomia profissional, deve ser a forma de conduzir o processo de formação continuada, procurando superar a dicotomização entre teoria-prática, articulando, sistematicamente, fundamentos e atividades do cotidiano dos ACS.

Nessa articulação, são consideradas e afirmadas as experiências e histórias pelas quais os ACS atribuem sentido às suas práticas. Os conceitos são aprendidos em meio às diferenças e ao diálogo com as experiências do outro e com a teoria.

A formação continuada contribui para a satisfação profissional e pessoal do ACS, que tem buscado um crescimento humano e profissional na construção da sua identidade. Refletir sobre essa identidade profissional, do modo de relacionar com o conhecimento, com a cultura, com a população, com os seus pares, receptivo às diferenças, faz-se necessário.

A maior parte das falas dos agentes, no grupo foca,l permitiu perceber que a concepção de educação em saúde que permeia o trabalho é aquela pautada na transmissão de informações e de receitas para se adquirir saúde. Conseqüentemente, uma freqüência menor de discursos explicitou a concepção de educação em saúde como resultado de uma construção pautada no respeito aos conhecimentos e experiências dos usuários, considerando seus saberes e percepções a respeito de sua saúde.

Dessa forma, os agentes sentem-se impotentes ao tomar para si a responsabilidade de atender todas as demandas da comunidade. Sem saber como realizar o enfrentamento dessa situação, os ACS lançam mão de estratégias de convencimento que condicionem a população a seguir suas orientações.

Foi possível encontrar vários relatos do ACS em relação à sua formação. A principal questão levantada é a de que mesmo priorizando a prevenção e a promoção da saúde, existem necessidades imediatas da população que precisam ser satisfeitas. No que se refere à formação do ACS, é necessário definir as principais diretrizes na prática. O que se evidencia através desta análise é que a formação deve considerar os

conceitos de saúde, conceitos estes que possibilitem estruturar a formação dos ACS na perspectiva do papel mediador entre a população e os serviços de saúde e entre diferentes saberes. O ACS necessita de formação contínua adequada e voltada para as realidades locais, que valorize a organização e o desenvolvimento da comunidade. Durante toda a formação, esses aspectos fundamentais devem ser perseguidos, certificando-se que cada ACS entendeu como manusear os instrumentos didáticos e os seus conteúdos, com base em ocorrências da prática, particularmente na elaboração de diagnósticos de saúde de melhor qualidade e maior confiabilidade, que resultariam num planejamento mais realista para uma comunidade.

O trabalho dos ACS pode ir além das atribuições básicas designadas pelo Ministério da Saúde, como, por exemplo, assumir a condução de atividades coletivas voltadas para a educação em saúde.

Ressaltamos a importância desse personagem no contexto da nova política de atenção à saúde e a necessidade de capacitá-los para, cada vez mais, torná-los profissionais com potencial de mudanças no que diz respeito às ações e políticas voltadas para a comunidade. Nesse sentido, investir na formação dos ACS para atuar coletivamente junto à população, além de estratégico, pensando a garantia de interlocução com a comunidade, é frutífero, pensando e assistindo ao empenho e motivação revelada pelos mesmos na construção de seu papel como educador. Assim, a formação desses profissionais pode ser considerada como capaz de possibilitar mais respostas às necessidades de saúde dos usuários.

Quando se pretende discutir processo de formação do ACS é fundamental termos clareza de três aspectos: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades

de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional.

Desse modo, a complexidade e a dimensão dos desafios colocados para o processo de formação e qualificação do ACS estão intrinsecamente ligadas. No entanto, deve-se realizar a implantação de formas mais abrangentes e organizadas de formação e capacitação dos ACS.

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

Os programas educacionais devem ser elaborados e baseados no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos.

A formação continuada dos ACS deveria ocorrer de modo a favorecer a compreensão da realidade em todas as suas dimensões e que levem à construção de uma prática mais integral, à medida que define um novo papel para esse trabalhador.

É preciso perceber que a visão fragmentada, existente nos processos educativos, contribui para tornar a fragmentação um componente bastante presente no cotidiano. O caráter inovador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde evidencia uma série de desafios com características diversas. Com certeza, um desses desafios relaciona-se à necessidade de se definir o perfil de competências necessário dos profissionais ACS nele inseridos, bem como aos seus processos de formação de educação continuada e permanente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Wilma Therezinha Fernandes de. **O discurso do Progresso: a evolução urbana de Santos 1870-1930.** Tese de doutoramento (História Social) - Universidade de São Paulo, 1989.

BAUDOIN, Thierry**.** A cidade portuária na mundialização. In: **Cidades e portos: os espaços da globalização.** Gerardo Silva e Giuseppe Cocco (Orgs). Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é Educação.** São Paulo: Brasiliense, 2003.

BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Treinamento Introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde; (Cadernos de Atenção Básica 2), 2000.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde; (Cadernos de Atenção Básica 3), 2000.

