

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO NA SAÚDE**

Janifer Prestes

**Educação e Saúde: Cuidado Humanizado e Formação do Agente
Comunitário de Saúde**

**Porto Alegre
Agosto de 2014.**

Janifer Prestes

**Educação e Saúde: Cuidado Humanizado e Formação do Agente
Comunitário de Saúde**

Dissertação apresentada, como pré-requisito parcial, para obtenção do título de Mestrado Profissional ao Programa de Pós-graduação de Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Miriam Suzéte de Oliveira Rosa

**Porto Alegre
Agosto de 2014**

CIP - Catalogação na Publicação

PRESTES, JANIFER

Educação e Saúde: Cuidado Humanizado e Formação do Agente Comunitário de Saúde. / JANIFER PRESTES. -- 2014.

107 f.

Orientadora: Miriam Suzéte de Oliveira Rosa.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Educação em Saúde. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Agente Comunitário de Saúde. I. de Oliveira Rosa, Miriam Suzéte , orient. II. Título.

26/8/2014

UFRGS



ATA PARA ASSINATURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional
 Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
 Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Janifer Prestes, com ingresso em 31/08/2012
 Título: **EDUCAÇÃO E SAÚDE: CUIDADO E HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO DO AGENTE
 COMUNITÁRIO DE SAÚDE**
 Orientador: Profa Drª Miriam Suzete de Oliveira Rosa

Data: 29/08/2014
 Horário: 14:30
 Local: FAMED

Banca Examinadora	Origem
Paulo Peixoto de Albuquerque	Externo
Ana Lúcia de Lorenzi Bonilha	UFRGS
Aline Winter Sudbrack	UFCSPA

Porto Alegre, 29 de agosto de 2014.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Paulo Peixoto de Albuquerque		A	Sim
Ana Lúcia de Lorenzi Bonilha		A	Sim
Aline Winter Sudbrack		A	Sim

Conceito Geral da Banca: (A) Correções solicitadas: () Sim (X) Não
 Indicação de Voto de Louvor: (X) Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional
 Av. Ramiro Barcelos,, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599
 Porto Alegre -

Dedico este trabalho aos meus amores, Cleberson e Bruno, pela compreensão, pela paciência, pelo amor que dedicaram a mim neste período de provações, só por isso foi possível... Amo Vocês.

AGRADECIMENTOS.

Agradecer primeiramente ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina da UFRGS, pela oportunidade de participar do curso Mestrado Profissional de Educação em Saúde voltado ao Sistema Único de Saúde e ao trabalhador da Atenção Básica.

À Deus, por me dar força e saúde para ir à busca dos meus sonhos.

Agradecer meus pais Vitor e Inês, por terem me mostrado o caminho do ensino e sempre me incentivarem a buscar meus objetivos e jamais desistir.

À minha sogra Sonair pelo apoio, carinho e cuidado com meus amores, durante este período.

À professora Miriam Suzéte de Oliveira Rosa, minha orientadora, obrigado por acreditar em mim e principalmente por me fazer entender que às vezes é preciso se afastar para enxergar e compreender melhor.

Aos amigos e familiares, por entenderem a ausência em muitos momentos, obrigada, estou voltando.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, principalmente a Rosa, e a Mabilda, por acreditar que eu concluiria o que me propus.

Aos colegas trabalhadores da rede SUS de Novo Hamburgo, que confiaram e aceitaram participar desse estudo fornecendo as informações para realizar este trabalho.

“A proximidade das informações não favorece a observação: é preciso tomar alguma distância para melhor perceber quando muda o contexto do pensamento coletivo, a observação individual muda com ele”.

Cyrułnik, 1995, p. 47

RESUMO

Este estudo trata de uma pesquisa exploratória, tipo estudo de caso coletivo e teve como objetivo principal identificar o perfil dos agentes comunitários de saúde no município de Novo Hamburgo, desvelando suas necessidades de aprendizagem e suas práticas no desempenho de seu cotidiano profissional relativo às ações na assistência à saúde, contextualizadas aos pressupostos do SUS e de acordo com a realidade territorial e indicadores de saúde do município, a fim de elaborar um protocolo de formação para os mesmos. Para alcançar o objetivo deste estudo foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: Revisão da literatura, principalmente os preceitos legais; busca de registros institucionais destes sujeitos; aplicação de questionários que tratavam do fazer diário e, entrevista semiestruturada, para pelo menos um representante de cada região onde estão serviços de Saúde da Família implantados. Frente aos resultados entendemos que a prioridade de capacitação será dar a conhecer aos profissionais da rede como um todo a realidade aonde estão inseridos, bem como explicitar a real função que um agente comunitário deve desenvolver.

Palavras Chaves: Educação em Saúde no SUS, Agente Comunitário de Saúde, Estratégia de Saúde da família.

ABSTRACT

This study is an exploratory research study, and collective case study aimed to identify the profile of community health workers in the city of Novo Hamburgo, unveiling their learning needs and practices in the performance of their daily work related to claims in health care, contextualized to the assumptions of the SUS and in accordance with the territorial reality and health indicators of the municipality in order to develop a training protocol for the same. To achieve the objective of this study the following methodological procedures were used: Literature, especially the legal precepts; search of institutional records of these subjects; questionnaires that dealt with making daily and semi-structured interview, for at least one representative from each region where services are deployed Family Health. Compared to the results we understand that the priority for training will acquaint the professional network as a whole reality where they live, as well as explain the actual role that a community worker should develop.

Key words: Health Education in SUS, Agent Community Health, Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CF	Constituição Federal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNBB	Conferencia Nacional dos Bispos do Brasil
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FSNH	Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo
HMNH	Hospital Municipal de Novo Hamburgo
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
NOB	Norma Operacional Básica
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan - Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIJUI	Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do sul
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO:.....	11
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	19
2.1 Programa de Saúde da Família/ Estratégia de Saúde da Família	21
2.2 Agentes Comunitários de Saúde, quem são estes indivíduos?	23
2.3 Da formação do Agente Comunitário de Saúde.	24
2.4 Educação Continuada e Educação Permanente	25
3. OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivos Específicos	28
4. METODOLOGIA	29
4.1 Delineamento da Pesquisa.....	29
4.2 Conhecendo o Campo de Estudo.....	30
4.2.1 Processo Histórico	30
4.2.2 Fundação de Novo Hamburgo	31
4.2.3 Progresso da Indústria	32
4.2.4 Administração Pública Municipal	33
4.2.5 Aspectos Geográficos	34
4.3 Saúde do Município de Novo Hamburgo	45
4.3.1 Saúde do Trabalhador	46
4.3.2 Mortalidade Infantil e Materna.....	46
4.3.3 Prematuridade e Pré-Natal.....	50
4.3.4 Nascidos Vivos.....	51
4.3.5 Cobertura Vacinal	52
4.3.6 Gravidez na Adolescência.....	52
4.3.7 Internações SUS e Mortalidade Geral de Novo Hamburgo.....	54
4.3.8 Neoplasias.....	55
4.3.9 Violência Urbana.....	56

4.3.10 Doenças de Notificação Compulsória.....	58
4.3.11 Atenção ao Idoso.....	59
5. A REDE SUS EM NOVO HAMBURGO.....	60
5.1 Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde.....	60
5.2 Estrutura da Fundação de Saúde de Novo Hamburgo.....	61
5.3 Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva	64
6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	65
6.1 Análise dos Dados.....	66
6.2 Sujeitos do Estudo.....	66
7. REFLEXÕES PERTINENTES	88
8. BIBLIOGRAFIA	94
APÊNDICE A - Questionário utilizado para identificar o perfil do Agente Comunitário de Saúde de Novo Hamburgo	100
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	102
ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO GESTOR PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA...	104
ANEXO II –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	105

1.INTRODUÇÃO

Antes de partir para a discussão do trabalho, entendo importante me situar junto a este processo. Formei-me no curso de Enfermagem na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-UNIJUI turma do segundo semestre de 2001, durante a minha graduação tive vários entraves e muitas vezes me perguntava se era aquilo mesmo que eu queria, mas como dizer isso depois de tudo que se tinha passado para estar na Universidade especificamente no curso de enfermagem, a cada estágio em que tinha contato com os pacientes me sentia apenas uma tarefeira, realizando um procedimento prescrito por alguém, para alguém, muitas vezes não dava tempo nem de saber um pouco da história do paciente, no outro dia ele já não estava lá e não podíamos fazer nada além do que estava escrito, aquilo me deixava descontente, tive um desentendimento com a professora do primeiro estágio e quase reprovei na disciplina de procedimentos de enfermagem I, então decidi seguir as regras e fui indo, pediatria, cirúrgica, saúde mental... e sinceramente estava preocupada com o que eu estava vivenciando, não queria aquilo para mim, até que chegou o primeiro estágio em saúde coletiva.

Tudo mudou estágio nos **“postinhos de saúde”**, percebi que por traz daquele espaço físico reduzido, com quase nada de equipamentos era possível fazer muito mais, fazer tudo aquilo que eu queria e entendia como cuidado, visitas domiciliares, ir ao encontro dos problemas da comunidade, fazer trabalho com grupos, trabalhar com educação em saúde, este tema, “Educação em Saúde”, isso sim me fazia querer continuar. E foi assim, que me envolvi e me apaixonei pela saúde pública. Na disciplina de saúde coletiva II onde tive o prazer de ser aluna da professora Liane Beatriz Righi, e apreender com ela sobre o SUS, sobre prevenção, discutir campo e núcleo, e toda a empolgação dela em falar para nós de políticas em saúde, me realizei e sim, tive certeza de onde eu queria chegar e por onde iria começar. Enquanto meus colegas optaram por vir a Porto Alegre realizar seu estágio complementar e trabalho de conclusão em grandes hospitais, emergências, oncologia, eu escolhi um município vizinho e por sinal meu município natal, Santa Rosa, o primeiro município do Rio Grande do Sul que implantou Saúde da Família, e o primeiro do Rio Grande do Sul que tinha enfermeiros que trabalhavam com

protocolo de enfermagem, oferecendo um cuidado diferenciado e humanizado que é inerente da nossa profissão.

Compreendi então que é através da atenção básica o caminho para promover saúde com qualidade. Juntos, PACS e PSF compreendem a Estratégia Saúde da Família, um conjunto de diretrizes, instrumentos e esforços articulados para viabilizar a reformulação da atenção à saúde a partir da atenção básica no marco do Sistema Único de Saúde - SUS.

Logo que me formei, trabalhei em um município pequeno no interior do Estado, e minha primeira tarefa foi ali implantar O Programa de Saúde da Família. Confesso que tive medo, no primeiro dia de trabalho, me senti perdida, apenas observei, fui acompanhando o trabalho das pessoas, conhecendo a realidade daquele município e o perfil dos usuários do Sistema Único de Saúde, após algum tempo especificamente em Janeiro de 2003, vim embora para a região do Vale dos Sinos, cidade de Nova Hartz onde resido até hoje. Trabalhei em Araricá, Parobé, Nova Hartz e por ultimo Novo Hamburgo, cenário deste estudo.

Comecei a trabalhar em Novo Hamburgo no dia 13 de junho de 2011, assumi o cargo de Assessoria Técnica em Gestão Ambulatorial. Novo Hamburgo está em pleno processo de reestruturação da rede de atenção a saúde, com foco na promoção e prevenção, através da implantação de equipes de saúde da família.

A mudança e reestruturação do sistema de saúde do município de Novo Hamburgo inicia a partir da substituição de recursos humanos terceirizados, por um quadro de recursos humanos concursados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e/ou pela Fundação de Saúde Pública (FSNH), iniciando na Atenção Básica o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família e o estímulo para que todas as equipes de saúde também rediscutam o seu processo de trabalho construindo uma rede de atenção qualificada. Para entender melhor como está ocorrendo este processo em Novo Hamburgo, descrevo a seguir algumas características do município e o funcionamento atual da gestão na Secretaria de Saúde.

Novo Hamburgo teve sua emancipação política em 5 de abril de 1927, a cidade cresceu em proporções geométricas, tornando-se um dos mais populosos Municípios gaúchos após o incremento da indústria do couro e do calçado hoje considerada a “Capital Nacional do Calçado”. Localizado a apenas 40 quilômetros

da capital do Estado, Porto Alegre, faz limites com os municípios de São Leopoldo, Estância Velha, Ivoti, Dois Irmãos, Sapiranga, Campo Bom e Gravataí. O Município é passagem obrigatória para quem visita a Serra Gaúcha e um dos 14 integrantes da Rota Romântica. Possui 223,6 quilômetros quadrados em extensão, com um total de 238.940 mil habitantes.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) trabalha para desenvolver e executar as políticas e os planos e programas na área da saúde no âmbito do Município, voltados para a melhoria da qualidade de vida da população em geral, prestando-lhe assistência, mantendo serviços na lógica da atenção integral, por meio da atuação de equipes multiprofissionais. A SMS também tem o dever de executar o processamento e realizar a receita e a despesa da pasta, respondendo seu titular como seu ordenador geral, distribuir medicamentos e exercer a fiscalização da saúde mediante o desenvolvimento de ações e serviços para a promoção, prevenção e assistência, planejados a partir da avaliação epidemiológica e socioeconômica, considerando as especificidades locais.

A Atenção Básica (AB) estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. Esse modelo se efetiva através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A nova política articula a Atenção Básica com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações Intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE), a implantação de Academias da Saúde e a implantação do Telessaúde, que integra os sistemas de informação com a política de regulação. Para alcançar tais objetivos, o município investiu na

ampliação do quadro de profissionais para trabalhar na atenção básica, com a criação da Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo.

A precariedade dos vínculos de trabalho da rede municipal de serviços de saúde do município de Novo Hamburgo vinha sendo questionada pelo Ministério Público que obteve, no 2º semestre de 2008, uma sentença judicial para que o município acabasse com a terceirização do setor. Essa situação precisou ser enfrentada logo que a nova administração assumiu a gestão municipal, que, como alternativa, criou a Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo.

No dia 19 de maio de 2009, foi sancionado o projeto de lei ([1980/2009](#)), que transformou a autarquia municipal denominada Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH) em fundação estatal de direito privado. Com a denominação de fundação de saúde pública de Novo Hamburgo (FSNH), a entidade foi criada com o objetivo de responder às dificuldades enfrentadas pelo município na área da saúde pública, funcionando como instrumento para a formatação de uma nova perspectiva do setor, focalizando no cuidado da saúde ao invés do cuidado da doença.

A FSNH foi instituída como fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, integrante da Administração Indireta do Município de Novo Hamburgo. Está sujeita ao regime jurídico próprio das entidades privadas sem fins lucrativos e de assistência social quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas, tributários e fiscais.

Cabe lembrar que atividades como regulação, fiscalização e controle e determinadas funções executivas como a de vigilância em saúde (epidemiológica, ambiental, do trabalho, sanitária, portos, aeroportos e fronteiras etc.) são de exclusividade pública, executadas, portanto por servidores públicos.

No dia 02 de outubro de 2009 foram abertas inscrições e no dia 15 de novembro de 2009 foram aplicadas as provas do Concurso Público 001/2009 da Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo, conforme determinado na Lei Municipal Nº. 1.980/2009, de 19 de maio de 2009, na Seção VIII – Do Regime de Emprego e do Pessoal, Art. 22, que estabelece que a admissão, excetuada da Diretoria Executiva e das funções de livre contratação e demissão, deve ser precedida de concurso público, de provas ou provas de títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do empregado.

O Concurso Público 001/2009 foi homologado em 30 de dezembro de 2009 e no dia 19 de janeiro de 2010, através do Aviso Nº. 001/2010 foram convocados os primeiros candidatos aprovados e classificados no Concurso Público. A Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo iniciou suas atividades a partir de 01 de janeiro de 2010, tendo recebido para isso mais de cento e trinta servidores cedidos da Prefeitura Municipal e outros da Associação Hospitalar de Novo Hamburgo e conta hoje com mais de 1200 empregados já admitidos pela FSNH, entre profissionais ligados diretamente à assistência à saúde e de apoio.

O fato de ser uma entidade pública de direito privado não a desobriga a atender aos cinco princípios constitucionais essenciais: legalidade, impessoalidade, publicidade, moralidade e eficiência, tampouco de submeter-se ao controle administrativo exercido pela Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e dos demais órgãos de controle do Sistema Único de Saúde, com destaque para Controle Social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), este controle abrange os atos de seus dirigentes e sua gestão financeira e assistencial.

Preservam-se ainda as suas características de ente da administração indireta, sendo sujeita à supervisão dos órgãos da administração direta e aos demais órgãos de controle interno e externo do Estado e à observância dos dispositivos do art. 37 da Constituição Federal, inclusive no que se refere à realização de concurso público e submissão às regras legais para compras e contratos.

Dentre os trabalhadores que realizaram o concurso para atuar na área da saúde em Novo Hamburgo, encontram-se os ACS, a maioria das instituições de saúde, entre elas a Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo, não estipula formação específica para a contratação dos mesmos, se lança mão de um edital de concurso público ou processo seletivo público com as seguintes prerrogativas, ser maior de 18 anos, ter ensino fundamental, ter disponibilidade para trabalhar quarenta horas semanais, além de residir na área de atuação.

A partir da contratação deste profissional, se faz necessário a realização de capacitação dos mesmos antes de introduzi-los ao campo de atuação, processo este realizado de forma superficial pela maioria das instituições, incumbindo muitas vezes a equipe de realizar a capacitação do ACS, o enfermeiro e os demais membros da

equipe articulam este processo de formação ao mesmo tempo em que se envolvem com todas as outras atividades da USF sob sua responsabilidade.

Este estudo identificou os agentes comunitários de saúde e quais atividades desenvolvem no sistema de saúde do município de Novo Hamburgo. Delineou o perfil de formação destes trabalhadores, através de questionários aplicados aos ACS que estavam atuando há pelo menos 10 meses na atenção básica do SUS em Novo Hamburgo até 30 de junho de 2013, este questionário indagou sobre o seu fazer diário e o que necessitam aprender para realizar essas atividades.

Após identificar o perfil destes trabalhadores, as características territoriais onde estão inseridas as ESFs, os indicadores de saúde dos usuários do SUS em Novo Hamburgo, e o que se espera então deste trabalhador, produzimos um instrumento de intervenção, o qual foi denominado de “Protocolo de Formação Introdutória para Agentes Comunitários de Saúde”, para que o município de Novo Hamburgo possa utilizar na formação inicial dos ACS que atuam junto as ESF e também para os novos que virão a integrar as equipes. Este protocolo apontará uma estratégia de formação desde o processo de seleção, até o momento em que forem considerados aptos a iniciar suas atividades junto à comunidade, e também a continuidade de ações focando na educação permanente no decorrer do trabalho, perante as suas ações e práticas desenvolvidas.

A educação em saúde na concepção pedagógica problematizadora /conscientizadora seria definida como o processo educativo que visa não somente a prevenção de danos e de doenças, mas associa a promoção da saúde, a solidariedade, a cidadania e a humanização. Considera, para assim, se concretizar quanto conceito e prática, o cotidiano da vida e seus conceitos construtivos da relação entre o mundo e o sujeito com os contextos social, espiritual, econômico, político e cultural (FREIRE, 1992, p. 24).

Com foco no trabalho qualificado e humanizado, utilizando estratégias educativas de promoção e prevenção a saúde, compreendendo assim, que promover a saúde é mais abrangente e envolve a saúde do próprio trabalhador, pensamos que:

A educação hoje representa a prática política fundamentada em valores que buscam a transformação social, a crítica e a ação emancipatória para que se consiga o desenvolvimento humano convergente à justiça e à equidade social (FREIRE, 1993, p.15).

Na atuação das Equipes de Saúde da Família - ESF, a educação em saúde tem sido uma das principais propostas a serem utilizadas. Estas equipes são compostas por diferentes profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. No contexto da saúde coletiva, principalmente na saúde da família, é importante compreender as formas de atuação nas relações de assistência a saúde com a comunidade e seus trabalhadores. Os ACS partem de uma trajetória muitas vezes questionada pelas demais categorias da área da saúde, devido ao fato dos mesmos não terem exigência de formação específica para atuar na saúde, e apesar deste estranhamento, hoje na realidade da saúde coletiva, o ACS configura papel fundamental no percurso dos saberes populares, dizeres e poderes que atravessam as práticas de promoção à saúde.

