

Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde: breve avaliação do impacto de experiência realizada em Angra dos Reis

Training for Community Health Workers: a brief assessment of the impact of the experience held in Angra dos Reis

DIOGO, Mayara Athanázio
UniFOA
mayaradiogo@gmail.com

ALVES, Marcelo Paraíso
IFRJ
marcelo.alves@ifrj.edu.br

SILVA, Ilda Cecília Moreira da
UniFOA
Ilda.silva@foa.org.br

BASTOS, Lijamar de Souza
UniFOA
lijamar.bastos@ig.com.br

VIEIRA, Sebastião Ezequiel
UniFOA
ezequielvieira@hotmail.com

Resumo

O objetivo do artigo foi discutir os impactos da capacitação para Agentes Comunitários de Saúde no município de Angra dos Reis. A idéia deste trabalho surgiu dos conflitos e diálogos com coordenadores, enfermeiros e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). A metodologia desenvolvida na construção do referido curso utilizou a pesquisa de dissertação – período 2011 e 2012 -, realizada a partir da abordagem qualitativa por intermédio dos seguintes instrumentos: grupo focal, caderno de campo e o questionário semi-estruturado. Ficou evidenciado no processo de validação do curso que a organização do tempo (Escala de Coelho) facilita a classificação de risco nas visitas domiciliares. Observou-se que o cronograma e o gráfico desenvolvidos se mostraram eficientes ferramentas de organização do tempo para os ACS. Podemos observar que a pesquisa contribuiu para uma mudança no processo de inserção desse profissional na ESF no município investigado, assim como nas políticas de capacitação desse profissional.

Palavras chave: agentes comunitários de saúde, planejamento, organização.

Abstract

The objective was to discuss the impact of training for Community Health Workers (CHW) in the municipality of Angra dos Reis. The idea for this paper came up from conflicts and dialogues with coordinators, nurses and Family Health Strategy (FHS). The methodology developed in constructing the course was the dissertation research – period of time between 2011 and 2012 - performed from the qualitative approach through the following instruments: focal group approach, field work notebook and semi-structured questionnaire. Evidenced in the validation of the course, the organization of time (Rabbit Scale) facilitates the classification of the risks during the home visits. It was observed that the schedule and chart developed were effective tools for organizing time for CHWs. We can see that the research has contributed to a change in the integration process of a FHS professional in the city studied, as well as the policies associated with training this professional.

Keywords: community health, planning, organizing.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo discutir os impactos da capacitação para Agentes Comunitários de Saúde no município de Angra dos Reis. Esta produção foi parte integrante de um estudo maior realizado sob a forma de dissertação no Programa de Pós Graduação de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências e do Meio Ambiente do UniFOA-VR.

A idéia deste trabalho surgiu a partir de problemas, conflitos, tensões e conversas informais com coordenadores da Atenção Básica, enfermeiros e profissionais da Estratégia Saúde da Família - ESF e de Programas de Agentes Comunitários - PACS, bem como os usuários dos respectivos serviços do município de Angra dos Reis no transcorrer do ano de 2011. É relevante salientar que a Saúde da Família é a estratégia que o Ministério da Saúde do Brasil escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da Atenção Básica (BRASIL, 1997, p. 12).

Assim, identificamos, a partir dos conflitos mencionados, a convergências de algumas inquietações: a sobrecarga de atividades e a ausência de capacitação para os agentes.

É importante que se compreenda que as diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999b) enfatizam a necessidade de que, face o novo perfil de atuação para o Agente Comunitário de Saúde, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa crítica, pois segundo Oliveira e Valla (2001) “as condições de vida apontam para uma realidade que conforma uma determinada situação social e econômica” (p 80).

Para os autores são essas condições que determinam a origem e o agravamento de situações problemas em múltiplos aspectos da sociedade, principalmente para a classe popular: saúde, saneamento, educação, transporte, dentre outros.

Considerando que para Oliveira e Valla (2001) às condições de vida se configuram como o campo de ação onde os atores se movem e atuam e pensando a necessidade de buscar formas

de enfrentamento destes problemas e de suas determinações como um todo é que percebemos o ACS como um cidadão que emerge da comunidade e se integra a equipe de saúde sem conhecimento prévio.

Portanto, exigindo, a capacitação que deve ser conferida pela instituição executora das políticas públicas de saúde, dando-lhe acesso ao conhecimento científico e a novas práticas, mediante treinamento e cursos de capacitação (BACHILLI ET AL, 2008).