____.Ministério da Educação. **Educação Profissional – Legislação Básica**. Brasília, 2001.

____. Ministério da Educação. **Educação Profissional – Referências Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico**. Brasília, 2001.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da Família: relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde/Publicações Eletrônica; 2002.

____b. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

____. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de set. 1990.

____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.886/97.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 1997.

CANÁRIO, Rui. A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA DOS CENTROS DE FORMAÇÃO DAS ASSO-CIAÇÕES DE ESCOLAS. In: MARIN, Alda Junqueira (org). **Educação Continuada.** 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 2004. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

CANDAU, Vera Maria Ferrão. **Formação** Continuada de Professores: Tendências atuais. In: REALI & MIZUKAMI (orgs.). **Formação de Professores.** São Carlos, EDUFSCAR, 2003.

DRAIBE, Sônia M. e AURELIANO, Liana. (1989) “As especificidades do Welfare State Brasileiro”. In: **A Política Social em Tempo de Crise: Articulação Institucional e Descentralização.** Brasília, Ministério da Previdência e Assistência Social/CEPAL, vol I.

DUBET, François*.* **As desigualdades multiplicadas***.* Tradução Sérgio Miola. Ijuí: Ed. Unijuí, 2003.

FAUSTO, Boris. **Trabalho urbano e conflito industrial**. São Paulo, Difel. 2000.

FREIRE, Paulo. Educação e participação comunitária. In: CASTELLS, M. et all. **Novas Perspectivas Críticas em Educação**. Porto alegre: Artes Médicas, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 37 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GADOTTI, Moacir. **Cidade Educadora.** São Paulo: Ed. Cortez: Instituto Paulo Freire, 2004.

GOHN, Maria da Glória. **O Protagonismo da Sociedade Civil.** São Paulo: Ed. Cortez, 2005.

LEVCOVITZ, Eduardo. (1997) **Transição x Consolidação: O Dilema Estratégico da Construção do SUS. Um Estudo sobre as Reformas da Política Nacional da Saúde – 1974/1996.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, UERJ/IMS.

LOPES, Betralda. **O Porto de Santos e a Febre Amarela**. Dissertação de Mestrado Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, São Paulo, 1974.

MACEDO, Donaldo. **Alfabetização: leitura do mundo, leitura da palavra**. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

MARIN, Alda Junqueira (org). **Educação Continuada: Reflexões, alternativas** Campinas-SP: Ed. Papirus, 2000.

_____, Alda Junqueira (org). **Educação Continuada**. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 2004. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

MARTINS, Maria Anita. Compreendendo a ação docente, superando resistências. In: SEVERINO, Antônio Joaquim & FAZENDA, Ivani C. A. Fazenda (Orgs.). **Formação docente: Rupturas e possibilidades.** Campinas, SP: Papirus, 2002. (Série Cidade Educativa v. 2)

MÉDICI, André C. (1996) "Descentralização e Gastos de Saúde no Brasil". In: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva (orgs.). **Descentralização e Políticas Sociais**, São Paulo, FUNDAP/Editora Unesp.

MISOCZKY, Maria C.; BORDIN, Ronaldo. **Gestão local em Saúde: Práticas e Reflexões***.* Editora Da Casa, 2004.

MONTEIRO & GIOVANNI. Formação Continuada de Professores: O desafio Metodológico. In**:** REALI & MIZUKAMI (orgs.). **Formação de Professores**. São Carlos, EDUFSCAR, 2003.

NEGRI, Antonio; HARDT, Michael. **Império***.* Tradução Berilo Vargas. Rio de Janeiro, Record, 6ª ed., 2000.

NÓVOA, António e Schriewer, Jürgen (orgs.) **A difusão mundial da escola**. Texto publicado em Currículo sem Fronteiras, Lisboa: Educa, 2000.

ORLANDI, Eni. **Interpretação - autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. Petrópolis, Vozes, 1996.

PAROLIN, Isabel*.* **Professores formadores: a relação entre a família, a escola e a aprendizagem.** Curitiba: Positivo, 2005.

PEREIRA, Maria Aparecida F. *História* **de Vida: Uma abordagem Emancipatória Aliando Pesquisa e Formação do Professor Reflexivo** (on line). Disponível em http://www.educacaoonline.pro.br/art.historia-de-vida . Acesso em 13/04/2006.

PESSOA, Fernando. **Mensagem: Livro do Professor.** São Paulo: FTD, 1992.

PIMENTA, Selma Garrido (org.). 2. ed. Saberes pedagógicos e atividade docente. São Paulo: Cortez, 2000.

PLASTINO, Carlos Alberto. A crise dos paradigmas e a crise do conceito de paradigma. *In:* **A crise dos paradigmas e a educação.** Zaia Brandão (org.). São Paulo, SP: Cortez Editora. 1996.

PORTO, Yeda da Silva. Formação Continuada: A prática Pedagógica recorrente. In: . MARIN, Alda Junqueira (org). **Educação Continuada.** 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 2004. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

PRATA, Ranulpho. **Navios Iluminados***.* São Paulo: Scrita, 1996.