Nas Unidades de Saúde da Família - USF, esses trabalhadores de saúde, por vezes considerados como leigos, acabam utilizando muito mais do senso comum para desenvolver suas atividades do que outro conhecimento adquirido através de formação específica para atuar em saúde. Revelam receio por não saber direito: o que fazer? Como fazer? Para que fazer? E para quem fazer?

Questiona-se por que o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria Estadual de Saúde (SES) não desenvolvem um trabalho mais efetivo com os municípios para a formação desses profissionais, os gestores municipais por sua vez, também não estão preparados como deveriam para implantar USF e capacitar os seus trabalhadores. O processo de implantação da Estratégia da Saúde da Família e da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), ainda não está constituído nos municípios, e é de responsabilidade do gestor local o zelo pela formação, e o processo de educação permanente dos profissionais que atuam junto aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A educação permanente é o encontro entre o mundo da formação e do trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Baseia-se na aprendizagem significativa e desenvolve-se a partir dos problemas diários que ocorrem no locus de atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.45).

A educação tradicional na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde tem como objetivo principal a atualização de conhecimentos técnicos e é

operada de forma descendente. Já a educação permanente, além de considerar a atualização técnica, possui como objetivo principal a transformação das práticas das equipes de saúde, utilizando-se da problematização coletiva do cotidiano do trabalho em equipe na saúde como ponto de partida para direcionar o aprendizado.

Praticar enquanto Agente Comunitário de Saúde, um cuidado humanizado, não deixa de significar educação em saúde que inclui o próprio agente. Seja por meio de palavras, de trabalhos realizados junto aos grupos sociais, e por meio de suas ações profissionais, estão muito próximos do sujeito, seja ele, um usuário do SUS, um membro da equipe técnica, da gestão pública, área administrativa, desempenhando papel importante diante do que o nosso sistema de saúde propõe de melhor, a promoção e prevenção.

Segundo Fernandes e Colaboradores (2005, p. 445):

O aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve compreender o aprender a conhecer; o aprender a fazer; o aprender a conviver; e o aprender a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A história mostra que em um passado recente o acesso aos serviços de saúde era privilégio de poucos. No fim da década de 70 e no início da década de 80, com o desgaste da ditadura militar, tinha-se um modelo fragmentado e desigual, que privilegiava o acesso à saúde para os ricos (setor privado), assalariados seletos (planos de saúde), e para os pagantes da previdência (serviços públicos) (BRASIL 2006, p. 38). Porém já em 1963, segundo Carvalho (2002 p.64) a III Conferência Nacional de Saúde definia o direito a saúde para todos e a municipalização como o caminho ideal para se implanta-lo.

Em 1979, deu-se mais um passo importante na constituição do SUS. Foi neste ano que ocorreu o I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, na câmara dos deputados, o qual apontou, através do pensamento crítico oposicionista-reformista, a necessidade de democratização da sociedade com o requisito para superação da crise do sistema de saúde do país com a proposta de criação do SUS (BRASIL, 2006 p. 40).

Em 1981, segundo Carvalho (2002, p 61 e 64), o país passava por uma crise na previdência, causada pelo equivocado modelo de assistência, que se baseava, exclusivamente, na assistência curativa. O modelo assistencial era direcionado a cura individual e ficou cada vez mais dependente da utilização de tecnologia e de especialidades. Sendo assim, foi criada a Comissão Nacional de Assistência à Saúde da Previdência (CONASP), esta vem para financiar os serviços públicos de saúde no atendimento a previdenciários. Com esta experiência criaram-se as Ações Integradas da Saúde (AIS), entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde (MS), e as Secretarias Estaduais de Saúde.

É na a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que o movimento sanitário teve seu momento culminante, mediante a consolidação de todas as propostas da chamada Reforma Sanitária. Essa conferência contou com a participação de um leque diversificado de sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada, em um numero de 5.000 (cinco mil). Uma das diretrizes resultantes dessa conferência propunha a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde (CNS) composto por representantes de diversas entidades e com a atribuição de

orientar o desenvolvimento e a avaliação do SUS, incluindo a definição de políticas, orçamentos e ações (BRASIL 2006, p. 46).

Após a Conferência, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que entre agosto de 1986 e maio de 1987 dedicou-se a sistematizar as propostas e articular nacionalmente o movimento sanitário. Um dos documentos apresentados pela CNRS foi à proposta para a Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde, na qual é importante destacar um dos pontos, fundamentais ao processo de instituição definitiva do SUS: a subordinação do Fundo Nacional de Saúde (FNS), Fundo Estadual de Saúde (FES), e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), a um novo Ministério com a administração colegiada e designada pelos conselhos de saúde das três esferas de governo (BRASIL, 2006, p.49-50).

Em 1987, segundo Carvalho (2010, p. 65), as AIS transformaram-se no Sistema Unificado e descentralizado de Saúde (SUDS), o qual passou a contar com mais recursos da previdência, transferidos a estados e municípios.

A concepção, em termos legais, do SUS deu-se através da Constituição Federal de 1988, com a nova Constituição Federal, se fizeram importantes mudanças, como redefinir o modelo de proteção social adotando o conceito de Seguridade Social, integrada pelo conjunto das ações referentes à saúde, previdência e assistência social, além de repensar as políticas de saúde no Brasil.

No artigo 196 da Constituição Federal, diz que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p. 33), no artigo 198, também instituiu um sistema de saúde para ser implementado, o Sistema Único de Saúde - SUS, estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada de acesso universal que foi regulamentado pela lei orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990, que trata da organização básica das ações e serviços de saúde quanto a direção e gestão, competência e atribuições dos três níveis de governo, e pela lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que trata das disposições legais para a participação social e as formas e condições das transferências intergovernamentais, (Associação Paulista de Medicina, 2006, p.33).

A Constituição Federal de 1988 passou a considerar a saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, sendo que o direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem, além da redução do risco de adoecimento e outros agravos, ao excesso igualitário e universal as ações e

serviços de saúde, os quais devem promover a promoção, proteção e recuperação da saúde (LAZZARRI, 2003, p. 17).

O Sistema Único de Saúde prevê a universalidade e equidade no acesso, a integralidade das suas ações, e a participação social na sua gestão, prima pela construção de práticas inovadoras em saúde, o planejamento e o processo de trabalho organizado de acordo com reais necessidades dos usuários do serviço, integra as ações de todas as instâncias de governo, por isso ele é único. Entre uma das estratégias de maior relevância para a superação das dificuldades de acesso da população ao sistema de saúde, se implantou o Programa de Saúde da Família - PSF, com objetivo de modificar o modelo hegemônico de assistência centrado na atenção curativa com foco na doença, para um atendimento integral à população, estimulando a prevenção e a promoção em saúde.

2.1 Programa de Saúde da Família/ Estratégia de Saúde da Família

Este modelo teve início com a instituição do Programa de Agentes Comunitários - PACS, que se tornou uma política pública do Ministério da Saúde em todo território nacional em 1991 (FARIA, 2008, p.34), a partir do reconhecimento da interferência positiva do agente comunitário da pastoral da saúde da igreja católica que atuavam no nordeste do país com orientações sobre a receita famosa, o soro caseiro.

Segundo a CNBB – Conferencia Nacional dos Bispos do Brasil, a Pastoral da Saúde:

É uma das pastorais da CNBB, que tem uma organização cívico-religiosa, sem fins lucrativos, de atuação em âmbito nacional e referência internacional, comprometida em defender, preservar, cuidar, promover e celebrar a vida (ou seja, saúde plena) de todo o povo de Deus, independente de quaisquer fatores de exclusão social, inclusive do credo. Com dezenas de milhares de agentes por todo território nacional, esta pastoral atua em três dimensões: solidaria comunitária e político-institucional, (CNBB, 2013). www.cnbb.org.br

Com a publicação da portaria nº 1.886 do Ministério da Saúde em 18 de dezembro de 1997 (www.saude.gov.br), foram aprovadas as normas e Diretrizes do PACS e PSF, definindo as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, de modo que sua atuação estivesse centrada na promoção e prevenção de

doenças, de acordo com as prioridades estabelecidas em função das necessidades de saúde identificadas no território ao qual o ACS estava vinculado. A portaria vedava, ao ACS, o desenvolvimento de atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência, no intuito de fortalecer a sua inserção nas ações educativas executadas fora da unidade ambulatorial, bem como a sua participação nas atividades comunitárias. Definem-se como atividade dos ACS, ações de promoção, prevenção e acompanhamento de usuários desde recém-nascidos até idosos, individualmente e coletivamente, a portaria lista uma sequência de obrigações a serem executadas por este profissional e também estabelece como responsabilidade do estado, realizar educação continuada e capacitações para com estes profissionais.

O decreto nº 3.189 da Presidência da República de 04 de outubro de 1999, (www.saude.gov.br), fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, e dá outras providências, cabe ao mesmo, no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob a supervisão competente.

O Ministério da Saúde incorporou esta atividade aos serviços de saúde, o programa de ACS nasce junto com ações simples, com o gesto de intervir, por meio da população, na saúde da população. Neste processo, o Agente Comunitário, que é membro da comunidade, também é aquele que deve repassar para ela informações que favoreçam a saúde do indivíduo (BRASIL, 2000, p.17).

A partir da criação do Programa da Saúde da Família - PSF ficou definida uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde visando um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. Este vem como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial operacionalizada mediante implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, dentre eles os ACS. Essas equipes são responsáveis pelo: acompanhamento de uma população adstrita, em uma área geográfica delimitada, com foco em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2000, p.7). No contexto específico da saúde coletiva, mais especificamente na saúde da família

é importante compreender as formas de trabalho com a comunidade e consequentemente entre seus trabalhadores.

2.2 Agentes Comunitários de Saúde, quem são estes indivíduos?

O Agente Comunitário de Saúde é o membro da Equipe de Saúde da Família que reside na comunidade, eles atuam como a interface entre a equipe e a comunidade, pois estão em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda equipe. O ACS é também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos distintos: o do saber científico e o do saber popular. Não existe nenhuma exigência de formação específica para este sujeito prestar seleção pública e atuar como agente de saúde ficando sob - responsabilidade do gestor municipal, a formação destes profissionais.

A portaria 1886, citada anteriormente, estabeleceu Normas e Diretrizes para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e estipulou os primeiros parâmetros pedagógicos do que seja ser/ atuar como ACS. A lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002, (www.saude.gov.br) criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde e deu outras providencias, onde especifica que o ACS, atuará exclusivamente no âmbito do SUS. Essas diretrizes foram atualizadas pela portaria nº 648, do Ministério de Saúde, de 28 de março de 2006, (www.saude.gov.br) preservando a centralidade das atividades de prevenção e promoção da saúde na concepção do trabalho do ACS, permitindo ao agente o desenvolvimento de ações de saúde nas unidades básicas desde que vinculadas às atribuições definidas na referida portaria. A portaria também define as atribuições dos demais membros das equipes de saúde da família, estabelecendo também como atividade do enfermeiro a responsabilidade sobre as ações que se referem aos ACS.

O Ministério da Saúde por meio das políticas públicas está focando cada vez mais a qualificação dos profissionais que atuam na saúde coletiva, na atenção básica. Os ACSs residem onde atuam e estabelecem um elo entre a comunidade e a equipe de saúde, pois estão em contato direto com as famílias, sendo suas atividades principais desenvolvidas nos domicílios dos usuários durante as visitas

domiciliares, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizada por toda equipe.

A visita domiciliar é considerado o elemento central do Programa de Saúde da Família, sendo realizada por todos os membros da equipe, entretanto é o ACS que cotidianamente a realiza e garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. Considerando as atividades desenvolvidas pelos ACS no território de sua abrangência, com foco na promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos usuários do SUS, a formação e capacitação dos mesmos, é uma ação determinante para a garantia de uma atenção de qualidade tanto nos aspectos assistenciais quanto preventivos no trabalho da atenção primária em saúde.

2.3 Da formação do Agente Comunitário de Saúde.

A Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, estabeleceu as bases nacionais da Educação no Brasil: a Lei de Diretrizes e Bases - LDB. Posteriormente, a Resolução Nº 4 do Conselho de Educação, de dezembro de 1999, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico para 20 áreas, entre elas a da saúde, com previsão de cursos de formação com carga horária mínima de 1.200 horas. A resolução definiu competências gerais a serem alcançadas pelos técnicos de saúde em geral, permitindo complementação de currículo pelas escolas formadoras. Assim, para acompanhar as reformulações no setor da educação e para provocar impacto sobre a realidade, o MS definiu as estratégias para formação dos ACSs (BARROS et.al., 2010, p.82).

Em 2003, o Ministério da Saúde aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento para SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, apresentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com o propósito de capacitar os Trabalhadores da Saúde. Em 2004, por meio de portaria, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, para viabilizar a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor. Foi desenvolvido o curso de Formação do Técnico Agente Comunitário de Saúde. Essa estratégia objetivava investir na adequação da escolaridade e na definição do perfil profissional, favorecendo a autonomia intelectual de forma a incorporar,

definitivamente, o ACS no quadro dos trabalhadores da saúde, (BARROS et al., 2010, p.82).

O Ministério da Saúde estruturou o curso técnico do ACS em três etapas sequenciais, totalizando carga horária mínima de 1.200 horas, assim distribuídas: Etapa I – 400 horas, sem exigência de escolaridade, com o objetivo de desenvolver o perfil social do Técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS; Etapa II – 600 horas, qualificação profissional de nível técnico, exigindo conclusão do Ensino Fundamental e voltada à promoção da saúde e a prevenção de doenças, dirigida a indivíduos e grupos específicos e às doenças prevalentes; Etapa III – 200 horas, habilitação técnica, exigindo a conclusão do ensino médio e com a finalidade de consolidar os temas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (BARROS et al., 2010, p.82).

Até o início de 2007, somente a etapa formativa I estava aprovada, com financiamento pelo MS. As demais etapas ainda dependiam de aprovação e de garantia de financiamento pelos Estados e Municípios, com exceção do Distrito Federal, Pará e Rio Grande do Sul, todos os estados haviam apresentado projetos e 19 receberam o financiamento.

O ACS deve ser morador da comunidade a partir de concurso público e não é exigida dele nenhuma capacitação prévia, contudo o mesmo deve estar preparado para orientar sobre as mais variadas doenças, formas de transmissão, tratamento, prestação de cuidados à saúde com atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos. Todavia existem elementos que advertem para o fato de existirem discussões apontando que o ACS por falta de saberes sistematizado, trabalhe mais com o senso comum e com a religião, evidenciando o fato de que a qualificação do ACS também está interligada a falta de abordagens e instrumentos adequados de preparação e formação do ACS de maneira geral.

2.4 Educação Continuada e Educação Permanente

A questão da educação para profissionais de saúde vem evoluindo ao longo do tempo, se modificando e sendo acrescido de informações de acordo com o momento sócio-econômico-político vivenciado no país. Essa evolução resultou em

conceitos diversos, que são utilizados, em determinados momentos, como sinônimos e, em outros, como concepções diferentes: educação em serviço, educação continuada e educação permanente.

A educação continuada surgiu como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços. Segundo Silva et al. (1989, p.9 e 10), a educação continuada deve ser entendida como:

O conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional. [...] a educação continuada está voltada para melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo, em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha.

Nesse conceito, as autoras citadas anteriormente (Silva et al) abordaram a educação continuada como um benefício destinado ao próprio indivíduo que participa do processo educativo e esse benefício retorna para a instituição na qual trabalha. Esse retorno repercute na instituição sob a forma de “*satisfação, motivação, conhecimento, maior produtividade e otimização dos serviços*” (SILVA et al., 1989, p.10), tornando o conceito mais abrangente do que a educação em serviço.

Já o conceito de educação continuada formulado pelo grupo da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, citado por Rodrigues (1984, p.130), diz ser a educação continuada um processo permanente que se inicia após a formação básica e está destinado a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às evoluções técnico-científicas e às necessidades sociais. Esse conceito proporciona a visão da necessidade de passagem de informações contínuas aos indivíduos, como forma de atualizar seus conhecimentos, a partir das reais necessidades sociais e da própria evolução do setor saúde.

No Brasil, em 2004, o Ministério da Saúde, a partir da realidade dos serviços, vivenciada pelos trabalhadores, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde e a necessidade de transformações identificada no processo de trabalho, lança a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Dentre os princípios orientados por esta política, está à promoção da integração entre o ensino e o serviço, entre a educação e o trabalho, com o objetivo de promover mudanças tanto no processo de formação quanto nas práticas de saúde no âmbito do SUS.

A Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Ana Estela Haddad, enfatiza que para entender como a Pneps instrumentaliza os diversos atores da Educação e da Saúde para transformarem a realidade dos serviços, primeiro é necessário resgatar a origem do conceito de educação permanente em saúde e como ele aos poucos se institucionalizou no sistema brasileiro.

Para Hadadd (1990, p.136 e 137), o conceito de educação permanente em Saúde:

Busca alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho habitual privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatizando a capacidade humana de criar conhecimento novo, a partir da discussão e análise conjuntas e participativas dos problemas reais, de suas causas e das implicações que as alternativas de solução têm na busca da transformação da prática de saúde, objetivo essencial do ato educativo.

A educação permanente é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana nas dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade (HADADD, 1990, P.137). Como se deseja alcançar uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde é necessário que se busque a educação permanente dos seus profissionais, porque o seu processo é compartilhado coletivamente entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema para a busca de soluções dos problemas reais locais.

O papel da Educação Permanente em Saúde se reconstrói no processo de trabalho: habilidades técnicas se desenvolvem, novas tecnologias são produzidas, estratégias de enfrentamento dos nós críticos são construídas pelos diferentes atores envolvidos. Desta forma, a Educação Permanente em Saúde deve ser o eixo orientador deste processo, uma vez que é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Sua concretização depende de que os processos educativos dos trabalhadores da saúde tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais, da reorganização do processo de trabalho com repercussão na melhora da qualidade da vida pessoal.

3. OBJETIVOS

O presente estudo trata-se de um estudo de caso, realizado com trabalhadores da atenção básica, mais especificamente com os Agentes Comunitários de Saúde do município de Novo Hamburgo, com os seguintes objetivos.

3.1 Objetivo Geral

- Conhecer quem são os agentes comunitários de saúde e quais são as práticas que desempenham no seu cotidiano profissional, relativa às ações na assistência à saúde, contextualizadas aos pressupostos do SUS no município de Novo Hamburgo, a fim de elaborar um protocolo de formação para os mesmos, de acordo com as necessidades destes trabalhadores, e com a realidade territorial e indicadores de saúde do município.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar o perfil das práticas atualmente desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde no município de Novo Hamburgo, delineando a atuação deste profissional junto aos usuários do SUS.
- Desenvolver a partir dos dados encontrados processos de ensino-aprendizagem do que seja necessário ao perfil epidemiológico do território de atuação destes servidores, a fim de qualificá-los ao desempenho do que lhe é atribuído como competência legal.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento da Pesquisa

O presente estudo de cunho exploratório tipo estudo de caso coletivo, com abordagem quanti-qualitativa, teve por objetivo conhecer o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde concursados pela FSNH de Novo Hamburgo, situando-os dentro do processo de trabalho realizado na rede do SUS de Novo Hamburgo.

A pesquisa exploratória, segundo Gil (2002, p. 41):

[...] tem por objetivo, proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito [...], o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

Este mesmo autor indica:

O estudo de caso coletivo é aquele cujo propósito é o de estudar as características de uma população. Eles são selecionados por que se acredita que, por meio deles, torna-se possível aprimorar o conhecimento a cerca do universo a que pertencem. (GIL, 2002, p. 139).

No primeiro momento, realizou-se uma busca de dados em documentos da instituição, onde além de saber o número de Agentes Comunitários de Saúde, se buscou a faixa etária, sexo e nível de escolaridade. Com isso identificou-se que o total de Agentes Comunitários de Saúde que estavam atuando na Fundação de Saúde de Novo Hamburgo na data de 30 de Maio de 2013 era 100. Os mesmos estão distribuídos da seguinte forma: 30 ACS no bairro Canudos (USF Iguazu, USF Getúlio Vargas e USF Morada dos Eucaliptos), 15 ACS no bairro Boa Saúde, 16 ACS no bairro Lomba Grande, 10 ACS no bairro Roselândia, 12 ACS no bairro Kephas e 02 no bairro Santo Afonso.