A busca de alternativas que propiciasse a construção de programas de ensino com tais características levou à incorporação do conceito de competência, cuja compreensão passa, necessariamente, pela relação de duas questões centrais: educação e trabalho (BRASIL, 1999b, p.4). O conceito de competência é expresso no documento como “a capacidade pessoal de articular conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes a situações concretas de trabalho” (p.4).

Trazer a tona essa questão – a relação educação-trabalho e o conceito de competência - torna-se fundamental para visualizar os pressupostos que estão na base deste documento que direciona a formação dos profissionais na área da saúde na sociedade atual.

No entanto, na intenção de evitar que os processos de formação se direcionem na perspectiva reducionista da mera certificação profissional, ele precisa vislumbrar uma abordagem política articulada a uma aprendizagem significativa, estimulando a capacidade criativa, bem como produzir sentidos, auto-análise e reflexão. Para Vasconcelos (2004) torna-se imperioso levar a democratização da assistência aos aspectos micro da operacionalização dos serviços de saúde. O autor considera que a participação dos usuários e “seus movimentos na discussão de cada conduta ali implementada, os novos serviços expandidos não conseguirão se tornar um espaço de redefinição da vida social e individual em direção a uma saúde integral” (p. 75).

Pensando nisso buscamos vários caminhos para desenvolver uma capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se aplicasse ao seu cotidiano, tornando sua prática mais dinâmica, participativa e dialógica, pois como menciona Valla (2003), a questão informacional (incluímos neste cenário o curso de capacitação) pelo qual o “diálogo, a disputa, o estranhamento e o compartilhamento entre diversas formas de saber podem produzir matéria informal e interação comunicacional para que os diferentes saberes sociais se convertam em cultura” (p. 11). Partindo da ótica do autor, consideramos que o curso mencionado permite que o os modos de saber e agir no cotidiano ao fortalecer as identidades coletivas, adquire o potencial para promover transformações na sociedade.

Assim, as atividades educativas foram organizadas e desenvolvidas com objetivo de alcançar as expectativas dos ACS de Saúde de Angra dos Reis, podendo ser adaptada e implantada em outros municípios.

APRESENTAÇÃO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO

A construção do conteúdo do Curso de Capacitação se desenvolveu articulado à pesquisa realizada na cidade de Angra dos Reis, mais especificamente no primeiro e segundo distrito sanitário do referido município.

Cabe ressaltar que o curso foi construído de forma coletiva, pois partimos do pressuposto de que toda ação educativa se desenvolve por intermédio da participação e do diálogo. Para Freire (1987) o diálogo entre os saberes formais (conhecimento científico) e informais constroem e viabilizam a auto-reflexão dos sujeitos. Para o autor, o ato de educar é um processo relevante para construção e socialização dos saberes.

Nesse sentido, ao pensar na criação do curso consideramos a importância de criar situações que possibilitassem o diálogo, permitindo que o sujeito em foco (ACS), recebesse a capacitação, participando ativamente do processo de construção do saber. Esse movimento se tornou possível ao permitirmos aos sujeitos ouvir a si próprio e percebendo a origem dos problemas locais, na intenção de promover a intervenção por intermédio do enfrentamento na tentativa de solucionar tais questões. Nessa trajetória, o ACS deveria romper com as barreiras da aprendizagem bancária: “Ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria produção ou construção” (FREIRE, 1996 p.21).

Dessa forma, buscamos a participação dos sujeitos envolvidos na ESF por meio da apreensão dos dados empíricos que auxiliaram na construção do curso. Os instrumentos utilizados foram: Primeiro, observações sistemáticas documentadas diariamente em caderno de campo durante a prática profissional. A atuação como enfermeira gerente da Unidade de Saúde do bairro Areal, ao longo dos anos de 2011 e 2012, permitiu utilizar tal instrumento.

Outro instrumento utilizado foi o grupo focal (MINAYO, 2007) com a participação de quatro enfermeiros das Unidades de Saúde da Família de Angra dos Reis. Esse procedimento permitiu o debate entre diversas questões que entravam o trabalho dos ACS na Atenção Básica. Os debates auxiliaram a formulação do conteúdo ministrado no curso para os agentes.

A perspectiva dialógica de Freire (1987) emergia nos debates e discussões a respeito das temáticas. A intenção foi problematizar os conflitos estimulados para que coletivamente os sujeitos encontrassem as respostas para os problemas indicados por eles.