REALI & MIZUKAMI (orgs.). **Formação de Professores**. São Carlos, Ed. UFSCar, 2003.

RODRIGUES, Neidson. **Elogio à Educação***.* São Paulo: Cortez, 1999.

SANTANA, Marco Aurélio*.* Memória, cidade e cidadania*.* In: Costa, Icléia Thiesen Magalhães; Gondar, JÔ (orgs**). Memória e espaço***.* Rio de Janeiro: Ed. 7Letras, 2000.
SEVERINO, Antônio Joaquim & FAZENDA, Ivani C. A. Fazenda (Orgs.). **Formação docente: Rupturas e possibilidades.** Campinas, SP: Papirus, 2002. (Série Cidade Educativa v. 2)

SILVA, Fernando Teixeira da. **A Carga e a Culpa.** Santos: Ed. Hucitec, 1995.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO/MS, 2002.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. 2º edição. Petrópolis/RJ: Ed. Vozes, 2003.

THIESEN, Iclèia; BARROS, Luitgarde Oliveira Cavalcante; SANTANA, Marco Aurélio (orgs.) **Vozes do Porto: memória e história oral**, Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2005.

TOMAZ, José Batista Cisne. **Comunicação, Saúde, Educação**. V6, n10, p.75-94, 2002.

VEIGA-NETO, Alfredo. **A ordem das disciplinas**. Tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS. Porto Alegre, 1996.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. SUS: Entraves à Descentralização e Propostas de Mudança. In: Rui Affonso e Pedro Luiz Barros Silva (orgs). **Descentralização e Políticas Sociais,** São Paulo, FUNDAP/Editora Unesp, 1996.

WEFFORT, Francisco. **O populismo na política brasileira**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

VIDAL, Soraia Maria do S. C. Santos: Porto, Cidade e Região. *In:* **Desafios da Modernização Portuária.** Luciano A Prates Junqueira (org). São Paulo, SP: Aduaneiras, 2002.

APÊNDICE

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

Programa de Pós Graduação Stricto - Sensu em Educação
Instrumento de entrevista relativo à pesquisa

"**APRENDENDO E ENSINANDO: O QUE PENSAM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SUA FORMAÇÃO CONTINUADA**"

FORMULÁRIO

DATA:_____/____/____. **Nº _____**

Aspectos pessoais e profissionais

1.Idade: ____.

2.Sexo:____.

3.Estado Civil:
a. ( )Casado
b. ( )Separado/divorciado
c. ( )Solteiro
d. ( )Viúvo
e. ( )Outro

4.Escolaridade:
a. ( )Sabe ler e escrever
b. ( )Fundamental Incompleto
c. ( )Fundamental completo
d. ( )Médio Incompleto
e. ( )Médio Completo
f. ( )Superior Incompleto
g. ( )Superior Completo
h. ( )Outros

5.Ano de conclusão do último curso:_____.

6.Você pretende dar continuidade aos seus estudos?

a. ( ) Sim
b. ( ) Não

7. Em caso afirmativo da questão anterior, qual curso deseja fazer?_____.

8.Na sua avaliação, qual a maior necessidade de reciclagem para o ACS?

APÊNDICE

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
Programa de Pós Graduação Stricto- Sensu em Educação
Termo de consentimento relativo à pesquisa

"APRENDENDO E ENSINANDO: O QUE PENSAM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SUA FORMAÇÃO CONTINUADA"

Prezado Agente Comunitário de Saúde:

O objetivo desta pesquisa é o de conhecer e analisar o que pensam os Agentes Comunitários de Saúde de bairros portuários sobre a formação continuada que lhes vem sendo oferecida nos cursos de capacitação e que necessidades formativas gostariam de ver contempladas nestes cursos.

Para obter essas informações os Agentes Comunitários de Saúdes serão entrevistados e pretende-se realizar a aplicação de questionário abordando o tema. A entrevista e aplicação do questionário serão realizadas pela pesquisadora Ana Paula Nunes Viveiros Valeiras, aluna do *Curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Católica de Santos,* sob a orientação da Professora Doutora Sueli Mazzilli. Um único formulário será empregado e as perguntas serão lidas em voz alta e pausada, as dúvidas serão esclarecidas e as respostas serão preenchidas pela pesquisadora. Os dados obtidos não serão individualizados, mantendo-se em sigilo a identidade de cada Agente Comunitário de Saúde.

A participação dos Agentes Comunitários de Saúde é livre e voluntária, podendo abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer dano, custo ou penalização do entrevistado.

Em caso de dúvida, ou necessidade de esclarecimento adicional, a pesquisadora Ana Paula Nunes Viveiros Valeiras poderá ser contatada pelo telefone 013-9123-6312.

Contando com sua valiosa colaboração, agradeço sua compreensão.

AUTORIZAÇÃO
Após ter sido informado (a) sobre as características da pesquisa

ACEITO participar da entrevista.

Em_____ de _____ de 2006.

Nome e assinatura do (a) responsável: _____