Para efeitos deste estudo, incluímos na amostra os trabalhadores que estavam atuando nesta função há mais de 10 meses nesta data, pois isto possibilitaria aos mesmos o conhecimento das práticas de saúde a ser realizadas nos seus locais de trabalho.

Para aproximar estes agentes da proposta do estudo a pesquisadora realizou contato com todas as unidades de saúde citadas anteriormente e agendou

uma visita em cada USF. Durante a visita foi realizada a exposição dos objetivos do estudo e a importância das informações que serão obtidas quanto às necessidades de aprendizagem destes atores sociais. Neste momento foram convidados que os ACS interessados a participar da pesquisa se mantivessem no local. Foi realizada a exposição dos procedimentos da pesquisa, sendo feita a leitura do Termo de Consentimento de Participação (TCLE apêndice B) bem como os esclarecimentos de que estas informações seriam trabalhadas eticamente, mantendo caráter confidencial. Informou-se também que a participação nesta pesquisa não ofereceria riscos aos informantes tendo em vista os procedimentos de anonimato e confidencialidade das suas informações.

4.2 Conhecendo o Campo de Estudo

4.2.1 Processo Histórico

O processo histórico do município de Novo Hamburgo, contado pelo historiador Leopoldo Petry, dividiu-se em quatro períodos:

- Desde a sua fundação, até o início do tráfego ferroviário entre Novo Hamburgo e Porto Alegre (1824 a 1876);
- Desde o início do tráfego ferroviário até o começo da industrialização (1876 a 1900);
- Desde o início da industrialização até a emancipação (1900 a 1927) e;
- Desde a emancipação até por volta de 1950.

Do final da década de 50 até hoje, o município passou por mais dois grandes momentos, que foi de 1945 a 1970, período que precede o seu ingresso no ramo de exportação de calçado e de 1970 aos dias de hoje, período que marca definitivamente a consolidação e a expansão da indústria calçadista no mercado nacional e internacional. Essa vocação industrial sofre duramente, com a quebra do setor coureiro-calçadista, a partir da segunda metade da década de 1980 e início da de 1990, quando inicia a diversificação da economia, com a

ampliação do comércio local e importante crescimento do setor de serviços (Plano de Saúde Novo Hamburgo, 2014, p.10).

4.2.2 Fundação de Novo Hamburgo

A fundação de Novo Hamburgo data dos princípios da imigração alemã (1824), foi em Hamburg Berg (Morro dos Hamburgueses), posteriormente chamado de Hamburgo Velho (1919), que se instalaram os primeiros moradores, que formaram o núcleo inicial da cidade.

Em 1850, já se destacava como um centro comercial importante, onde os produtos das colônias de Dois Irmãos, Campo Bom, Sapiranga e Taquara, entre outros municípios, eram comprados para serem revendidos em Porto Alegre, que por sua vez, fornecia as mercadorias de que careciam os fregueses dessas localidades.

Em 1875, Hamburg Berg foi elevado à categoria de distrito e a zona que se estende do Arroio de Portão até as divisas de Sapiranga, compreendendo todo o território do primeiro e o segundo distritos deste município, recebeu, nesta época, o nome de Nossa Senhora da Piedade de Hamburg Berg, formando então o quarto Distrito de São Leopoldo, cidade sede e que mantinha o controle político, administrativo e geográfico da região, hoje denominada Vale dos Sinos.

Esta denominação, porém, não conseguiu tornar-se popular e ficou restrito aos documentos oficiais, que, com o tempo, também passaram a usar a denominação antiga.

Em 1876 foi concluído o trecho de Novo Hamburgo e São Leopoldo da estrada de ferro, que ligava Porto Alegre a estas localidades.

Nesse mesmo ano a parte final da ferrovia, que iria de Novo Hamburgo até Taquara não pode ser concluída por falta de recursos financeiros, esta foi construída até as proximidades da então estação ferroviária. A este local os ingleses, responsáveis pelo empreendimento, colocaram o nome que deu origem a atual nomenclatura da cidade: Novo Hamburgo.

A utilização do trem como meio de transporte foi extremamente favorável para o desenvolvimento e afirmação do comércio na zona colonial. Contudo, a conclusão em 1889 do ramal férreo para Taquara, teria diminuído em parte a sua importância econômica, com a perda dos mercados servidos pela nova linha, se não tivesse sido iniciada a sua industrialização.

No final do século passado, se iniciou a produção e o comércio de calçados, em bases modernas, ao mesmo tempo em que dava impulso à produção de artigos de couro (Plano Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, 2014, p.11).

4.2.3 Progresso da Indústria

Essas indústrias já exploradas há muito tempo, porém em reduzida escala, se desenvolveram rapidamente em Novo Hamburgo, que foi se transformando em um dos centros industriais de maior projeção no Estado.

Em consequência desse crescimento e após uma luta histórica, o novo centro industrial, acabou se emancipando de São Leopoldo no dia 05 de abril de 1927.

Esse fator foi decisivo para o progresso da indústria e do comércio da cidade, que com o decorrer dos anos, foi cada vez mais se especializando nestas atividades, a ponto de ingressar, a partir de 1967, no mercado internacional, através das exportações de calçados. Esse impulso econômico e social levou o município a ser atualmente uma das principais cidades em arrecadação da região do Vale dos Sinos e do Rio Grande do Sul.

O desenvolvimento obtido trouxe também inúmeros desequilíbrios sociais, provocados pela intensa migração que, com a crise dos anos 80 e 90, antes referida, gerou desemprego e com isso enormes dificuldades para essas pessoas vindas, principalmente, do interior e da zona rural do Estado, em busca de empregos e melhores condições de vida (Plano Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, 2014, p.12).

4.2.4 Administração Pública Municipal

A Estrutura Administrativa da Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo, integrada por Secretarias, Coordenadorias, Diretorias, Subdiretorias, Coordenações, Chefias, Assessorias, Gerências, Departamentos e Seções e demais unidades, órgãos administrativos e entidades de administração descentralizada, instituída pela presente Lei, passa a conter a seguinte composição organizacional (Lei Municipal 2.400/2011, de 30 de dezembro de 2011):

I. ÓRGÃO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL:

A) Gabinete do Prefeito

II. ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO:

A) Secretaria Geral de Governo e Relações Comunitárias

B) Secretaria Municipal de Administração

C) Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano

III. ÓRGÃOS DE APOIO:

A) Secretaria Municipal da Fazenda

B) Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação e Inclusão Digital

IV. ÓRGÃOS DE ATIVIDADES FINIS:

A) Secretaria Municipal de Educação e Desporto

B) Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, Tecnologia, Trabalho e Turismo

C) Secretaria Municipal de Obras Públicas e Serviços Urbanos

D) Secretaria Municipal de Saúde

E) Secretaria Municipal de Desenvolvimento Rural

F) Secretaria Municipal de Cultura

G) Secretaria Municipal de Habitação

- H) Secretaria Municipal de Segurança e Mobilidade Urbana
- I) Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
- J) Secretaria Municipal de Meio Ambiente

V. ÓRGÃOS CONSULTIVOS:

- A) Conselhos Municipais

VI. ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

- A) Autarquias
- B) Empresas Públicas
- C) Sociedades de Economia Mista
- D) Fundações

4.2.5 Aspectos Geográficos

- Localização

De acordo com o Plano Municipal de Saúde – PMS, 2014, município de Novo Hamburgo está situado, na Região Sul do Brasil, no Estado do Rio Grande do Sul, na micro região de Porto Alegre, dentro das seguintes coordenadas geográficas:

Latitude Sul - 29°45' e 29° e 50'

Longitude oeste - 70° e 50'

Limita-se com os seguintes municípios do Vale do Rio dos Sinos:

Limite norte - Dois Irmãos

Limite noroeste - Estância Velha

Limite sudoeste - São Leopoldo e Sapucaia

Limite sudeste – Gravataí

Limite leste - Taquara, Sapiranga e Campo Bom.

- Área

Possui 217,61 km², que se acham assim distribuídos:

Zona Urbana - 73,94 km²

Zona Rural - 143,67 km²

- Altitude

A altitude média do município é de 35 metros. A máxima é de 345,40 metros, no Morro de Dois Irmãos. A mínima é de 5,50 nas margens do Rio dos Sinos.

- Orografia

Novo Hamburgo está situado num vale, o Vale do Rio dos Sinos. É rodeado de coxilhas e morros. Suas altitudes máximas e mínimas localizam-se, respectivamente no Travessão de Dois Irmãos (345,40 metros) e nas margens do Rio dos Sinos (5,50 metros). Os morros que compõem o relevo do Município são: Morro dos Bois, Morro Taimbé, “Serra” Morretes, Morro de São Borja, Morro das Chaves, Morro das Pedras e Morro Boa Vista.

- Hidrografia

A rede hidrográfica do município é de pequena expressão, salientando-se apenas o Rio dos Sinos, que atravessa o município de nordeste a sudoeste, sendo o seu percurso de aproximadamente 165 km (toda a extensão do Vale dos Sinos). Deságua no Rio Guaíba.

Existem muitas lendas em torno da origem de seu nome. Moradores ribeirinhos acreditavam que ouviam ruído de sinos no rio. Além do rio dos Sinos, Novo Hamburgo tem ainda diversos arroios e sangas. Entre os arroios destacam-se os arroios Luís Raul que corta a cidade de norte a sul e, onde já ocorreram no

passado, inundações e enchentes, algumas de grande monta. Hoje está completamente canalizado.

Os demais arroios de Novo Hamburgo são: O Arroio Pampa é o segundo maior curso de água e corta a cidade de norte a sul, tendo sua nascente na Vila Diehl, atravessando ainda os bairros São Jorge e Canudos, tendo por destino final, o Rio dos Sinos. Os demais arroios são: Gauchinho, Peri, Rincão, Vila Diehl, Guarani, Richter, Centenário, Marcelino (margem direita do Rio dos Sinos), Butiá, Tiririca, Coari, Peão, Corvos, Moinho Santa Maria (margem esquerda do Rio dos Sinos).

- Clima

O clima do município de Novo Hamburgo, de característica subtropical é, na média geral, ameno e saudável. O inverno é curto, com pluviosidade regular. Os verões são relativamente quentes. As temperaturas registradas em Novo Hamburgo variam entre 3° C e 39°C aproximadamente.

- Transporte

A principal via Rodoviária é a BR 116, que liga Novo Hamburgo à capital gaúcha e aos maiores centros do País. Outra rodovia importante é RS 239 que liga NH a outras cidades da região, tais como: Campo Bom, Sapiranga, Parobé, Taquara entre outras. As empresas: Hamburguesa e Futura atendem a demanda de passageiros do município.

- Aspectos Demográficos

No ano 2000 o censo havia levantado uma população de 236.193 pessoas na cidade, dez anos depois, em 2012, a estimativa baseada no censo do IBGE contou uma população de 239.355 habitantes, apontando um aumento real de 1,34% neste período.

Segue abaixo quadro com os dados que caracterizam a população de Novo Hamburgo por idade e sexo. Pelos dados apresentados, percebemos que há uma inversão numérica entre os gêneros a partir dos 20 anos de idade, e que vai aumentando gradativamente, o que de certa forma retrata os indicadores referentes à mortalidade por violência e outras causas externas.

População de Novo Hamburgo 2012			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	1.605	1.430	3.035
1 a 4 anos	5.986	5.761	11.747
5 a 9 anos	8.333	8.217	16.550
10 a 14 anos	10.153	9.687	19.840
15 a 19 anos	10.240	10.048	20.288
20 a 29 anos	20.471	20.665	41.136
30 a 39 anos	17.718	18.365	36.083
40 a 49 anos	17.828	19.251	37.079
50 a 59 anos	12.849	14.287	27.136
60 a 69 anos	6.757	8.451	15.208
70 a 79 anos	3.020	4.901	7.921
80 anos e mais	1.009	2.323	3.332
TOTAL	115.969	123.386	239.355

Quadro 1 – População de Novo Hamburgo por sexo e faixa etária. Fonte: IBGE/DATASUS/SMS-NH

Estas informações nos faz refletir no quanto está se investindo em projetos de território da paz em Novo Hamburgo, e também em ações voltadas para redução do tráfico de drogas e uso abusivo de álcool.

De acordo com os dados do IBGE, a faixa etária predominante, em torno de 67,56 % da população de Novo Hamburgo fica entre 15 a 60 anos, faixa etária, onde estão em pleno desempenho de suas atividades laborais e reprodutivas. O quadro abaixo mostra a população de Novo Hamburgo distribuída por bairro, pode-se observar que as maiores concentrações populacionais se encontram nos bairros, Canudos, Santo Afonso, Rondônia, Boa Saúde e São Jorge, com destaque nos dois maiores bairros de Novo Hamburgo, Canudos em primeiro lugar com 62.400 habitantes, o que representa 26,07% da população municipal e, em segundo lugar, o bairro Santo Afonso com 21.969 pessoas, o que representa 9,18% da população hamburguesa, entre estes dois bairros concentra-se nada menos que 35,25% da população.

Estimativa população de Novo Hamburgo 2012		
Bairro	População	%
Canudos	62.400	26,07
Santo Afonso	21.969	9,18
Rondônia	11.801	4,93
Boa Saúde	11.375	4,75
São Jorge	11.062	4,62
Vila Diehl	9.357	3,91
Liberdade	8.420	3,52
Centro	7.893	3,30
Ideal	7.858	3,28
Primavera	7.468	3,12
Lomba Grande	6.320	2,64
Rincão	6.136	2,56
Roselândia	6.002	2,51
São José	5.861	2,45
Jardim Mauá	5.821	2,43
Guarani	5.725	2,39
Vila Nova	5.501	2,30
Rio Branco	4.650	1,94
Pátria Nova	4.362	1,82
Sem Identificação	4.276	1,79
Operário	4.188	1,75
Petrópolis	4.170	1,74
Industrial	3.986	1,67
Ouro Branco	3.723	1,56
Boa Vista	2.981	1,25
H. Velho	2.630	1,10
Vila Rosa	1.964	0,82
Alpes do Vale	1.456	0,61
Total	239.355	100,00

Quadro – 2 População por bairro em Novo Hamburgo. Fonte: IBGE, DATASUS e SMS/NH 2012

- Aspectos Socioeconômicos.

a) Produção de Calçados

Um dos principais produtos de Novo Hamburgo é a produção de calçados, e é a mola propulsora do progresso da região do Vale do Rio dos Sinos.

Apesar do grande desenvolvimento econômico alcançado que, através da industrialização empregava uma mão-de-obra não especializada, a infraestrutura do município não acompanhou este processo, aprofundando as desigualdades sociais, visto que a urbanização capitalista permeou o processo de desenvolvimento desta cidade. (Plano de Saúde Novo Hamburgo, 2014, p 22).

b) Renda

A concentração de renda retrata uma realidade vivida não só em Novo Hamburgo como de resto em todo o país, aponta segundo Censo do IBGE de 2010, que menos 3,41% da população em Novo Hamburgo ganhavam mais de 20 salários mínimos, enquanto em torno 23,26% ganhavam de zero a dois salários mínimos e, 42,69%% recebiam de dois a cinco salários mínimos.

Classes de rendimento nominal mensal da pessoa responsável pelo domicílio (salário mínimo), Novo Hamburgo, 2010.

Salário Mínimo	Total de domicílios	%
Até ½	854	1,06
De ½ a 1	4.503	5,57
De 1 a 2	13.431	16,63
De 2 a 5	34.485	42,69
De 5 a 10	16.518	20,45
De 10 a 20	6.171	7,64
Mais de 20	2.751	3,41
Sem Rendimento	2.064	2,56
Total	80.777	100

Quadro – 3 Concentração de Renda do Município Fonte: Censo do IBGE 2010

c) Índice de Desenvolvimento Socioeconômico - IDESE

O Instituto para o Desenvolvimento Social e Ecológico - IDESE produz um índice sintético, inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano -IDH, que abrange

um conjunto de indicadores sociais e econômicos classificados em quatro blocos temáticos: educação, renda, saneamento e domicílios e saúde. Tem por objetivo mensurar e acompanhar o nível de desenvolvimento do Estado, de seus municípios e Conselhos Regionais de Desenvolvimento do Rio Grande Do sul - COREDES, informando a sociedade e orientando os governos nas suas políticas socioeconômicas. O IDESE avalia de zero a um e, assim como IDH, permite que se classifique o Estado, os municípios ou os COREDES em três níveis de desenvolvimento: Baixo (índices até 0,499), médio (entre 0,500 e 0,799) ou alto (maiores ou iguais a 0,800). Segundo a Fundação de Economia e Estatística – FEE, Novo Hamburgo em 2009, teve o seguinte desempenho em termos de desenvolvimento socioeconômico.

ÁREA	IDESE	Classificação RS
Educação	0,860	264º
Renda	0,788	116º
Saneamento e domicílios	0,493	117º
Saúde	0,851	296º
IDESE	0,748	109º

Quadro – 4 Desempenho desenvolvimento Socioeconômico. Fonte: FEE 2009.

Analisando o quadro acima, podemos verificar que, de modo geral, o município na área da Saúde e Educação encontra-se com índices considerados elevados em relação aos parâmetros estabelecidos para o IDESE. Em relação à renda o padrão é considerado médio, entretanto, chama atenção especialmente em relação ao saneamento, onde Novo Hamburgo ainda apresenta baixos índices de cobertura segundo este levantamento realizado pela Fundação de Economia e Estatística (FEE).

- Aspectos Educacionais

Em termos de educação, os dados da tabela abaixo, demonstram que Novo Hamburgo possuía, em 2012, 4.252 crianças matriculadas no ensino pré-escolar, sendo que 80,69% eram atendidas na rede municipal de ensino. No ensino

fundamental dos 33.123 alunos matriculados, cerca de 58,63% eram vinculados as escolas municipais. Entretanto, no ensino médio o número de matriculados era de 10.269 alunos, sendo que 76,96% estavam vinculados a rede estadual e 23,04% a rede privada. No ensino superior predomina a rede privada, sendo que no período analisado em torno de 13.974 alunos estavam matriculados na Universidade Feevale, situada na cidade de Novo Hamburgo.

Níveis de ensino e distribuição dos alunos nas redes	Número alunos matriculados	%
Ensino Pré-Escolar – 2012	4.252	100
Escola Pública Estadual		
Escola Pública Municipal	3.431	80,69
Escola Privada	821	19,31
Ensino Fundamental – 2012	33.123	100
Escola Pública Estadual	10.207	30,82
Escola Pública Municipal	19.419	58,63
Escola Privada	3.497	10,56
Ensino Médio – 2012	10.269	100
Escola Pública Estadual	7.903	76,96
Escola Privada	2.366	23,04
Ensino Superior – 2011	46.961	100
Feevale	13.974	29,76
Unisinos	25.293	53,86
UERGS	7.694	16,38

Quadro – 5 Aspectos Educacionais. Fontes: Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) e Censo Educacional 2012.

- Infraestrutura Urbana

a) Habitação

Segundo Soares (2012, p. 26.) o número de assentamentos precários, desde 1980, vem crescendo em Novo Hamburgo. No ano de 2000 o IBGE já apontava 9.624 domicílios em assentamentos considerados precários, o que correspondia a 13,78% de domicílios particulares, permanentes, com uma população de 36.761 indivíduos. Esse contingente populacional representava 15,91% da população urbana municipal. Em 2010, esse número estimado chegava a

10.750 residências situadas em regiões precárias. Dentre os bairros que se destacam em termos de infraestrutura e vulnerabilidade social precária, temos os bairros Santo Afonso (divisa com o município de São Leopoldo), Canudos (divisa com o município de Cambo Bom), Kephass e Diehl (ao norte da rodovia RS 239). De acordo com Soares (2012, p. 27) O Censo do IBGE 2010 identificou 19 aglomerados considerados subnormais, sendo o conjunto constituído por no mínimo 51 unidades habitacionais instaladas em terreno de propriedade alheia, independente se pública ou privada, dispostas, em geral de maneira desordenada e densa.