O questionário contendo vinte perguntas semiestruturadas (MINAYO, 2007), foi aplicado para os agentes do I e II distrito de Angra dos Reis na tentativa de obter dados relacionados às dificuldades no cotidiano de suas atividades na ESF. Esses dados permitiram acessar pontos fundamentais que deveriam esclarecer os referidos profissionais quanto a sua prática e simultaneamente possibilitou encontrar indícios (GINZBURG, 1989) de equívocos de gerenciamento das atribuições dos agentes na ESF.

Outro questionário foi aplicado após o curso (VALIDAÇÃO DO CURSO), na intenção de captar indícios de sua efetiva implementação e superação dos problemas encontrados na dinâmica da ESF. Na etapa seguinte, de sistematização desse conteúdo, foi realizada uma revisão de literatura para garantir a fundamentação científica necessária ao diálogo com os dados empíricos.

Os módulos do curso foram desenvolvidos a partir da identificação dos principais problemas observados por meio da análise dos instrumentos mencionados.

Para que o curso se tornasse inovador, motivador e revigorante foram utilizados algumas estratégias como: dinâmicas e estratégias criativas, atividades em grupo, vídeos de motivação, com recursos de fácil acesso de maneira que os ACS pudessem reproduzi-los em suas equipes ou comunidades.

Se acreditarmos que a ESF possui a potencialidade de atuar na promoção da saúde, superando a prática tradicional, que coloca o usuário do sistema de saúde em uma posição passiva diante dos serviços, vamos compreendê-la como um processo educativo crítico, capaz de intervir na realidade, precisamos de profissionais capacitados para promover seus princípios com excelência.

Assim, percebemos a possibilidade de construir a metodologia do curso por meio do diálogo, nos aproximando do princípio da participação popular mencionado por Vasconcelos (2004), pois é comum que se pense que “tal princípio se opera quase espontaneamente, uma vez assegurados legalmente os espaços formais de sua implementação: a saber, os conselhos e as

conferências de saúde” (p.75). No entanto, a discussão e diálogo, na perspectiva freireana, se constrói para além destes espaços instituídos, pois apenas o espaço coletivo é capaz de problematizar questões que individualmente o agente não conseguiria superar.

O curso se desenvolveu a partir das etapas sequenciais dos módulos conforme disposto a seguir:

Módulo I: A primeira parte do curso centra suas ações na Evolução do Sistema Público de Saúde Brasileiro. A segunda parte na Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família.

Módulo II: Agente Comunitário de Saúde um agente de mudanças. Através dos discursos dos agentes comunitários podemos observar dificuldade destes profissionais e entender suas atribuições, sua inserção no serviço de saúde e a dimensão de suas contribuições nesse cenário de mudança no contexto das políticas em saúde.

Módulo III: A primeira parte (Comunicação oral e escrita) está foca a comunicação oral com bastante dinâmicas e vídeos, mostrando aos agentes os fatores que influenciam e interferem na comunicação. A segunda parte (Organização do Trabalho e Gerenciamento do tempo) volta-se para a questão de organização das atividades dos agentes e planejamento do tempo das visitas domiciliares, aplicando-se a escala de coelho.

Módulo IV: A primeira parte (Liderança e Transferência de responsabilidade) foi abordada a liderança e as responsabilidades. A segunda parte Relacionamento interpessoal e Motivação, dirigiu-se ao relacionamento entre a equipe e a comunidade e a motivação para o trabalho, realizando-se várias dinâmicas de grupo.

Módulo V: Apresentação dos trabalhos realizados durante o curso e dinâmicas de grupo. Este módulo foi criado com objetivo de avaliar a compreensão dos agentes comunitários dos conteúdos ministrados que foram aplicados na prática diária do trabalho nas unidades de saúde.

Diante do exposto, apresentaremos no item a seguir os resultados apreendidos com o desenvolvimento do curso no município de Angra dos Reis

RESULTADOS

O principal objetivo do curso foi a orientação dos ACS em relação à organização do tempo e o planejamento de suas atividades, baseando em conceitos de gerenciamento do tempo. Utilizamos a Escala de Coelho para orientar o mapeamento de risco, dinamizando as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde.

A Escala de risco de Coelho é um instrumento simples, onde podemos captar os riscos familiares por intermédio da ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica, logo na primeira visita domiciliar dos ACS. Segundo Coelho e Savassi (2004) a escala demonstrou ser um instrumento simples e eficiente de análise do risco familiar, não necessitando de criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática.

Os dados da ficha A do SIAB, que já faz parte dos procedimentos da rotina na visita domiciliar, auxiliaram no estabelecimento do escore de pontuação de risco da Escala de Coelho, servindo como parâmetro a classificação das famílias.