Quantidade de domicílios (particulares ou coletivos por assentamento)	
Assentamento	Domicílios
Bairro Capanema	995
Vila Kephass Norte (São José)	132
Loteamento Nações Unidas	335
Vila Martin Pilger	109
Vila Moreira Travessão	59
Vila Ana Neri	414
Vila Campos	146
Vila das Flores (Canudos)	129
Vila Esperança II (Kephass)	185
Vila Esperança I (Kephass)	345
Vila Getúlio Vargas (Canudos)	547
Vila Grings	117
Vila Iguaçu (Canudos)	130
Vila Ipiranga	65
Vila Kipling (Canudos)	751
Vila Kraemer	99
Vila Odete	123
Vila Palmeira (Santo Afonso)	1.455
Vila União	225
Total	6.361

Quadro – 6 Domicílios em assentamentos. Acesso em 01/07/14 : <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61956/000867923.pdf?sequence=1>

b) Energia Elétrica

Em torno de 95% da população tem acesso à energia elétrica. Quem fornece energia elétrica no município é AESUL, uma empresa privada que recebeu concessão do governo do Estado para fornecer tal serviço. Ainda existem algumas ruas, onde este serviço inexistente, devido às condições de moradia irregular. Surge aí

a figura do rabicho ou “gato”, meio pelo qual estas pessoas ligam clandestinamente inúmeros fios à rede elétrica. (Plano Municipal de Saúde de Novo Hamburgo 2014, p. 27).

c) Saneamento

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água		
Abastecimento Água	1991	2000
Rede geral	86,0	79,0*
Poço ou nascente (na propriedade)	13,0	20,3
Outra forma	1,0	0,7
<i>*Neste período houve um aumento significativo de invasões irregulares, aumentando assim número de residências sem abastecimento de água da rede geral.</i>		
Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária		
Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	-	9,5
Fossa séptica	81,1	78,3
Fossa rudimentar	9,7	4,0
Vala	5,6	6,2
Rio, lago ou mar	-	0,4
Outro escoadouro	2,4	1,1
Não sabe o tipo de escoadouro	0,2	-
Não tem instalação sanitária	1,0	0,5
Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo		
Coleta de lixo	1991	2000
Coletado	94,9	99,0
Queimado (na propriedade)	2,4	0,5
Enterrado (na propriedade)	0,7	0,2
Jogado	1,8	0,3
Outro destino	0,2	0,1
Quadro-7 Saneamento básico. Fonte: IBGE/Censos Demográficos 2012		

Água:

O município de Novo Hamburgo é abastecido com água tratada pela Estação de Tratamento de Água situada no bairro Rondônia desde o ano de 1951, que com sua estação de bombeamento retirava 50 L s^{-1} de água do Rio dos Sinos, e usava no processo de potabilização o método clássico de tratamento, alcalinização, clarificação e desinfecção, usando para isso respectivamente hidróxido de cálcio ($\text{Ca}(\text{OH}_2)$), sulfato de alumínio ($\text{Al}_2(\text{SO}_4)_3$) e Cloro (Cl_2).

Hoje a captação, o tratamento e a distribuição de água no município é atividade de responsabilidade do Serviço de Água e Esgoto de Novo Hamburgo (COMUSA), uma empresa pública criada em 2008. O manancial de captação é o Rio dos Sinos, estando o ponto de captação localizado próximo a estrada da Integração Leopoldo Petry nas coordenadas geográficas – Latitude 29°43'52"64 S e Longitude 51°51'27".

O processo de tratamento empregado hoje é o mesmo que o usado quando do início da operação do sistema na década de 50, Coagulação/Floculação, Decantação/Sedimentação e filtração. Diferenças significativas do início da operação para os dias atuais estão no floculante empregado e o sistema de desinfecção, que desde o ano de 1999 são derivados de tanino e dióxido de cloro respectivamente somando-se aos produtos químicos usados no tratamento e purificação da água a adição de ácido silícico.

Em atendimento a legislação pertinente ao tratamento e distribuição de água para consumo humano, Portaria nº 518/2004 do Ministério da Saúde, o Serviço de água e Esgoto de Novo Hamburgo realiza monitoramento da água distribuída. Com este monitoramento mensal mais as determinações trimestrais e semestrais exigidas pelo Ministério da Saúde a COMUSA atende plenamente Portaria 518/2004 (Novo Hamburgo, COMUSA, 2014).

Poços/solução alternativa:

A região não atendida pelo sistema público de abastecimento e distribuição de água faz uso de poços para suprir as necessidades básicas da vida. A maioria destes sistemas individuais de abastecimento está localizada no bairro Lomba Grande, com predominância de atividades rurais.

A utilização deste tipo de obtenção de água está amparada na Lei Estadual nº 10.350 de 30 de dezembro de 1994, que diz em seu artigo 31º que “são dispensados da outorga os usos de caráter individual para satisfação das necessidades básicas da vida”.

Portanto tais perfurações de poços não são irregulares, contanto que o Estado ofereça à sociedade usuária destas águas o que está disposto no artigo 3º

parágrafo V desta mesma lei que estabelece “que é dever primordial do Estado oferecer à sociedade, periodicamente, para conhecimento, exame, debate e relatórios sobre o estado quantitativo e qualitativo dos recursos hídricos”. Para o atendimento desta premissa da lei a COMUSA desde o ano de 2000 analisa gratuitamente águas subterrâneas usadas no município.

Em razão do elevado índice de contaminação da água subterrânea desta região, as escolas municipais localizadas neste bairro contam com sistema individual de desinfecção e monitoramento operados pela COMUSA, garantindo a qualidade microbiológica da água utilizada nestes educandários. Assim como para o bairro rural este mesmo serviço é disponibilizado na região do perímetro urbano do município.

Esgoto

A rede de coleta de esgoto do município de Novo Hamburgo é mista, sistema no qual o escoamento pluvial e o esgotamento sanitário são conduzidos na mesma tubulação. A atual administração vem desenvolvendo projetos de captação de recursos, alguns já consolidados e que indicam num médio prazo de tempo que deverá atingir 80% do esgoto sanitário tratado.

4.3 Saúde do Município de Novo Hamburgo

As condições de saúde de uma população não dependem exclusivamente, dos serviços de saúde, mas principalmente, das condições socioeconômicas em que vive a população. Os serviços públicos têm um papel estratégico neste contexto, na medida em que podem contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida, através de ações e serviços de cunho preventivo e Inter setorial, além dos serviços assistenciais e curativos.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2014¹, de Novo Hamburgo, identificam-se inúmeros problemas que atingem especificamente as pessoas de

¹ A pesquisadora foi membro da comissão que elaborou o Plano de Saúde para o Município de Novo Hamburgo, 2014.

baixa renda, como desnutrição, doenças infecciosas e parasitárias, doenças respiratórias, tuberculose, doenças relacionadas à cárie dental e outras.

Também existem aquelas patologias que atingem todas as classes sociais, como as doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório, neoplasias, entre outras. O que chama a atenção é o elevado índice de alcoolismo, de drogadição, acidentes de trabalho e o aumento das doenças mentais, além das causas externas de morbimortalidade.

A influência do estresse, de maus hábitos alimentares, do consumismo, da vida social desregrada, contribui direta e indiretamente para o aparecimento e o crescimento dessas enfermidades.

4.3.1 Saúde do trabalhador

Os números de acidentes de trabalho revelam uma situação preocupante no Brasil. Em 2003, segundo dados da Previdência Social, ocorreram cerca 390.170 acidentes do trabalho no Brasil, sendo que destes, 2.403 acabaram indo a óbito.

Essa situação, por certo, se repete em Novo Hamburgo, guardadas as devidas proporções. Em outubro de 2005 foi realizada a Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador que deliberou pela criação de um serviço municipal voltado para esta área. Neste evento o Gestor Municipal destacou para os participantes que a Secretaria de Saúde comprometia-se em criar este atendimento pelo SUS em Novo Hamburgo, entretanto, o Centro até o presente momento não foi implantado. O Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador é um serviço proposto pelo Ministério da Saúde que recebe recursos para implantação e custeio. (Plano Municipal de Saúde Novo Hamburgo, p.36, 2014).

4.3.2 Mortalidade Infantil e Materna

Em 2012 a mortalidade infantil foi de 11,9/1.000, o que representa um pequeno aumento com relação ao ano anterior. Em relação à mortalidade infantil

tardia (de 28 dias a 01 ano), os óbitos infantis estão diretamente relacionados às condições socioeconômicas da família, por isso, a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nas unidades de saúde, mesmo reconhecendo as dificuldades de intervir nos aspectos econômicos e sociais.

Coeficiente	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Neonatal Precoce	5,17	6,9	5,13	8,13	4,99	5,46	3,83
Neonatal Tardia	2,59	5,27	1,17	2,37	3,43	3,21	3,13
Total Neonatal	7,76	12,17	6,84	10,5	8,42	8,66	6,96
Infância Tardia	5,54	8,11	2,05	3,73	2,5	3,21	4,87
Infantil	13,3	16,42	8,89	14,23	10,92	11,87	11,83

Quadro – 8 Coeficiente de mortalidade infantil. Fonte: SIM SES/RS e SMS/NH – Em 2013 a SES/RS divulgou dado oficial de 2012 com uma casa após a vírgula, sendo que a mortalidade infantil ficou em 11,9/1000 nascidos vivos.

Observando o quadro a seguir referente aos índices de mortalidade infantil, por bairro pode-se fazer a leitura de que apesar das equipes de saúde da família atuarem no município desde os meados de 2010, os indicadores não tiveram mudanças significativas, apresentando uma estabilização dos dados. Temos que considerar que os resultados do trabalho destas equipes começam a aparecer de médio a longo prazo. Informamos também que a implantação das ESFs no ano de 2012 chegou a de 35%. Acreditamos que resultados mais efetivos serão alcançados com implantação de no mínimo 80% de cobertura de população. Os dados a seguir também mostram que é nos bairros onde se concentram o maior número de moradias precárias, invasões irregulares, maior concentração de munícipes em situação de vulnerabilidade social, que se destacam em relação aos óbitos infantis.

Fonte: SINASC/SIM	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Alpes do Vale							
Boa Saúde	01	03		01	01		01
Boa Vista	01						
Canudos	12	12	06	14	11	18	14
Centro	01	02			01	01	01
Guarani	01						
Hamburgo velho		02			01		
Ideal	02	01			01		01
Industrial							
Jardim Mauá		01	02	01		01	
Liberdade	01			01			
Lomba Grande		01		04	01		
Operário		01					01
Ouro Branco							
Pátria Nova							
Petrópolis							
Primavera			02	02	01	01	
Rincão	02	01	02	01	03	02	01
Rio Branco							
Rondônia		04	01	06	02	03	04
Roselândia	04	02	01	03		01	01
Santo Afonso	07	07	05	04	07	06	07
São Jorge	03	04	01	02	01	01	01
São José	02	04	04	02	03	04	01
Vila Diehl	01	03	01		02		01
Vila Nova	01		01	01	01		
Vila Rosa				01			
Total	42	48	26	43	36	39	34

Quadro – 9 Óbitos infantis por bairros. Fonte SIM/SINAS/SMS 2014.

Ao analisar os relatórios da SMS referente à investigação das causas dos óbitos infantis encontramos destacadamente a prematuridade, a má formação congênita e a aspiração de mecônio.

Será que os números de óbitos por prematuridade e por má formação congênita podem estar associados diretamente com o local de trabalho dos progenitores? As indústrias calçadistas onde a maioria desses trabalhadores atua, utilizam substâncias altamente tóxicas no preparo da sua matéria prima. Tão importante quanto às causas acima, identificou-se que a linha de produção, em boa parte das indústrias calçadistas, ainda impede que seus trabalhadores, na maioria mulheres, possam fazer suas necessidades fisiológicas com a frequência

necessária. Depreende-se daí empiricamente que o alto índice de infecções urinárias de repetição apresentada neste grupo de trabalhadoras possa ser uma das situações de risco para um parto prematuro.

Causas de óbitos Infantis - Novo Hamburgo – 2010 a 2013.								
Causa	2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acidente de Transito			3	8,33	1	2,56	1	2,94
Anencefalia	1	2,32						
Anencefalia					1	2,56		
Asfixia					3	7,69		
Aspiração Conteúdo Gástrico	5	11,62						
Aspiração de Mecônio	3	6,97	1	2,77	1	2,56	3	8,82
Atrofia Muscular							1	2,94
Broncopneumonia					1	2,56		
Circular de cordão	1	2,32						
Eclampsia materna	1	2,32						
Falência múltipla dos órgãos	1	2,32						
Gastrosquise	1	2,32	2	5,55				
Hidrocefalia							1	2,94
Hiperplasia Arterial pulmonar					1	2,56		
HIV			1	2,77			1	2,94
Indeterminado	2	4,65					1	2,94
Má Formação Congênita	5	11,62	7	19,44	9	23,07	11	32,35
Membrana Hialina					1	2,56		
Menino encefalite							1	2,94
Morte súbita			1	2,77				
Onfalocele							1	2,94
Pneumonia			3	8,33				
Prematuridade	22	51,16	17	47,22	20	51,28	10	29,41
Septicemia			1	2,77				
Síndrome Down					1	2,56	1	2,94
Síndrome West							1	2,94
Tuberculose							1	2,94
Trissomia Cromossomo 18	1	2,32						
TOTAL	43	100	36	100	39	100	34	100

Quadro - 10 referente a causas dos óbitos infantis Fonte: SIMSINASC/ SMS.

Em relação à **Mortalidade Materna**, Novo Hamburgo registrou três óbitos, em 2012, um índice de 93,93 óbitos por 100.000 nascidos vivos. É possível melhorar esses indicadores, para isso, se preconiza especialmente investimentos na

qualificação da atenção à gestante no pré-natal e na hora do parto, com o aumento do número de ESFs, conseqüentemente aumenta às portas de entrada dos serviços de atenção a saúde, favorecendo a identificação precoce de gestantes, e encaminhamentos das mesmas para o Pré-Natal de alto risco, quando houver necessidade, sem que essas percam o vínculo com o serviço de referência do seu bairro.

4.3.3 Prematuridade e Pré-Natal

Em outubro de 2002 a Secretaria de Saúde implantou o programa SIS-PRÉNATAL com objetivo de melhorar o número de consultas e a qualidade do pré-natal na rede vinculada ao SUS. O programa do Ministério preconiza no mínimo seis consultas por gestante, para ser considerado pré-natal adequado. Nas tabelas abaixo ocorre o mesmo que aconteceu com os indicadores de mortalidade infantil, não houve mudanças significativas, além da baixa cobertura de ESF, este fato também ocorre pela dificuldade do acesso às consultas devido ao horário de trabalho das mesmas, as empresas principalmente as calçadistas que empregam uma grande parte da população feminina em fase adulta reprodutiva, não abonam comprovantes de consulta médica, apenas atestado do dia, e muitas mulheres para não perder a bolsa família no final do mês acaba buscando atendimento médico para pré-natal depois do 5º ou 6º mês de gestação, muitas vezes ainda escondem o máximo que podem a fim de evitar a insistência dos trabalhadores da saúde para o acompanhamento devido.

2011

Indicadores / Trimestres	1º	2º	3º	4º	Total
Prematuridade	14,80%	14,80%	14,43%	10,78%	13,73%
7 ou + Cons. Pré-Natal	73,60%	73,30%	69,11%	69,56%	71,66%

2012

Indicadores / Trimestres	1º	2º	3º	4º	Total
Prematuridade	12,85%	13,46%	9,85%	11,80%	12,49%
7 ou + Cons. Pré-Natal	67,35%	74,17%	74,70%	76,30%	73,02%

Quadro- 11 prematuridade e pre- natal

fonte: SMS 2012

4.3.4 Nascidos Vivos

Observa-se redução significativa nos números de nascidos vivos nos anos de 2008 a 2010, pode-se relacionar a desestabilização econômica no município onde a falência e fechamento de muitas empresas principalmente das indústrias calçadistas deixaram muitas famílias desempregadas, e inclusive muitas dessas voltaram para seus municípios de origem no interior do estado para viver da agricultura.

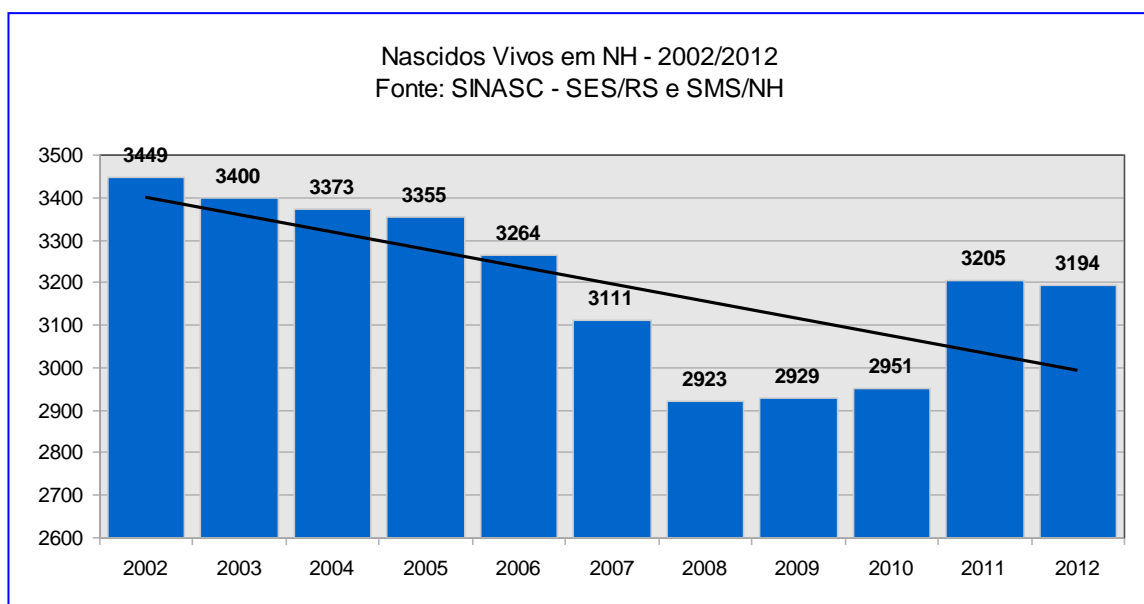


Figura – 1 Referente ao número de nascidos vivos. Fonte: SIN/SINASC/SMS

Conforme dados do Relatório Parcial de Gestão da SMS de Novo Hamburgo, do primeiro quadrimestre de 2014, o número de nascidos vivos em Novo Hamburgo volta a cair de maneira súbita, passa de 3.194 no ano de 2012 para 2.873 no ano de 2013. Uma diferença de 321 nascidos vivos.

Este fato pode estar ocorrendo por dois motivos, um deles é que temos o retrato de uma população que esta envelhecendo, e outro número de mulheres em idade reprodutiva é maior que o número de homens, que nos leva a refletir sobre a possibilidade de que os homens jovens em idade reprodutiva são os mesmos que também que se envolvem em acidentes de transito por imprudência e uso abusivo

de álcool e outras drogas, em disputas do tráfico e acabam sendo vítimas de homicídios, morrendo antes de ter filhos.

Supomos que a implantação das ESFs tem facilitado o acesso aos serviços de saúde na atenção básica, favorecendo o alcance de métodos contraceptivos e orientações referentes ao planejamento familiar.

4.3.5 Cobertura Vacinal

Esse trabalho coordenado pela Vigilância em Saúde do município conta com o apoio de toda rede de saúde, em especial as unidades básicas de saúde - UBS, as unidades da estratégia de saúde da família - ESF, além de outros serviços e programas, como o desenvolvido junto ao Hospital Municipal de Novo Hamburgo, através dos Amigos do Bebê, que orienta as mães a partir do nascimento da criança.

Vacinas 2012	Trimestre				
	1º	2º	3º	4º	Total
PÓLIO (a partir 3º tri. Passou para VOP)	109,44%	92,75%			
BCG (Tuberculose)	129,82%	120,08%	115,59%	105,87%	117,84%
HEPATITE B (está com a penta e hexa)	93,71%	94,26%			
TETRAVALENTE (Tétano, Difteria, Coqueluche, Hib)	107,11%	81,96%			
TRIVIRAL	96,03%	108,60%	111,49%	91,12%	101,81%
VIP/VOP/HEXA			90,83%	106,68%	98,75%
HEPATITE B+PENTA+HEXA			98,22%	107,51%	102,86%

Quadro – 11 Cobertura Vacinal Fonte: RGMS 2012

A cobertura vacinal de Novo Hamburgo, em 2012, registrou índices superiores ao preconizado pelo Ministério da Saúde, que estabelece um patamar mínimo de 95% para cada tipo de vacina. A ultrapassagem da cobertura vacinal aos 100% esperado pode estar relacionada com a existência de Unidades de Saúde próximo das divisas intermunicipais, o que leva os moradores de São Leopoldo, Campo Bom e Estancia Velha, buscarem o atendimento em Novo Hamburgo, pela facilidade de acesso e proximidade das Unidades de Saúde de suas residências.

4.3.6 Gravidez na Adolescência

Conforme o quadro a taxa de gravidez na adolescência oscilou entre 16,91 e 16,13%. Encontramos variações consideráveis quando analisamos esses dados por bairro. Em 2012, 06 (seis) bairros alcançaram um índice superior a média da cidade (16,13%). Os bairros que se destacaram neste período foram os seguintes: Vila Diehl (24,14), São José (23,73%), Santo Afonso (23,61%), Boa Saúde (20,95%), Roselândia (20,27%) e Canudos (19,35%).

Nestes bairros onde se destacam os números de gravidez na adolescência também são os bairros que encontramos índices elevados de vulnerabilidade social e ocupações irregulares, localidades estas, que também foram pioneiras na implantação das ESFs.

% Gravidez na Adolescência	2011	2012
Bairro	%	%
Vila Diehl	26,23	24,14
São José	24,26	23,73
Santo Afonso	24,62	23,61
Boa Saúde	20,00	20,95
Roselândia	25,35	20,27
Canudos	18,39	19,35
São Jorge	18,64	15,19
Lomba Grande	18,39	14,58
Rondônia	13,19	14,04
Rincão	8,89	13,75
Industrial	11,76	12,24
Guarani	9,52	12,12
Ideal	5,56	11,11
Liberdade	15,00	10,87
Boa Vista	3,13	10,00
Primavera	18,37	9,09
Operário	12,50	7,14
Petrópolis	19,05	6,45
Jardim Mauá	10,45	6,25
Hamburgo Velho	5,56	4,76
Ouro Branco	7,69	4,17
Vila Rosa	3,33	4,00
Centro	4,30	2,88
Vila Nova	9,62	1,89
Alpes do Vale	0,00	0,00
Pátria Nova	3,23	0,00
Rio Branco	0,00	0,00
Novo Hamburgo	16,91	16,13

Quadro- 12 % de gravidez na adolescência. Fonte: SINASC/SMS/NH- 2012

4.3.7 Internações SUS e mortalidade geral da população de Novo Hamburgo

As duas tabelas abaixo, que tratam sobre as principais causas de internação da população pelo SUS em Novo Hamburgo, assim como as principais causas de mortalidade geral, realçam especialmente os grupos das doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as causas externas e as doenças do aparelho respiratório.

Esse perfil epidemiológico alerta para a necessidade de trabalhos de prevenção e promoção da saúde, de modo, a reduzir a prevalência do infarto agudo do miocárdio, dos acidentes vasculares, dos acidentes de trânsito, do câncer de pulmão, próstata, de mama, colo de útero, das pneumonias, entre outras doenças.

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - RS Internações segundo Capítulo CID-10 Município: Novo Hamburgo/Período: 2012		
Capítulo CID-10	Internações	%
TOTAL	14.928	100,00
Gravidez, parto e puerpério	2.449	16,41
Lesões envenenamento e algumas outras consequências causas externas	2.048	13,72
Doenças do aparelho circulatório	*1.873	12,55
Doenças do aparelho respiratório	*1.696	11,36
Doenças do aparelho digestivo	*1.680	11,25
Neoplasias (tumores)	977	6,54
Doenças do aparelho geniturinário	882	5,91
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	692	4,64
Transtornos mentais e comportamentais	679	4,55
Algumas afecções originadas no período perinatal	320	2,14
Doenças do sistema nervoso	298	2,00
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	271	1,82
Sintomas sinais e achados anormalidades ex clín e laborat	229	1,53
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	221	1,48
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	220	1,47
Malformação congênita deformidade e anomalias cromossômicas	129	0,86
Contatos com serviços de saúde	94	0,63
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	85	0,57
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	48	0,32
Doenças do olho e anexos	31	0,21
Causas externas de morbidade e mortalidade	6	0,04
Notas: Situação da base de dados nacional em 09/09/2013. Dados de 2012 (até dezembro) e 2013 (até julho) sujeitos a retificação.		

Quadro – 13 Morbidade Novo Hamburgo Fonte: SIM SES/RS e SMS/NH- 2012

Mortalidade Geral Novo Hamburgo - Grupo CID 10	2011		2012	
	Total		Total	
Doenças Aparelho Circulatório	356	24,22	373	23,80
Neoplasias (Câncer)	252	17,14	295	18,83
Causas Mal Definidas	163	11,09	165	10,53
Doenças Aparelho Respiratório	231	15,71	234	14,93
Causas Externas	140	9,52	168	10,72
Doenças Infeciosas e Parasitárias	67	4,56	52	3,32
Doenças Aparelho Digestivo	64	4,35	60	3,83
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	61	4,15	70	4,47
Algumas Afecç. Originadas Período Perinatal	38	2,59	43	2,74
Doenças do Aparelho Geniturinário	27	1,84	32	2,04
Demais Grupos de Causa	71	4,83	75	4,79
T o t a l	1.470	100,00	1.567	100,00

Quadro - 14 causas de mortalidade. Fonte: SIM SES/RS e SMS/NH- 2012

Depreende-se a partir dos dados apresentados nos quadros 13 e 14 que o município deve realizar um plano de atuação junto à população que está na fase produtiva de suas vidas, trabalhadores e trabalhadoras que não conseguem cuidar adequadamente de sua saúde, não conseguem acessar os serviços de saúde para consultas de rotina e prevenção, pois no horário que estes estabelecimentos estão atendendo, estes hamburgueses estão em seus locais de trabalho, muitas vezes buscam os serviços de saúde apenas quando há uma urgência ou emergência, acabam fazendo como muitos de nós, trabalhadores da saúde, apagam o incêndio do dia.

O número de hospitalizações por causas externas nas quais podemos considerar violência, acidente de trânsito, envenenamento, tentativa de suicídio, não pode passar despercebido pela gestão da saúde de Novo Hamburgo, deve-se incluir no Plano Municipal de saúde, intervenções na questão do uso de álcool e outras drogas, pois tais substâncias estão diretamente ligadas a tais acontecimentos.

4.3.8 Neoplasias

O quadro abaixo estabelece uma estimativa para casos novos de câncer, em Novo Hamburgo, baseada em estudo realizado pelo INCA para o Rio Grande do Sul e Porto Alegre. Através deste levantamento pode-se concluir que em homens os

maiores riscos são as neoplasias relacionadas à próstata e ao aparelho respiratório (pulmão). Nas mulheres os maiores riscos são provenientes da neoplasia de mama, cólon e reto e pulmão.

Localização Primária	Estimativa de casos novos em Novo Hamburgo /13			
	Homens		Mulheres	
	Estados		Estados	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	92	79,27	0	0,00
Mama Feminina	0	0,00	100	81,07
Colo do Útero	0	0,00	19	15,05
Traquéia, Brônquio e Pulmão	60	51,64	30	24,71
Cólon e Reto	27	23,04	31	25,38
Estômago	16	14,09	10	8,19
Cavidade Oral	14	11,78	4	3,31
Laringe	12	10,68	0	0,00
Bexiga	12	10,29	5	3,76
Esôfago	21	18,01	8	6,60
Ovário	0	0,00	11	9,27
Linfoma não Hodgkin	10	8,35	8	6,14
Glândula Tireoide	0	0,00	14	11,50
Sistema Nervoso Central	9	7,67	9	7,20
Leucemias	8	6,88	6	5,20
Corpo do Útero	0	0,00	8	6,39
Pele Melanoma	8	6,71	8	6,36
Outras Localizações	79	68,03	69	55,85
Subtotal	367	316,16	340	275,71
Pele não Melanoma	91	78,69	77	62,66
Todas as Neoplasias	458	394,83	417	338,34
Taxa bruta calculada com base em 100.000/habitante/ano				

Quadro- 15 Estimativa Para Casos Novos de Câncer, em Novo Hamburgo.

Fonte: INCA/SMS-NH - Estimativa baseada em dados disponíveis para RS e IBGE 2012

4.3.9 Violência Urbana

Entre os indicadores, a violência é um dos que mais se destacam marcadas pelos altos índices de homicídios, brigas, assaltos, tráfico de drogas, prostituição, abandono de meninos e meninas, desagregação familiar entre outras formas (Plano Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, 2014, p. 44).

A seguir, apresentamos os dados sobre o número de homicídios por bairro em Novo Hamburgo.

Com relação à taxa de homicídios em Novo Hamburgo em 2012 (período disponível), foi de 4,18/10.000. Este índice é elevado, considerando-se os seguintes parâmetros: muito baixo vai de **0,00 a 0,50/10.000**, baixo vai de **0,50/10.000 a 0,70/10.000**, médio vai de **0,70/10.000 a 0,80/10.000** e alto vai de **0,80/10.000 a 1,00/10.000** (Indicador baseado na publicação: Mapa da inclusão e exclusão social de Porto Alegre, que utiliza o Atlas da Exclusão Social no Brasil: dinâmica e manifestação territorial).

Homicídios em Novo Hamburgo – 2012		
Bairro	Total	%
Santo Afonso	30	30,0
Canudos	27	27,0
Roselândia	7	7,0
São José	7	7,0
Boa Saúde	5	5,0
Primavera	4	4,0
São Jorge	4	4,0
Guarani	3	3,0
Rincão	3	3,0
Rondônia	3	3,0
Centro	1	1,0
Ideal	1	1,0
Vila Diehl	1	1,0
Boa Vista	1	1,0
Jardim Mauá	1	1,0
Industrial	1	1,0
Ouro Branco	1	1,0
Total	100	100

Quadro – 16 número de homicídios por bairro

Fonte: SIM/SMS-NH 2012.

4.3.10 Algumas doenças notificação obrigatória

No quadro abaixo se destaca o número elevado de atendimento antirrábico no município, sendo que o mesmo possui um Centro de Controle de Zoonoses e Vetores, a lei municipal Nº 433/2000, de 22 de novembro de 2000. Dispõe sobre controle e proteção de populações animais, bem como sobre a prevenção de zoonoses no município de Novo Hamburgo maiores informações sobre a lei consultar site do município (www.novohamburgo.rs.gov.br).

Epidemiologia	Incidência p/100.000 Habitantes			
	2010	2011	2012	2013
Tuberculose	54,38	59,38	48,11	52,00
Meningite	35,56	19,65	19,79	38,30
AIDS (Adulto e Criança)	47,27	33,45	9,21	32,20
Gestante portadora HIV	14,64	8,36	11,64	16,50
Hepatites virais	14,64	78,49	23,67	72,50
Leptospirose	2,51	5,02	1,94	18,90
Atend. antirrábico humano * serviço de zoonoses	243,46	292,28	264,99	331,00
Síndrome corrim. Cervical.	32,21	25,51	15,52	2,14

Quadro - 17 referente a doenças de notificação.

Fonte: SINAN – SMS/NH – Departamento de Vigilância em Saúde- 2013

Tais indicadores podem estar associados à enchente que ocorreu no início do segundo semestre de 2013, onde muitas regiões do município ficaram alagadas e o número de atendimento na área da saúde referente a investigação de doenças como hepatites virais, leptospirose e a administração de vacina antirrábica por acidentes com animais de rua aumentou consideravelmente, e conseqüentemente o número de notificações.

Também devemos considerar a forma como o setor de controle de zoonoses e vetores está desenvolvendo suas ações, tais dados merecem aprofundamento e outros estudos.

4.3.11 Atenção a Saúde do Idoso

Em Novo Hamburgo, como no Rio Grande do Sul, percebe-se o crescimento da população acima de 65 anos. Em 2012, o RS estava próximo da taxa de 10%, semelhante há alguns países desenvolvidos, onde esta faixa etária tem uma grande participação. No município a população idosa, neste período, se situa em torno de 7,3% da população total, sendo que a tendência nos próximos anos é de continuar crescendo. Esses índices indicam a necessidade de adequar os serviços a essa realidade, por isso, a necessidade de manter e ampliar ações voltadas para os idosos, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento e ao enfrentamento dos problemas de saúde pertinentes a esse grupo. O idoso tem atendimento diferenciado na atenção básica, não precisando entrar na fila, tendo prioridade na consulta médica e no atendimento de enfermagem, conforme preceito legal (Plano Municipal de Saúde Novo Hamburgo 2014).

Tendo em vista a mudança na pirâmide etária, prevista para os próximos vinte ou trinta anos, que estima um grande percentual de idosos, torna-se urgente o desenvolvimento de ações e políticas de saúde direcionadas a esta camada da população. Na saúde pública a pressão por serviços, equipamentos, medicamentos, programas de atenção, leitos hospitalares, entre outros, será possivelmente uma constante para as próximas décadas (Plano Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, 2014, p.46).

5 A REDE SUS EM NOVO HAMBURGO

5.1 Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde (SMS)

A Estrutura Organizacional Básica da Secretaria Municipal da Saúde e competências, estabelecida pela Lei Municipal nº. 2069/2009, de 17 de dezembro de 2009 (Art. 11), compete desenvolver e executar as políticas e os planos e programas na área da saúde no âmbito do Município, voltados para a melhoria da qualidade de vida da população em geral, prestando-lhe assistência, mantendo serviços na lógica da atenção integral, por meio da atuação de equipe multiprofissional; executar o processamento e realizar a receita e a despesa da pasta, no Município, respondendo seu titular como seu ordenador geral; distribuir medicamentos e exercer a fiscalização da saúde mediante o desenvolvimento de ações e serviços para a promoção, prevenção e assistência, planejados a partir da avaliação epidemiológica e socioeconômica, considerando as especificidades locais. A SMS objetiva a autonomia dos usuários, seus grupos familiares e comunidade, por meio da Educação Permanente em Saúde.

Parágrafo Único - A Estrutura Organizacional Básica da Secretaria Municipal da Saúde compreende as seguintes unidades administrativas:

- I. Administração Central
 - a) Assessoria Executiva
 - b) Gerência de Gestão do Fundo Municipal de Saúde
 1. Departamento de Controle:
 - 1.1. Seção de Contabilidade
 - 1.2. Seção de Convênios e Contratos
 - 1.3. Seção de Prestação de Contas
 - c) Gerência de Projetos e Captação de Recursos
 - d) Gerência da Ouvidoria do SUS
- II. Diretoria de Saúde.
 - a) Gerência de Atenção Integral à Saúde:
 1. Departamento da Saúde da Mulher
 2. Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente
 3. Departamento da Saúde da Pessoa Idosa
 4. Departamento de Saúde Bucal

5. Departamento da Saúde do Homem
 6. Departamento de DST/HIV/AIDS
 7. Departamento de Doenças Infectocontagiosas
 8. Departamento de Humanização
 9. Departamento de Práticas Integrativas e Complementares
- b) Gerência de Vigilância em Saúde:
1. Departamento de Vigilância Sanitária
 2. Departamento de Vigilância Epidemiológica
 3. Departamento de Vigilância Ambiental
 4. Departamento de Vigilância em Saúde do Trabalhador e DANTES
- c) Gerência de Média e Alta Complexidade:
1. Departamento de Média Complexidade
 2. Departamento de Alta Complexidade
- d) Gerência de Assistência Farmacêutica:
1. Departamento de Assistência Farmacêutica
- e) Gerência de Saúde Mental:
1. Departamento de Gestão dos Centro de Atendimento Psicossocial
 2. Departamento de Gestão da Oficina de Geração de Trabalho e Renda
- III. Diretoria Administrativa
- a) Gerência de Gestão de Pessoas:
1. Departamento de Administração e Protocolo
 2. Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos
- b) Gerência de Regulação, Auditoria, Monitoramento e Avaliação:
1. Departamento de Regulação
 2. Departamento de Auditoria
- c) Gerência de Logística:
1. Departamento de Patrimônio
 2. Departamento de Transportes
 3. Departamento de Informática

5.2 Estrutura da Fundação de Saúde de Novo Hamburgo (FSNH)

A Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH) foi criada em 19 de maio de 2009, mediante a transformação da autarquia municipal Hospital

Municipal de Novo Hamburgo em fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, conforme a Lei Municipal Nº 1980/2009. Dentre os principais artigos da referida lei destacamos os artigos primeiro, segundo, sexto, sétimo e oitavo, que define o papel da Fundação, suas atribuições e estabelece sua vinculação a Secretaria Municipal de Saúde. (www.fsnh.net.br)

A Rede Pública de Saúde do município é composta por:

- Hospital: Hospital Municipal de Novo Hamburgo;
- Pronto Atendimento: PA do Centro e a UPA Canudos;
- Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 26 equipes de saúde da família:
 1. Getúlio Vargas;
 2. Boa Saúde;
 3. Roselândia;
 4. Rondônia;
 5. Morada dos Eucaliptos;
 6. Iguaçu;
 7. Guarani;
 8. São José – Kephaz;
 9. Petrópolis (Administrado pelo Hospital Regina);
 10. Mundo Novo (Administrado pelo Hospital Regina);
 11. Vila Palmeira (Administrado pelo Hospital Regina);
 12. Lomba Grande.
- 7 Unidades Básicas de Saúde:
 1. Canudos;
 2. Primavera;
 3. Redentora;
 4. Santo Afonso;
 5. Kraemer;
 6. Liberdade;
 7. Rincão.

- Vigilância em Saúde (Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica);
- Serviço de Atendimento Domiciliar (SAE);
- 1 Laboratório Público;
- Farmácia Comunitária;
- Farmácia Popular do Brasil;
- 2 Centros de Diagnóstico por Imagem – Ecografia e Mamografia;
- 1 Base SAMU;
- 5 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS):
 1. CAPS Centro;
 2. CAPS Canudos;
 3. CAPS Santo Afonso;
 4. CAPS AD Álcool e Drogas;
 5. CAPSI Infantil.
- 1 Oficina de Geração de Renda;
- 1 Casa de Vacinas;
- 1 Serviço de Atenção Básica e Especializada em Nutrição (NUTRIR).

O quadro do pessoal da saúde em 31/12/2012 era composto por 1702 funcionários, sendo 34,47% de nível superior, 47,65% de nível médio e, 17,86% com nível fundamental (Plano Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, 2014).

O total de ACS contratados pela FSNH em 2012 conforme o quadro acima na linha em amarelo totalizava 68 trabalhadores, conforme Relatório Anual de Gestão da SMS do ano de 2013, no dia 31 de dezembro de 2013 o número de ACS contratados pela FSNH havia aumentado para 90 ACS, o que mostra aumento progressivo na implantação das ESFs (Relatório de Gestão de Novo Hamburgo, 2014, p.13).

A perspectiva até final de 2016 é passar para 194 ACS em Novo Hamburgo, o município esta em plena fase de ampliação das ESFs, no momento a FSNH está com edital aberto para concurso público com um total de 104 vagas para o cargo de ACS (www.fsnh.net.br).

5.3 Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC).

Há necessidade de qualificação e aperfeiçoamento constante e permanente dos profissionais de saúde, priorizando as ações de educação permanente, a fim de garantir a qualificação na rede de atenção a saúde e a humanização do atendimento nos serviços de saúde.

O NUMESC é a estrutura da Secretaria de Saúde do município, responsável pela implementação da estratégia de educação em saúde, da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da educação continuada e permanente junto aos Distritos de saúde e/ou diretamente nos locais de trabalho, firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS.