As narrativas a seguir revelam a importância da Escala de Coelho (2004), para o planejamento e organização do serviço do ACS:

Ela não só facilita as visitas, mas fica melhor na hora de passar para equipe (ACS 14).

Quando se conhece a causa a ser trabalhada, facilita a nossa forma de agir (ACS 22).

A escala de Coelho facilita no direcionamento das visitas (ACS 01).

Facilita na sinalização das famílias que precisa de mais atenção e intervenção da equipe (ACS 34).

A Escala de Coelho me preparou melhor para uma visita domiciliar mais produtiva (ACS11).

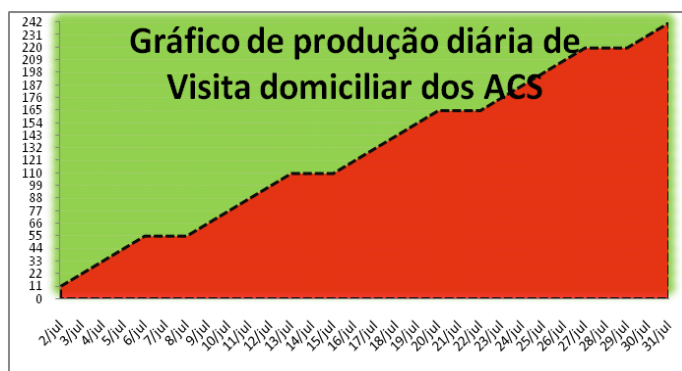
Observamos nos relatos dos agentes que a Escala de Coelho representou um instrumento facilitador da organização do seu trabalho, pois por intermédio desta escala os ACS perceberam a possibilidade de planejar suas ações e direcionar sua atenção as famílias de risco. A escala trouxe para o ACS uma segurança ao auxiliar-los na classificação das famílias de riscos que necessitam de um cuidado mais apurado e uma atenção maior.

Outro instrumento utilizado foi o cronograma de visita estabelecido a partir do escore. O cronograma possibilitou que os agentes pudessem planejar suas atividades diárias, prevendo feriados ou eventualidades. O instrumento permitiu ao agente planejar a quantidade de visitas diárias. A ação de constituição do cronograma foi simples: o ACS dividiu o número de famílias a serem visitadas no mês pelo número de dias disponíveis para visitas. Este cronograma foi dado para todos os ACS no momento da aplicação do curso sendo orientado que ele fizesse seu planejamento diário para o mês em vigência, lembrando-se de anotar as reuniões, feriados, dias em que precisa sair para ir ao médico ou a reunião dos filhos, pois tudo isso influencia no tempo disponível para a realização das tarefas diárias.

Após a confecção do cronograma, onde o agente identificou o número de visitas que deveria realizar no mês planejado, contendo a quantidade de dias disponíveis, ele desenvolveu o gráfico (fig. 1). O gráfico deve ser atualizado mensalmente de forma individual por todos os agentes. Este instrumento servirá de termômetro para que estes profissionais possam acompanhar a realização de suas visitas de forma dinâmica.

Por exemplo: Um ACS que deve realizar 242 visitas domiciliares (entre visitas de rotina, retorno e entrega de referência), tendo 22 dias para cumprir sua meta. O agente deverá realizar 11 visitas diárias, evitando sua sobrecarga no final do mês e realizando as visitas de forma tranquila e com qualidade.

Figura 01. Gráfico de Quantidade Diária de Visitas Domiciliares (eixo x – representa o número de visitas no mês; eixo y – os dias da semana que o agente deve realizar as visitas)



Todos os dias os ACS deve registrar a quantidade de visitas realizadas no gráfico, a linha tracejada significa que o ACS atingiu o objetivo desejado (está atingindo sua meta).

Caso o agente encontre alguma dificuldade, passando a constar na área vermelha do gráfico (está atrasado em suas visitas), deverá reprogramar suas visitas para que termine suas atividades mensais com o atendimento pretendido para o referido mês.

Ao serem perguntados sobre a utilização do cronograma e do gráfico, os ACS relataram ser este, uma ferramenta que permite a organização do tempo como podemos observar:

Através do cronograma, **realizo as devidas atividades** tendo como apoio a equipe multidisciplinar e organização e planejamento para as visitas domiciliares. (ACS 01)

Depois que aprendemos a utilizar o cronograma e gráfico ficou mais objetivo e mais bem dividido minhas atividades, assim como dando mais **qualidade** as visitas (ACS02)

Através do curso aprendemos a fazer o cronograma que me deu mais **direcionamento em meu trabalho**. (ACS12)

Ficou **mais organizado**, consigo cobrir toda além de outras atividades (ACS27)

Após fazer o curso me sinto mais preparada e com mais facilidade em me **organizar nas visitas** domiciliares. Consegui me desenrolar bem nas visitas dando atenção melhor e com mais qualidade. (ACS34)

Os depoimentos revelam sinais, indícios (GINZBURG, 1989) da avaliação do produto, ao descrever que o cronograma e o gráfico se configuraram como importantes ferramentas para a organização das atividades, principalmente a visita domiciliar.