O NUMESC se propõe a desenvolver os marcos referenciais da saúde coletiva, de acordo com as diretrizes do SUS, tem papel efetivo no ensino e pesquisa. O desenvolvimento do processo de trabalho deverá respeitar as peculiaridades do município, sendo importante o diagnóstico inicial de problemas e necessidades junto à Secretaria Municipal de Saúde para a elaboração conjunta de planejamento estratégico. Um processo de educação permanente e continuada deve ter como objetivo primordial “a transformação do processo de trabalho”, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. “O planejamento de um processo de educação permanente precisa estar adequado às necessidades loco regionais, utilizando todos os recursos potenciais, especialmente o aparelho formador de recursos humanos”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.11-12).

No município de Novo Hamburgo o NUMESC foi instituído a partir da portaria Nº 1.092/2013 de 03 de julho de 2013 como estratégia de fortalecimento das ações de educação em saúde no âmbito dos serviços de saúde do município. Cabendo ao NUMESC fomentar a intersetorialidade por meio de reuniões sistemáticas com as demais secretarias do município e entre os diferentes setores da SMS. A composição do NUMESC foi definida pelo Secretário Municipal de Saúde, e a nomeação dos integrantes foi realizada através da portaria Nº 1385/2013 de 30 de agosto de 2013 da qual esta pesquisadora faz parte.

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos adotados para a coleta dos dados e o desenvolvimento do estudo foram realizados a partir de várias fontes de evidência. Primeiramente uma revisão da literatura principalmente ao que se refere aos preceitos legais das várias esferas de governo que tratam da atuação de um agente comunitário de saúde nas Equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Na sequência realizamos análise documental junto ao setor de recursos humanos, onde foram observados os contratos destes trabalhadores com a instituição possibilitando assim identificar o quantitativo de ACS por território e o tempo de atuação dos mesmos, delimitando o universo de ACS que estavam aptos a participar da próxima fase.

Durante a visita para a coleta dos dados, a pesquisadora explicou a todos os presentes os objetivos a serem alcançados com este estudo. Após a leitura e assinatura do TCLE², aos trabalhadores que se dispuseram a participar do estudo foi aplicado um questionário fechado. Este teve por objetivo desvelar a situação territorial no processo saúde-doença, as necessidades de formação para estes profissionais e qual o nível de compreensão deste trabalhador sobre as suas atribuições e responsabilidades junto à instituição e aos usuários do SUS.

Na sequência foi realizada uma entrevista semiestruturada com um ACS de cada Equipe de Saúde da Família, obtivemos o total de 7 entrevistas. Estes foram escolhidos por sorteio aleatoriamente de forma que se tivesse no mínimo um representante de cada unidade de saúde da família, para que assim pudéssemos conhecer o perfil destes trabalhadores e suas necessidades de acordo com territórios setoriais e a abrangência de cobertura das Equipes de Saúde da Família em Novo Hamburgo.

A entrevista semiestruturada teve como eixo da conversa as narrativas das experiências profissionais e pessoais destes indivíduos no território da sua atuação. Estas foram gravadas e transcritas de forma a manter o anonimato do informante. As informações coletadas foram utilizadas apenas para efeito deste estudo e serão guardadas pelo pesquisador pelo período de cinco anos quando então serão descartadas por incineração.

² Apêndice B

6.1 Análise dos Dados

De acordo com Gil (2002, p.141):

Como o estudo de caso vale-se de vários procedimentos de coleta de dados, os mais variados, o processo de análise e interpretação pode, naturalmente, envolver diferentes modelos de análise [...]. O mais importante na análise e interpretação de dados no estudo de caso é a preservação da totalidade da unidade social.

Os dados são o resultado final do processo, na interpretação dos mesmos foi produzido o atual relatório. Para este estudo referente ao perfil do agente comunitário de Novo Hamburgo optou-se pela análise quanti- qualitativa.

Na análise quantitativa utilizamos a estatística modal com o recurso da média ponderal tendo em vista a classificação das categorias frente as prioridades dadas pelos sujeitos da pesquisa.

As entrevistas semi-estruturadas permitiram identificar os dados qualitativos, que são representantes do que ocorre no cotidiano desses sujeitos pesquisados.

6.2 Sujeitos do Estudo

O universo dos sujeitos que participantes do estudo compõe-se de 42 agentes dos comunitários de saúde, dos 68 concursados pela FSNH, que estavam atuando há mais de 10 meses até o final do mês de maio de 2013 no município de Novo Hamburgo. Do total dos 68 agentes identificados na primeira fase do estudo, 26 não participaram do estudo, 13 destes ACS não estavam atuando mais na instituição por término de contrato, 06 estavam de férias no período das visitas, 04 em licença saúde e, 03 não quiseram participar do estudo.

Dos Agentes Comunitários de Saúde, de Novo Hamburgo, que responderam os questionários temos o seguinte perfil:

Faixa etária:	Total	%
De 25 até 35 anos.	08	19,05%
De 35 até 45 anos	18	42,86 %
De 45 até 60 anos	16	38,09 %
Total	42	100%
Sexo:		
Feminino:	34	80,95%
Masculino:	08	19,05%
Total	42	100%
Nível de escolaridade:		
Ensino Fundamental:	15	35,71%
Ensino Médio:	27	64,29%
Total	42	100%
Tempo de vínculo com a instituição		
10 meses	9	21,42%
1 ano	20	47,61%
2 anos ou mais	13	30,95%

Quadro - 20 Perfil Agentes Comunitários de Saúde. Fonte: questionário pesquisa/2014 e banco de dados RH/FSNH 2012.

Os ACS estão distribuídos e desempenhando suas atividades nas seguintes Unidades de saúde Da Família: USF Iguazu, USF Getúlio Vargas e USF Morada dos Eucaliptos, todas localizadas nas periferias do bairro Canudos, USF Boa Saúde localizada no bairro Boa Saúde, USF Lomba Grande no bairro Lomba Grande, USF Roselândia no bairro Roselândia, e USF Kephas no bairro Kephas.

Para efeitos deste estudo, incluímos na amostra os trabalhadores que estavam atuando na FSNH há mais de 10 meses até o dia 31 de maio de 2013, pois isto possibilitaria aos mesmos o conhecimento das práticas de saúde realizadas nos seus locais de trabalho.

Cabe neste momento realizar um comparativo das atribuições e deveres dos Agentes Comunitários de Saúde definidas pelo Ministério de Saúde (BRASIL PNAB, 2011, p 48-50), e as definidas pela Fundação Municipal de Saúde Coletiva de Novo Hamburgo. São exigências mínimas para concorrer ao cargo de ACS para a FSNH, ter no mínimo 18 anos de idade, ter concluído Ensino Fundamental, residir na área de atuação e ter disponibilidade de uma carga horária mínima mensal de 200 horas.

Atribuições exigidas para cargo de ACS pela FSNH, 2014.	Atribuições definidas pelo Ministério da Saúde, PNAB, 2011.
- Participar de atividades administrativas, de controle e de apoio referentes à sua área de atuação;	Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Participar de atividades de treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;	
- Participar de eventos e demais atividades promovidas por órgãos de Controle Social e outros;	
- Cumprir com responsabilidade e ética as orientações, normas, rotinas e protocolos institucionais;	Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- Observar as medidas de precaução de contato e zelar pela segurança dos pacientes;	Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;
- Operar equipamentos e sistemas de informática, quando autorizado e necessário ao exercício das suas atividades;	Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Executar outras tarefas correlatas à área de atuação, dentro da rede de serviços do sistema de saúde, inclusive as previstas nas normativas das profissões regulamentadas.	Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
Realizar cadastro e acompanhamento das famílias e indivíduos de sua micro área de atuação, identificando especificidades relacionadas a saúde da comunidade.	Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área; Cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;
Utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio cultural da comunidade de sua micro área de atuação.	Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
Desenvolver e executar atividade de promoção da saúde e prevenção ao surgimento de doenças, por meio de ações informativas e atividades de educação, de forma individual e coletiva em visitas domiciliares e atividades comunitárias, sob supervisão.	Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
Orientar as famílias, gestantes, nutrízes e crianças para controle de vacinação, consultas de pré-natal e puericultura.	Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
Efetuar o acompanhamento de hipertensos e diabéticos.	Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
Detectar, informar e orientar a população sobre	Desenvolver atividades de promoção da saúde,

situação de risco social e de saúde, bem como de saneamento básico.	de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
Participar do planejamento das ações em saúde juntamente com a Equipe de sua área e assessorar na organização e condução de grupos de educação em saúde.	Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.
Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas.	É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.
Desenvolver atividades que possam influenciar na mudança de hábitos e estilo de vida, visando potencializar a qualidade de vida na comunidade.	
Participar e promover ações que fortaleçam os elos entre a Equipe de Saúde e a comunidade.	

Quadro- 21 Referente às atribuições dos ACS. Fonte: PNAB 2011 e FSNH

De acordo com a PNAB, a Estratégia de Saúde da Família - ESF apresenta-se na política de saúde brasileira como um modelo de atenção, pautado em ações de vigilância que busca articular a ação programática em saúde com as políticas públicas setoriais e transeitoriais. Além disso, a ESF propõe uma ampliação do lócus de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos. Tal característica busca o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes e a comunidade local.

O Agente Comunitário é o membro da Equipe de Saúde da Família que reside na comunidade, eles atuam como a interface entre a equipe e a comunidade, pois está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, que devem ser realizado por toda equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos distintos: o do saber acadêmico e o do saber popular.

Dentre as atribuições dos ACS definidas pelo Ministério da Saúde (MS), podem-se destacar duas que merecem uma atenção especial quando, se discute a

formação desses profissionais. Uma delas afirma que os ACS devem “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” e a outra, salienta que eles devem “informar os demais membros da equipe sobre a dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades”. Nessas duas atribuições podemos identificar o movimento bidirecional dos agentes, aqueles que, de um lado informam à população sobre “modos de fazer” estabelecidos pelo sistema e que, de outro lado, trazem aos demais profissionais elementos-chaves para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população.

A escolha de moradores dos próprios bairros da comunidade de atuação da equipe de saúde da família para desempenharem o papel de agentes comunitários tem por finalidade, entre outras, o aumento da eficácia das ações de educação para a saúde. Esse aumento da eficácia seria pelo fato dessas pessoas compartilharem um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico. Essa partilha facilitaria a identificação de fatores responsáveis pelo adoecimento das pessoas do bairro, bem como o desenvolvimento de estratégias adequadas no âmbito da adesão às recomendações de saúde as ações de prevenção de morbidades.

Nesse sentido, a capacitação dos agentes comunitários de saúde deve munir-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.

Para identificar o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde de Novo Hamburgo, de modo a elaborar um manual de capacitação de acordo com as características epidemiológicas da saúde do município, e necessidades de intervenção dos mesmos, foi elaborado um questionário para este estudo com 06 questões, sendo que estas se complementam e com isso facilita o processo de análise dos dados encontrados.

Primeiramente, identificou-se onde os ACS adquiriram o conhecimento que utilizam para realizar suas atividades diárias, os dados encontrados seguem na figura 2:



Figura – 2 Dados Referente à capacitação dos ACS. Fonte: questionário aplicado aos ACS (vide Apêndice A).

Observando-se os dados da figura 2, surge um questionamento sobre o momento e o tipo de formação desses trabalhadores, nas entrevistas encontramos as respostas a estes questionamentos:

“Eu entrei em julho 2011, sou agente de saúde há 3 anos, quando a gente entrou na verdade mandaram a gente pra rua fazer o dito cadastro, sem crachá, sem uniforme só com a cara, sabe, só com a cara e a coragem na casa das pessoas, sem capacitação, a capacitação a gente foi ter acho que uns 5 ou 6 meses depois, ter o primeiro contato com usuários foi bem difícil, até hoje esta sendo difícil na verdade, né [...]” (entrevistado número 01).

“A formação um caso crítico porque a gente passou no concurso, foi chamado e foi mandado direto pra unidade, eu cheguei na unidade e naquele dia em diante eu já comecei a fazer cadastro, uma colega que fazia semana que já estava aqui que me ensinou como fazer o cadastro me entregou as fichas e a gente saiu né, então tu entra numa casa para fazer o cadastro, tudo bem é fácil, a ficha tu olha vai perguntando da casa, quando surge uma pergunta sobre como funciona isto, ou eu sou hipertenso dai tu já não sabe responder, então eu acho que deveria ter uma capacitação antes de começar a trabalhar e no meio no decorrer disso também deveria ter.” (entrevistado numero 2).

“[...] o meu inicio foi terrível, deram umas folhas pra mim preencher , no quadradinho em cima onde dizia Novo Hamburgo, onde dizia município né, eu tentava colocar Novo Hamburgo e não cabia naqueles quadradinhos, eu não sabia que, ninguém me passou que ali ia um código, então é só um exemplo pra assim como largaram de inicio atuando né.”(Entrevistado número 03)

Os dados encontrados nos questionários e também nas falas desses profissionais indica a necessidade de formação para estes profissionais. Para Cattani (1997), a formação profissional, na sua abrangência:

Designa todos os processos educativos que permitam ao indivíduo adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas (...). A Formação Profissional é uma expressão recente, criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto a relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho (...) na Ótica dos trabalhadores, a formação do profissional assume um caráter associado às ideias de autonomia e de autovalorização. Essa perspectiva contesta o sentido da educação ou da formação para o trabalho, bem como a política de integração do trabalhador nos projetos empresariais (Cattani, 1997: 94-95).

Apesar do ACS desenvolver um trabalho complexo, caracterizado principalmente pela dimensão educativa, com foco na promoção e prevenção em saúde, de modo geral observou-se que a sua formação profissional tem-se caracterizado pela precariedade e diversidade.

“[...] houve depois um curso que ficamos uma semana, e depois daquele curso eu tive outro pensamento, consegui acompanhar melhor todo o processo do trabalho como agente e até mesmo entender essa formação continuada que nos temos aqui no posto [...]” (entrevistado número 03).

Segundo Schwartz (1995), a qualificação profissional apresenta três dimensões: a conceitual, relacionada à formação e a certificação profissional; a experimental, relacionada ao conteúdo real da formação, incluindo os saberes tácitos; e a social, que insere a qualificação no âmbito das relações sociais.

Por essa perspectiva, ao analisar as características da qualificação predominante dos ACS até o momento no município de Novo Hamburgo, tem-se uma qualificação profissional, não regulamentada, sem pré-requisitos e que não confere habilitação. Realizada em forma de capacitação em serviço, essa

qualificação tem conteúdos que variam em função dos problemas locais, em que a avaliação pauta-se nas atividades realizadas no serviço e o material educativo estrutura-se em torno das atividades a serem realizadas.

“[...] teve uma capacitação, bem o básico e depois a gente veio pra unidade e fomos em equipe construindo e aprendendo o nosso trabalho, isso dependeria de nós né chegar lá e as pessoas te aceitar te receber...”(entrevistado número 04)

A baixa escolarização do ACS, justificada pela necessidade de esse trabalhador ser representativo da comunidade em que atua, pode denotar a desvalorização da dimensão conceitual de sua qualificação, o que fortalece a desvalorização social desse trabalhador, sustenta a sua baixa remuneração e se contrapõe a pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde, de uma maneira geral.

Os conhecimentos produzidos por práticas cotidianas e culturais de uma comunidade, que podem ser chamados também de conhecimentos populares, não tem validade universal, salvo quando legitimados socialmente pela mediação científica. É neste ponto que o trabalho dos ACS adquire significativa relevância.

Como afirma Nogueira (apud Brasil, 2004: 11), este trabalhador desempenha um papel de mediador social, sendo considerado um elo entre (...) o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde. Para isto, é fundamental que o ACS tenha uma sólida formação geral e profissional que o possibilite reconhecer e compreender as necessidades e as práticas das comunidades, dialogar com seus conhecimentos e, confrontando-os com a ciência, contribuir para a garantia do direito a saúde.

“A gente tem educação permanente na unidade toda a quarta-feira algo meio estranho assim cada quarta uma pessoa fica responsável para fazer a capacitação tá agora dia 18 de junho vou palestrar sobre toxoplasmose eu agente de saúde que não tem formação nenhuma como é que vou palestra alguma coisa que na realidade não sei, vou buscar no google fonte né, na verdade eu acho quem deveria dá esta palestras deveriam ser pessoal formadas e capacitadas pra isto que estudaram isto que tem um conhecimento maior que nós, acho que não e função do agente de saúde tá formulando palestra pra dá aqui na unidade pros funcionários entendeu é meio controverso isto na verdade”. (entrevistado número 01)

A partir deste depoimento precisamos refletir sobre o acolhimento às qualidades que são exigidas ao ingresso deste agente e, que são rejeitadas por boa parte dos profissionais da rede. De acordo com Maturana:

A biologia do amor mostra que o ser vivo é uma unidade dinâmica do ser e do fazer. Por isso a aceitação corporal e rejeição corporal são aceitação e rejeição da alma do outro na unidade do ser e do fazer. Ao mesmo tempo, a aceitação e a rejeição da alma da unidade do ser e do fazer do outro são aceitação e rejeição de sua corporalidade. As duas aceitações criam aproximações infinitas, que tornam possível, na educação, a formação humana, e as duas rejeições criam distancias infinitas, que impedem, na educação, a formação humana. (MATURANA, 2001, p.41).

Na sequência do questionário, foi perguntado aos mesmos a que recursos educacionais recorreriam para adquirir conhecimento e desempenhar adequadamente suas atividades diárias, mais de 90% dos entrevistados sugerem um curso de formação para ACS, seja ele um curso técnico oferecido pelo MS, ou um curso Técnico oferecido pela Instituição que está vinculado ou mesmo a possibilidade de um Curso Ensino a Distância (EAD). Nessa categoria também surge à necessidade do cuidado com o trabalhador, principalmente no que tange a saúde mental deste profissional.

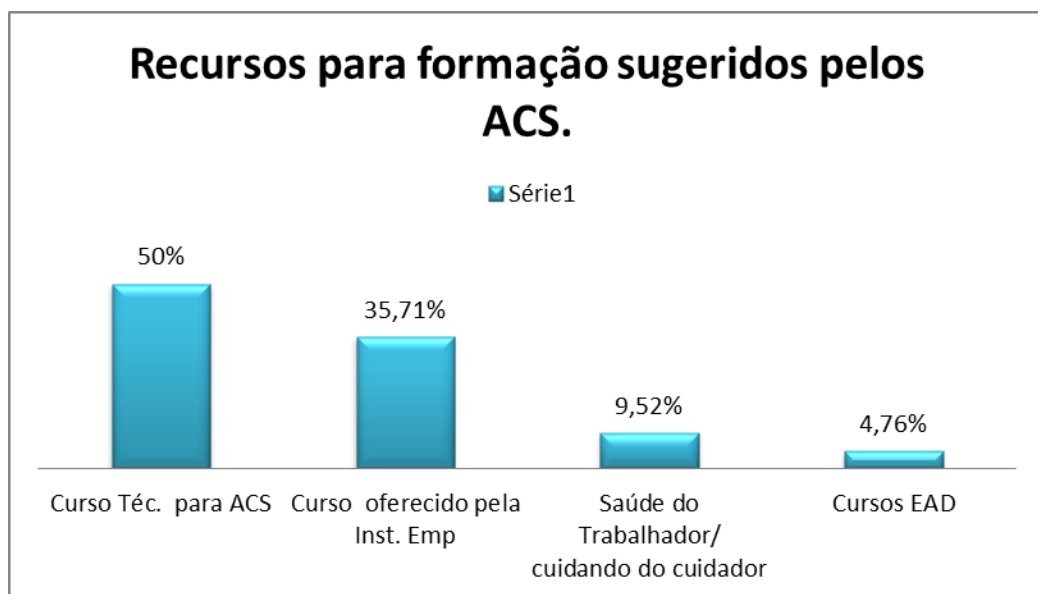


Figura – 3 Referente a recursos para formação dos ACS. Fonte: questionário aplicado aos ACS (vide Apêndice A).

“[...] acho que deveria ter uma capacitação sim pra tudo isso e principalmente pro mental da gente pro emocional do ACS pra não ficar tão perturbado com a situação, tu se depara com coisas assim chocantes.” (entrevistado 02).