Com o uso dos instrumentos citados foi possível observar um aumento na produtividade destes profissionais, pois estes conseguiram organizar melhor suas atividades. Em muitos relatos observamos que a qualidade do atendimento destes profissionais também melhorou, pois se sentiam menos sobrecarregados ao realizar sua atividade de maneira planejada sabendo que daria tempo para completá-la no prazo determinado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos observar na análise dos dados, indícios que revelam a importância da classificação de risco para organização do tempo e planejamento de suas ações durante a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família.

Portanto o curso de capacitação realizado com os ACS dos distritos I e II no município de Angra dos Reis – RJ, no ano 2012, atingiu seus objetivos ao tornar a visita mais eficiente e simultaneamente permitindo maior segurança no encaminhamento dos casos para a equipe da Unidade Básica de Saúde.

Outro aspecto importante a ser ressaltado foi com relação à importância da Escala de Coelho utilizada no curso permitindo a classificação prévia dos usuários e o estabelecimento do cronograma das famílias a serem visitadas no decorrer do mês. Os relatos apresentados demonstram que a escala permite a classificação de risco e direciona as visita, facilitando atividades e evitando desperdício de tempo.

É importante frisar que os instrumentos apresentados como ferramentas (cronograma e o gráfico) de organização do tempo se mostraram eficientes para o desenvolvimento e planejamento das atividades diárias dos agentes.

Devemos destacar que essa pesquisa contribuiu para uma mudança no processo de inserção desse profissional nas unidades de saúde no município de Angra dos Reis, assim como nas políticas de capacitação desse profissional, destacando a importância da educação Permanente no contexto de mudanças no perfil e desempenho do agente comunitário.

Para finalizar, é importante enfatizar os impactos da pesquisa no referido município em relação à atividade do Agente Comunitário de Saúde: com relação ao discurso dos ACS ao longo da pesquisa - que no município de Angra dos Reis havia um número de agentes comunitários inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, fato que levava a sobrecarga desses profissionais. Após a realização desse estudo e intervenção no município com o

referido curso, houve uma mudança significativa desse cenário, pois o município realizou um processo seletivo, por meio de concurso público para que as unidades completassem seu quadro de agentes comunitários. Esse processo seletivo representou uma grande mudança no processo de inserção desses profissionais, dando a legitimidade de assumir essas vagas por intermédio de um processo democrático.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, DF, 1997. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/cd09_16.pdf> Acessado: 05/08/12.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/ SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília, DF, 1999b. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/cd09_16.pdf> Acessado: 05/08/12.

COELHO, Flávio Lucio G; SAVASSI, Leonardo CM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 1, n 2, 2004. Disponível em: <URL:www.rbmfc.org.br> Acessado em: 07/08/12

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. 17ªed. Rio de Janeiro, Paz na Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. – Coleção Leitura p.21

GINZBURG, Carlo. Mitos, Emblemas , Sinais. Morfologia e História.São Paulo: Companhia das Letras,1989.

MARTELETO,R.M; VALLA V.V.Informação e educação popular – o conhecimento social no campo da saúde. Ver. Perspect. Ciênc..inf,Belo Horizonte. n. especial, p.8-21, jul/dez2003. Disponível em: portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/648/721. Acessado: 13-08-13.

MEDEIROS, C.da S. **O processo ensino- aprendizagem do agente comunitário de saúde: a interface entre a teoria e a prática.** Rio de Janeiro- Estácio de Sá, 2008.110p. Dissertação (mestrado) – Programa de pós-graduação em saúde da família. Unoversidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em < http://www.ebookcult.com.br/produto/O_processo_ensino_aprendizagem_do_agente_comunitario_de_saude_a_interface_entre_teorica_e_pratica-7333> Acessado:12/12/12.

MINAYO, M.C.S, DESLANDES, S. F. e GOMES, R. **Pesquisa Social.Teoria Método e Criatividade.** 26º ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, R. M.;VALLA,V.V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.p77-88, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17s0/3883.pdf>. Acessado 10-08-13.

VASCONCELO, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1,p.67- 83, 2004. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf> Acessado13-08-13.