“[...] mas eu acho que o ACS é a ponta do trabalho, ele deve ser valorizado, ele deve ter a capacitação e uma coisa assim que eu acho muito importante não só para o ACS, mas para todos os trabalhadores da saúde seria o cuidado com saúde desses trabalhadores, a gente tem uma falta assim desse acompanhamento, a gente deveria ter um médico do trabalho, um psicólogo, ginástica laboral, então isso tudo falta porque quem trabalha na área da saúde é muito tenso tudo, a gente vive em conflitos.” (entrevistado 05).

Os seres humanos possuem a capacidade e a possibilidade de hora transitar no polo da saúde, hora no polo da doença. Esses dois polos, contudo, não estão numa relação de exclusão ou de eliminação, mas constituem-se como formas possíveis e diferentes de vida. Este caráter de plasticidade do vivente é que nos permite compreender como um mesmo homem, em momentos diferentes, pode ser considerado sadio ou doente (BRASIL 2011)

Em qualquer situação de trabalho, o trabalhador confronta-se com os limites e equívocos das atribuições, com as exigências e constrangimentos, com as variabilidades, com o acaso, bem como faz escolhas, a partir de debates de valores e de normas, podendo produzir desvios para realizar a tarefa. Cotidianamente é confrontado com as surpresas, dificuldades, censuras, insatisfações, e também, todos os dias, para dar conta do trabalho, criam e buscam alternativas para realizar as atividades.

Assim, os trabalhadores sentem os efeitos que o trabalho pode produzir, como por exemplo, a ausência de pausas, o ritmo e o tempo de trabalho, a rotina, o excesso de atendimentos, entre outros. Esses efeitos somente o trabalhador pode sentir e, conseqüentemente, também somente ele será capaz de falar, compreender e transformar a realidade (BRASIL, 2011).

Nas questões de número 2 e 3 foi indagado aos ACS, respectivamente: quais atividades que mais desempenham no seu dia a dia de trabalho e quais atividades que necessitam de formação para desempenhar no seu trabalho diário. A partir do cálculo de média ponderada e das entrevistas realizadas com os mesmos, foi possível identificar os dados a seguir:

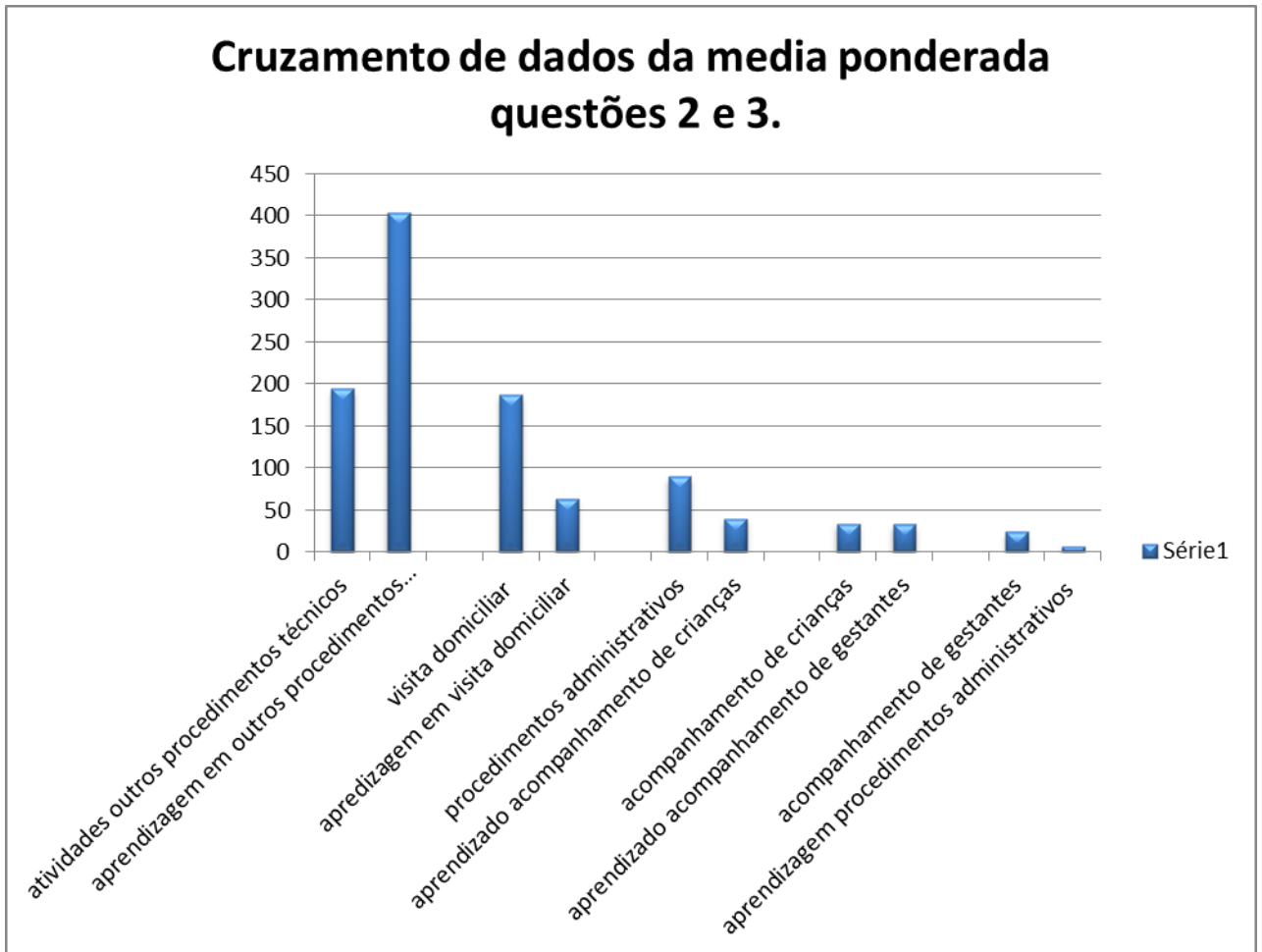


Figura- 4 referente as atividades desenvolvidas e necessidades de aprendizagem.

Fonte: questionário aplicado aos ACS (vide Apêndice A).

Ao observar a figura 4 as categorias que se destacaram em primeiro lugar, tanto para a questão referente aos procedimentos que mais realizam no seu dia a dia como na questão referente aos procedimentos que necessitam de capacitação, foi o item referente a outros procedimentos técnicos. Consta-se a falta de preparo e formação desses trabalhadores, parecem não entender suas atribuições e a importância do trabalho a ser desenvolvido junto da comunidade. Este fato pode ser atribuído à provável falta de preparo e formação desses trabalhadores.

A categoria denominada aqui por outros procedimentos técnicos se caracteriza por atribuições não pertinentes ao cargo de ACS, como: aferir pressão arterial – PA e níveis glicêmicos - HGT; marcar consultas para usuários, levar resultados de exames aos usuários e entregar medicamentos aos usuários.

“[...] me cobram muito também pra mim medir a pressão mas como que tu não mede a pressão, o que tu vem fazer aqui afinal, se tu não serve nem para medir a pressão, se tu não sabe nem pesa enfim, o sonho deles é que

agente medisse a pressão pesasse e vacinasse esse é o sonho deles né e que marcasse consulta e pegasse remédio.” (entrevistado 01).

Destaca-se aqui, que o fato do ACS ser um membro da comunidade, torna a relação entre ele e os demais moradores muito mais flexíveis, o que muitas vezes geram expectativas aos usuários que não poderão ser alcançadas pelos profissionais, pois ultrapassam os limites das suas atribuições. Isso de certa forma faz com que o agente sinta-se pressionado pelos moradores, e sintam-se com a obrigação de realizar algo, palpável, que possa ser visualizado, deste modo querem fazer uso de equipamentos tecnológicos para trabalhar, como se isso fosse melhorar os resultados do seu trabalho.

[...] o porquê de tu ir lá se tu não pode levar um remédio, porque de tu ir lá se não pode agendar um pré-câncer, se tu não pode levar o curativo pra um acamado pras pessoas assim que precisam sabe, então neste sentido eu acho que daria para melhorar[...].” (entrevistado 02)

“Eu gosto da minha profissão, eu acho legal eu gosto, só que a gente esbarra na burocracia, tu esbarra na hierarquia na verdade né também, tu se sente de mãos atadas, tu sabe que muitas coisas tu não pode fazer, tipo tu vai na casa das pessoas pra presta orientação e tal, só que além disso tu não pode fazer nada na verdade, tem muitos casos que tu não pode marcar consulta...”(entrevistado 01)

De acordo com Merhy (2000), os trabalhadores da saúde, utilizam de três tipos de tecnologias para desenvolver suas atividades. A primeira delas são as tecnologias duras, vedadas ao uso do ACS como: estetoscópio, ecógrafos, endoscópio, exames laboratoriais, enfim exames de diagnóstico. Na segunda temos as tecnologias leve-duras: tecnologia que está na sua cabeça, saberes bem estruturados como a clínica e epidemiologia das quais o agente comunitário não é portador e por fim, mas não de menor importância as tecnologias leves: ligada a produção das relações entre dois sujeitos, e que só tem materialidade em ato. Estas tecnologias expressam processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos. Isso resultaria em se pensar uma educação que envolva valores sociais bem como atividades que acolhessem o Ser desse agente comunitário.

Nos processos regidos por tecnologias leves é que permitem produzir relações expressando, como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. É

na forma como essa tecnologia leve se relaciona com as outras duas que se define o sentido do controle social e contemporâneo do agir em saúde, só assim será possível o profissional realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho (Merhy 2000).

O fato do ACS ser um facilitador do acesso ao serviço de saúde, um elo entre a equipe e a comunidade, juntamente com o fato de ser morador local, vizinho, parente e amigo, ou seja, ter relações sociais com esses usuários, viver nesta comunidade, pode ser vistas de formas diferentes: de um lado os usuários que conseguiram agilidade no acesso do serviço através do ACS, contentes e respeitando esse ator tendo-o como sua referencia sempre que necessitar de auxilio; por outro lado essas situações podem ser encaradas como forma de privilegiar, onde as pessoas mais próximas ou afins dos ACS seriam beneficiadas em detrimento dos outros.

A próxima atividade que foi referenciada como uma das principais atividades realizadas no seu dia a dia de trabalho e que também aparece como necessidade de capacitação na mesma ordem é a visita domiciliar.

A visita domiciliar - VD é uma ação importante no sentido de promover a reorientação do modelo de atenção na medida em que inverte a lógica dos serviços de saúde que, até então, apresentavam uma postura passiva, ao esperar que os usuários procurassem de maneira voluntária, pela via da demanda espontânea, as unidades de saúde. As VDs proporcionaram um novo modo de organizar as relações das unidades de saúde com os usuários, pois propiciam uma aproximação importante com as famílias, seus membros, e suas condições básicas de vida.

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho do agente comunitário de saúde. Ao entrar na casa de uma família, o ACS entra não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história. A permissão da entrada é muito significativa, envolve confiança no ACS e deve ser muito respeitada, pode-se dizer que é um procedimento bastante complexo.

[...] ter o primeiro contato com usuários foi bem difícil, até hoje esta sendo difícil na verdade – né – até hoje eu encontro resistência de algumas famílias de não querer visita, não digo não aceita, mas elas ficam no portão com a gente conversando não deixam a gente entrar (entrevistado 01).

[...] seria fundamental uma capacitação antes de começar a trabalhar, eu acho que tu tem que ter uma capacitação de como entrar na casa das pessoas isso seria muito importante tu ter uma capacitação de como abordar uma família, porque não é só perguntar o nome e a idade [...] (entrevistado 02).

A sensibilidade e capacidade de compreender o momento certo e a maneira adequada de se aproximar e estabelecer uma relação de confiança é uma das habilidades mais importantes que deveriam ser desenvolvidas com os ACS. Empiricamente registram-se vários constrangimentos dos ACS para realizar tal procedimento, o que poderia ser explicado pela sua resistência em receber no seu domicílio esta mesma ação. Observa-se a necessidade de desenvolver com esses servidores habilidades para a escuta qualificada, o acolhimento dos indivíduos envolvidos e o vínculo necessário para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle e vigilância em saúde nesta comunidade.

[...] iniciei o processo cadastrando, visitei 10 famílias dessas 10 famílias apenas uma me recebeu, eu peguei e voltei pra unidade, e disse, ó eu não quero isso aqui, eu não sei fazer isso porque, eu estou conversando com as pessoas eles simplesmente não querem me receber [...] (entrevistado 03).

A capacitação também faltou muita capacitação pra gente chegar nas pessoas pra gente saber abordar os assuntos sabe a gente é muito prematuro nisso a gente não sabe chegar nas pessoas e falar o que a gente realmente deveria saber fazer ali sabe. (entrevistado 01).

As visitas domiciliares devem permitir à Equipe o conhecimento das condições ambientais, dos riscos e dos danos – morbidade referida – aos quais as pessoas estão expostas. Constituem, ainda, uma forma importante de levar e buscar informações para o diagnóstico de saúde da comunidade e para o planejamento e implementação de ações pelas Equipes de Saúde da Família.

As visitas significam uma forma de acolhimento. Para a Equipe, possibilitam o conhecimento da realidade e a identificação das demais instituições sociais existentes no território; para os usuários, a possibilidade de conhecer a Equipe de Saúde e o seu trabalho. Dão mais abrangência às ações das unidades de saúde – inclusive as de caráter intersetorial – mais segurança à população e favorecem a instituição do vínculo entre a Equipe e os usuários.

Para tanto é fundamental que o profissional de saúde seja capacitado para realizar este procedimento tão importante para as ESFs, pois, as visitas domiciliares proporcionam um novo modo de organizar as relações das unidades de saúde com os usuários, propiciam uma aproximação importante com as famílias, seus membros, e suas condições básicas de vida.

Outro item citado como uma das principais atividades realizadas são os procedimentos administrativos, como reuniões de equipe, cadastro familiar, atualização de informações, preenchimento das fichas para alimentar o Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

Os dados coletados pelos agentes de saúde durante as visitas domiciliares alimentam um sistema de informação que identifica, em todo o território de abrangência da Equipe, cada família, seu endereço e suas principais características, a situação de moradia e saneamento básico daquela micro área. Associando tais informações com as fornecidas pelo sistema de vigilância epidemiológica, esse procedimento permite a construção dos “mapas inteligentes” ou das “salas de situação”, favorecendo o planejamento e orientando ações de intervenção e controle sobre problemas de saúde, condições ambientais e riscos a que as pessoas estão expostas.

É importante que os procedimentos administrativos como, por exemplo, o cadastro familiar seja atualizado periodicamente, em função das transformações do quadro demográfico e epidemiológico que se processam no território, e também pela necessidade de se ter informações atualizadas para embasar o processo de planejamento e gestão sob responsabilidade das Equipes de Saúde.

Sendo assim é fundamental que o agente de saúde entenda a importância dos dados fornecidos pelos mesmos, pois a fidedignidade dessas informações serão ferramentas de suma importância para a qualidade das ações a serem planejadas e implementadas pela ESF para a comunidade de sua referência, o ACS é o responsável pelo banco de dados referente à situação socioeconômica e de saúde da sua micro área de atuação.

Na sequência, as outras duas temáticas trazidas como atividades mais realizadas no dia a dia e que também foram citadas como assuntos e técnicas que necessitam de qualificação para atuar com mais segurança, foram os acompanhamentos de crianças e gestantes.

As ESF desempenham diferentes planejamentos de ações e formas de atuação no seu dia-a-dia. Dentre elas estão: as ações para as demandas espontâneas: os casos agudos, de urgência e emergência que buscam atendimento naquele instante no serviço de saúde; e as ações voltadas para o atendimento das demandas programadas, representadas principalmente pelo atendimento a grupos e situações de risco especiais para a saúde, dentre estas: o **pré-natal e a puericultura**.

A captação precoce das gestantes, para que estas iniciem o pré-natal logo no início do primeiro trimestre é fundamental para que a gestação se desenvolva adequadamente. Desta forma a mãe e o bebê podem ter um acompanhamento humanizado e acolhedor, fortalecendo o vínculo desta mulher com o serviço, que ocasionará segurança e continuidade do acompanhamento da equipe e consequentemente o vínculo com este bebê que irá nascer.

“[...] tem a dificuldade de achar as gestantes que é uma briga que eu já tive gestantes que eu só fui vê que elas estavam gestantes quando elas estavam com bebê no colo quase elas não falam...” (entrevistado 01).

O objetivo do pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

As Unidades de Saúde da Família são a porta principal de entrada da gestante, onde o atendimento deve ser acolhedor, humanizado, longitudinal e continuado. As ESFs precisam conhecer ao máximo a população adstrita de mulheres em idade fértil, quanto maior o vínculo entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedor for o atendimento, maiores são as chances de detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal.

Os profissionais de saúde (ACS) devem buscar compreender os múltiplos significados da gestação para a mulher e sua família, principalmente se for adolescente. A história de vida e o contexto da gestação devem ser acolhidos integralmente. Uma escuta aberta, sem julgamentos, que permita a mulher expressar seus sentimentos, inseguranças, fortalece a confiança e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesmo, contribuindo para que tanto o parto quanto o nascimento sejam tranquilos e saudáveis (BRASIL, 2012, pg. 40).

O acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança deve ser o eixo central para os ACS durante as ações voltadas a este público. É a partir do acompanhamento do gráfico de crescimento e desenvolvimento encontrados nas carteirinhas das crianças que identificamos os grupos de risco relacionados com: baixo peso, desnutrição ou ainda obesidade, tais situações de morbidade podem levar ao óbito infantil.

Do nascimento até três anos de idade, muitos eventos na vida das crianças ocorrem pela primeira vez: o primeiro sorriso, a primeira palavra, os primeiros passos, o primeiro alcançar de um objeto. A criança é um ser dinâmico, complexo, em constante transformação.

O desenvolvimento das crianças sofre influencia de fatores intrínsecos, que determinam as características físicas, geneticamente determinadas e de fatores extrínsecos, que começam a atuar desde a sua concepção, relacionados com o ambiente da vida intrauterina. Mãe e feto sofrem os efeitos do ambiente, das condições socioeconômicas e de nutrição a que estão expostos. Após o nascimento, o ambiente em que a criança vive, os cuidados que lhe são dispensados pelos pais, o carinho, estímulos e alimentação passam a ser parte significativa no processo de maturação que a leva da dependência à independência (BRASIL, 2002, pg. 77).

Também com os dados coletados, foi possível identificar o grau de segurança e de pessimismo em relação às atividades desenvolvidas pelos mesmos.

“Sabe às vezes tem casa que tu conversa sobre tudo menos sobre saúde conversa sobre asfalto que não vem, conversa sobre será que chove, sabe e as pessoas quando tu tenta entra neste caminho assim, sabe da saúde em si as pessoas parecem que vão te cortando vão te podendo sabe, elas não querem falar muito sobre isto, quem é tu pra ficar falando de mim sabe, tu não tem formação nenhuma pra ficar falando sobre certas coisas entende, como é que vou explicar algumas coisas pra pessoas se não tenho esta formação se nem eu sei entendeu”. (entrevistado 01)

A credibilidade no trabalho que desenvolve o ACS é um aspecto fundamental para a concretização do mesmo, sendo um processo dinâmico e cotidiano de construção e reconstrução. Sem essa credibilidade não há confiança por parte da comunidade, e o trabalho do agente fica impossibilitado de acontecer.

O Agente deveria ser considerado pelas ESFs, como um agente transformador, ele emerge da comunidade e se integra as equipes, sem formação técnica específica e com as visitas domiciliares, tem o papel de reconhecer as

situações das famílias, as necessidades que ali existem e fazer a mediação da relação desses usuários e as equipes de saúde, e muitas vezes enfrenta resistência da população e dificuldades de relacionamento com a própria equipe.

De acordo com Lunardelo, (2004, p.96) “o domicílio não é um território público e de fácil acesso. Seus moradores o restringem, preservando, assim, as suas vidas e de seus familiares”, portanto o agente deve estabelecer vínculo e relação de confiança, ele adentra o lar e fica sabendo das intimidades com a permissão da família e deve preservar essa privacidade.

A onipotência e a frustração permeiam a subjetividade de um agente social, que mantém profunda relação de pertença com seu espaço: o espaço em que vive é o mesmo onde atua, as pessoas da sua realidade social são as mesmas para quem dirige as suas ações de cuidado (Spiri, 2006, p.8)

A manutenção da credibilidade está diretamente associada à resolução das problemáticas demandadas pelos usuários, o que, no entanto, muitas vezes é dificultado por aspectos relacionados à estruturação do serviço e à inoperância do sistema de saúde em atender as necessidades da comunidade. A unidade de saúde não consegue atender toda a demanda existente, assim, faltam consultas médicas, exames, medicamentos. E o ACS fica no meio deste fogo cruzado fazendo a mediação desses conflitos que por sua vez não estão dentro das suas possibilidades de resolução.

[...] eu gosto da minha profissão apesar dos pontos assim negativos é difícil sabe explicar é complicado não tenho muito que dizer sobre isto porque mais que tu goste das coisas que tu gosta de fazer quando tu esbarra com algumas realidade e impossibilidades você fica bem triste assim bem que nem a colega falou assim antes, você fala pra pessoa vai no médico vai aqui no posto e vai fazer a vacina anti-tetânica aí a criatura vai no posto e não tem vacina ou não tem médico então como é que tu vai também mandar a pessoa vir no médico se não tem médico sabe e quando você esbarra nisto você se sente minúsculo, você se sente impotente. (entrevistado 01)

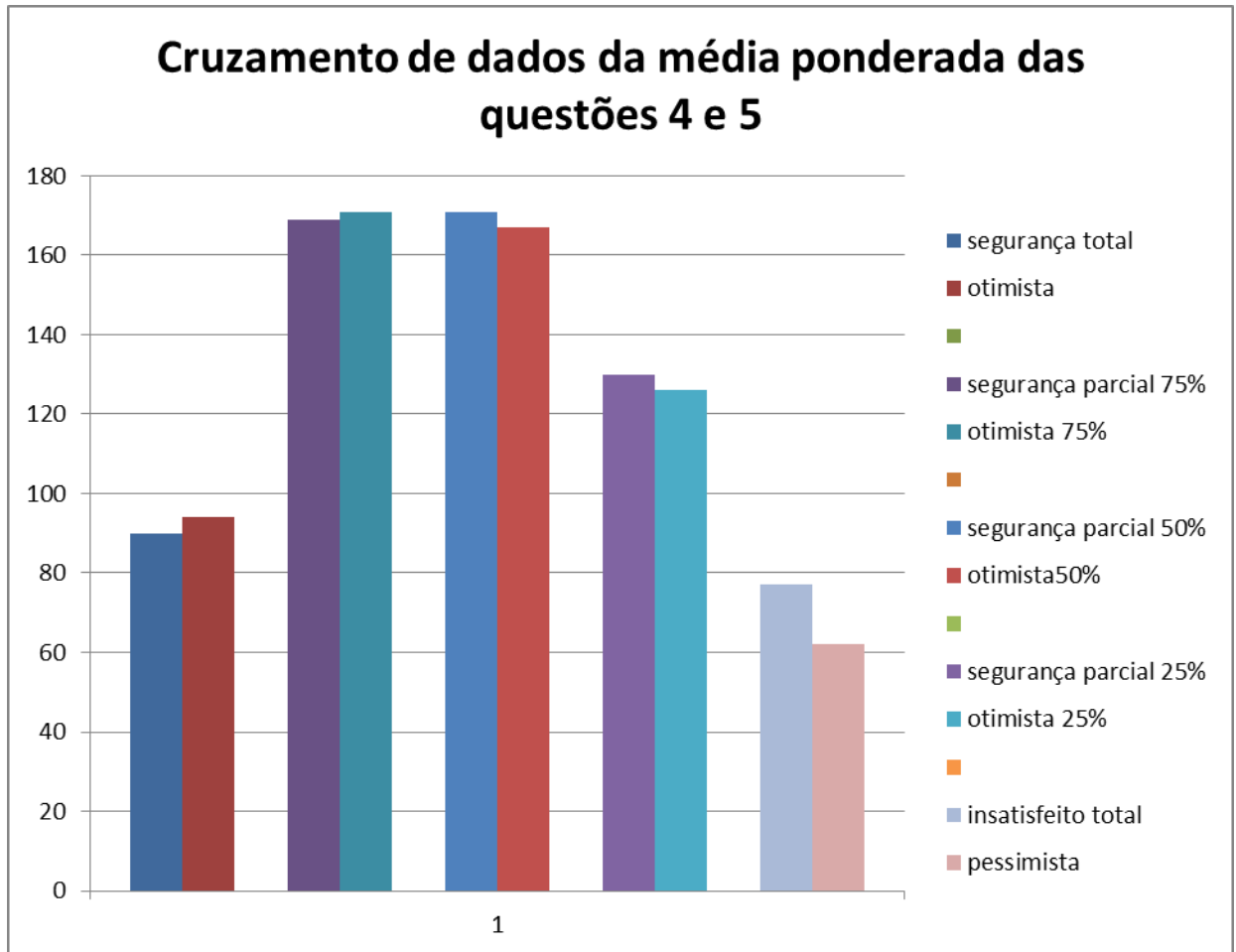


Figura – 5 Referente a segurança e otimismo do ACS. .Fonte: questionário aplicado aos ACS (vide Apêndice A).

Observando a figura 5, obtém-se os dados referentes ao otimismo e pessimismo dos ACS frente ao resultado do seu trabalho junto à população, se equivalem, mostrando uma coerência nas respostas, percebe-se que o grau de satisfação e de otimismo com o seu trabalho estão entre 75% a 50%. Entretanto os dados referentes à segurança e otimismo total e insatisfação e pessimismo total, não podem ser desconsiderados, são de grande relevância, principalmente ao confrontar com as falas das entrevistas dos mesmos. “[...] tu esbarra na hierarquia na verdade né também tu sente de mãos atadas, tu sabe que muitas coisas tu não pode fazer [...]” (entrevistado 01).

A falta de resolutividade provoca sofrimento aos ACS devido ao contato próximo, ininterrupto, e ao vínculo que estabelecem com a comunidade, o que os faz sentirem-se responsáveis pelos usuários, além de testemunharem e partilharem as consequências dessa inoperância do sistema.

[...] eu acho que a gente poderia fazer mais, fazer muito mais, que nem quando aconteceu a enchente aqui o ano passado, que ficou a vila toda, ficou desabrigada, a gente o nosso posto, a nossa unidade ficou em baixo da água a gente se uniu todo mundo e a gente fez um trabalho assim que no ponto de vista da gente trabalhando ele parecia que era voluntário nem parecia que era o teu trabalho aquilo ali, que tu ia atrás para ajuda as pessoas a tira as coisas de dentro de casa é um trabalho muito gratificante então eu penso, eu acho que pra ser um ACS, primeiro tu tem que gostar, se dedicar a aquilo ali porque tu vai, tu está recebendo o teu salario, mas ao mesmo tempo tu tá fazendo o bem pro teu próximo, tu tá ajudando as pessoas tu tá, lutando por eles e eles fazem tu te sentir bem [...]
(entrevistado 02)

A atuação dos ACS esbarra em limites pessoais e limites de ordem organizacional, este profissional reconhece e convive com estes limites, tentando minimizar os efeitos desses em sua atuação junto à comunidade, em conjunto com a equipe. Na rede de atenção à saúde, os serviços devem ser pensados de forma interdisciplinar e Inter-setorial, respaldando o trabalho do ACS junto à comunidade, conforme Lunardelo (2004):

A relação de igual que o agente comunitário estabelece com a comunidade, com uma proximidade física, intelectual e social das famílias e dos indivíduos, repercute em seu trabalho, com a criação de vínculos, a compreensão do ser e o entendimento da complexidade do meio onde vivem estas pessoas. Nessa aproximação e envolvimento do ACS com as famílias, há transposição dos problemas e das misérias humanas. Eles se envolvem se veem naquela ocorrência e acabam sofrendo com isso (p.107)

A satisfação no trabalho é algo singular, um sentimento específico de cada profissional, de cada pessoa, de acordo com as circunstâncias do local de trabalho, e pode variar de um período a outro. De acordo com Figueiredo (2009, p 264): “A satisfação com o trabalho pode ser definida como um conjunto de sentimentos favoráveis, ou desfavoráveis com os quais os trabalhadores percebem seu trabalho”. Também de acordo com esta autora, a satisfação está sujeita a influencia de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato, podendo afetar a saúde física e mental do trabalhador, interferindo em seu comportamento profissional e social. Esta questão é retratada por Maturana quando diz:

Notem que a maior parte das enfermidades humanas surgem na negação do amor. Adoecemos se não nos querem, se nos rejeitam, se nos negam, ou se nos criticam de uma maneira que nos pareça injusta. [...] As emoções constituem o fundamento de todo o nosso afazer (MATURANA, 1998, p.85).

[...] o agente comunitário tem um papel muito importante, fazer que o usuário venha à unidade de saúde e procure o médico antes de adoecer, eu posso dizer assim que eu me apaixonei por essa ideia [...] (entrevistado 03).

O fato de o ACS ser morador da área, ter laços estabelecidos de amizade e similaridade das condições sociais e de vida, pode favorecer a credibilidade ao seu trabalho. *“[...] hoje em dia eu tô praticamente assim um estado assim de uns 70%, eu quero aprender mais a gente poderia produzir, mas eu acho que o ACS é a ponta do trabalho [...]”.* (entrevistado 05)

A qualificação e formação do profissional de saúde, neste caso específico do ACS, são pilares, para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde, propiciando assim estratégias que favoreçam a atuação das ESFs, repercutindo diretamente na saúde da população adstrita.

[...] isso foi muito bacana porque eu tinha uma negação muito grande e aos poucos foi se criando uma aceitação, e hoje de 200 famílias eu tenho 17, 18 que não querem me receber, os outros gostam de me receber, e às vezes quando eu fico alguns dias sem aparecer eles vem na unidade e perguntam o que houve com o agente que eu não vi lá pela vila (...), me disseram também que o ACS foi inspirado em Pastoral da Criança, que fazia aquele trabalho de ir lá conversar com os pais arrumar alternativas para aquela criança não adoecesse com tratamento bem simples e eficaz pra ele não ficar doente, o ACS tem isso e eu tenho isso pra mim, eu sou responsável por muitas pessoas para fazer prevenção, quem tem que cuidar da doença é a médica, eu tenho que cuidar e trabalhar em cima da prevenção é isso que eu tenho que aprender, é a maneira com que tenho que conseguir chegar e abordar essas pessoas.... (entrevistado 03).

De acordo com as atribuições dos ACS definidas pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção Básica, exigem dos mesmos uma espécie de liderança na comunidade, esta está diretamente ligada com a capacidade de se comunicar com os usuários, e assim estimular, a corresponsabilidade na melhoria da qualidade de vida da população.

Os ACS devem ser sujeitos proativos, e para tal se faz necessário um programa de capacitação que identifique o perfil epidemiológico da população a ser atendida, se conheça as dimensões do processo saúde doença, para um planejamento adequado das ações de saúde com base na realidade em que se encontram as famílias.

Uma das tarefas da prática educativo-crítica é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou a professora ensaiam a experiência profunda de assumir-se. Assumir-se como ser oscilante e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar (FREIRE, 1996, p. 96).

7. REFLEXÕES PERTINENTES.

Frente à realidade identificada percebo o quanto estava afastada das dificuldades enfrentadas pelos ACS, desta forma vejo a necessidade de meus colegas fazerem esta aproximação, para ser mais consequente na produção de ações de assistência a que se propõem.

A atuação dos profissionais de saúde da rede de atenção básica deve estar vinculada diretamente com o perfil epidemiológico do município, e com o contexto das condições socioeconômicas e de saúde da população, para isso se faz necessário mergulhar na história, entender a cultura, ser conhecedor das dificuldades e deficiências encontradas na rede. Sem dúvida é um desafio que deve ser enfrentado, buscando um atendimento humanizado e qualificado dos serviços de saúde.

As ESFs devem tomar como foco a família no seu espaço físico e social, buscando uma compreensão ampliada do processo saúde doença, oportunizando assim, a ação interdisciplinar. Todos os membros da equipe, devem se identificar e se envolver nesta nova proposta de atuação, o que exige além do conhecimento acadêmico, criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo, sair do consultório e ir ao encontro da comunidade.

“Os ACS, conhecem profundamente a realidade local porque são parte da comunidade. Conhecem os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades. Representam uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população. Um olhar que revela necessidades de um ponto de vista diferente e que, portanto, abre as portas para um universo novo de intervenção.(FEUERWERKER, Almeida, 2000, p.23).

A realidade com a qual me deparei no decorrer deste estudo, me tocou ao identificar que os próprios agentes de saúde, não compreendem a que vieram, não se sentem pertencentes a essa proposta de mudança do modelo, e que a equipe de saúde que deveria servir de aporte para o trabalho desse profissional, e estar imersa no contexto exposto, exige dos mesmos que desempenhem no seu cotidiano, lá na casa dos usuários, uma extensão do seu trabalho, gerando conflitos entre o agente e a equipe e consequentemente entre o agente e a comunidade. Questiona-se como um profissional que não tem conhecimento e confiança do seu trabalho poderá desenvolver suas atividades com êxito.

Para tanto entendo como fundamental que todos os profissionais da rede de atenção básica e não só ACS para que possam desenvolver seu fazer diário com propriedade, conheçam a realidade do município, a estrutura da rede SUS que estão inseridos. Ao falar de redes nas políticas públicas de saúde, Mendes (2011) exemplifica tal conceito a partir da Organização Pan-Americana da Saúde:

A Organização Pan-Americana da Saúde sugere que as redes integradas de serviços de saúde requerem alguns atributos para seu funcionamento: a população/território definida, com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em serviços de saúde que devem determinar o perfil de oferta das redes de atenção à saúde; a oferta extensa de serviços de saúde que incluam intervenções de saúde pública, de promoção da saúde, de prevenção das doenças, de diagnóstico e tratamento oportunos, de reabilitação e de cuidados paliativos, sob um único guarda-chuva institucional; [...] a atenção centrada nas pessoas, nas famílias e na comunidade; [...] os recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com a rede de atenção a saúde (MENDES, 2011, p. 80-81).

Portanto, não é possível uma equipe de saúde da família trabalhe neste emaranhado sem conhecer os nós críticos, as fragilidades, as potencialidades, sem tecer uma base firme que lhe permita transitar de um lado a outro, conhecendo o território, para assim definir estratégias de atuação, que sejam humanizadas, acolhedoras, qualificando a assistência prestada ao usuário.

Novo Hamburgo tem uma rede de saúde que empiricamente não difere da da região, apresenta muitas dificuldades no que tange a atuação das equipes de saúde da família. A implantação iniciou há 5 anos, no momento apenas em torno de 40% da população conta com o atendimento das equipes; a saúde do município tem demandas que merecem atenção da gestão.

A população que parece estar pior assistida na atual conjuntura são os trabalhadores. Apesar do município ser uma das principais cidades no ramo calçadista, onde o desemprego não é um de seus principais problemas, o serviço para atender este trabalhador ainda não está estruturado, deixando a cargo das ESFs e dos serviços de urgência e emergência a responsabilidade pela assistência desse usuário.

Por sua vez, estes serviços, não atendem tais expectativas, as ESFs desempenham suas atividades das 7:00 as 12:00 e das 13:00 as 17:00 horas de segunda a sexta-feira, neste horário são oferecidas as consultas médicas, atendimentos de enfermagem, vacinas, atendimento a grupos (hiperdia, pré-natal,

puericultura e outros), e inclusive é neste horário que o ACS realiza o acompanhamento das famílias através da visita domiciliar, pergunta-se: Com que frequência um trabalhador irá conseguir acessar e ser beneficiado com os serviços ofertados pelas ESFs? Lembrando que comprovantes de comparecimento ao serviço de saúde, não abonam as faltas desse trabalhador, o questionamento das empresas quanto ao número de atestado que os profissionais fornecem ao trabalhador também é trazido muitas vezes como pauta de reuniões entre gestores e equipes.

Quanto ao atendimento nos serviços de urgência e emergência somos sabedores de que não realizam acompanhamento do indivíduo ou de sua família. Realizam o atendimento centrado na queixa principal do paciente, sendo assim também não servem como referência de rede a este trabalhador. O município deve investir no serviço de saúde do trabalhador para garantir a estes usuários um serviço acolhedor, humanizado e resolutivo.

Mais um exemplo de entrave, de fragilidade nesta grande rede, são os indicadores de mortalidade infantil, que permanecem elevados, principalmente quando avalia-se que a principal causa é a prematuridade. Mesmo com o aumento ao acesso as consultas, estimulando as mulheres realizarem de seis consultas ou mais durante o pré-natal não está sendo suficiente para modificar tais dados. A segunda causa de mortalidade infantil está associada à má formação congênita, sendo que pode estar relacionado ao local de trabalho dos progenitores, ao uso de álcool e drogas.

Observa-se que outra principal causa de óbito infantil, é a aspiração de mecônio, este fato está ligado diretamente à qualidade da assistência ao parto, ao atendimento da maternidade do hospital onde essas mulheres estão ganhando seus filhos. Tal dado mostra que os serviços da rede de atenção à saúde tanto das unidades básicas como do hospital de referência, necessitam de qualificação para tratar essas mulheres. O Vínculo, a captação precoce e o acompanhamento dessa mulher pela equipe de saúde são fundamentais para a mudança dos indicadores de mortalidade infantil.

“[...] tem a dificuldade de achar as gestantes que é uma briga que eu já tive gestantes que eu só fui vê que elas estavam gestantes quando elas estavam com bebê no colo quase, elas não falam”. (entrevistado 01).

Esta fala nos remete aos conceitos já citados de Mehry (2000). O mesmo refere que tecnologias leves não são de menos importância que as leve-duras ou duras, são ligadas a produção das relações entre dois sujeitos, e que só tem materialidade em ato. Estas tecnologias expressam processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos. Isso resultaria em se pensar uma educação que envolva valores sociais bem como atividades que acolhessem o Ser desse agente comunitário.

Outro ponto a ser observado, é que a base dessa rede de atenção à saúde de Novo Hamburgo não está sólida o suficiente, dificultando ainda mais o trânsito desse trabalhador. Ao implantar um modelo de saúde aonde os trabalhadores vão ao encontro da população, realizam levantamento de problemas, encaminham os usuários aos serviços de saúde, a estrutura de suporte deve estar apta e dar conta das demandas trazidas a tona, como relata o entrevistado:

“[...] eu gosto da minha profissão apesar dos pontos assim negativos é difícil sabe explicar é complicado não tenho muito que dizer sobre isto porque mais que tu goste das coisas que tu gosta de fazer quando tu esbarra com algumas realidades e impossibilidades você fica bem triste você fala pra pessoa vai no médico vai aqui no posto e vai fazer a vacina antitetânica aí a criatura vai no posto e não tem vacina ou não tem médico então como é que tu vai também mandar a pessoa vir no médico se não tem médico sabe e quando você esbarra nisto se sente minúsculo, se sente impotente.” (entrevistado 01).

Para alcançar os objetivos propostos pelas políticas públicas de saúde, é fundamental para qualquer trabalhador que passe a integrar uma ESF, que este conheça o território que irá transitar que lhe seja apresentada a rede de apoio que poderá acessar.

O presente estudo identificou no relato dos ACS a necessidade do agente comunitário de saúde de Novo Hamburgo se sentir participante no processo de mudança do modelo assistencial, para isso os mesmos devem ter capacitações onde os mesmos tenham clareza sobre suas funções e atribuições junto à instituição e a comunidade.

Conforme a proposta deste mestrado profissional, ao finalizar o curso, devemos entregar ao município um produto dessa pesquisa, o qual poderá ser aplicado no processo de educação em saúde para os trabalhadores da atenção básica, propomos então a elaboração de um protocolo de formação para ACS, Módulo I, o qual será composto dos seguintes capítulos: I A História do SUS:

Políticas Públicas de Saúde, Mudança de Modelo; II Conhecendo Novo Hamburgo: Epidemiologia e Rede SUS Municipal; III Agente Comunitário de Saúde: quem eu sou? Quais minhas atribuições? ; IV Trabalho em Equipe: Acolhimento e Humanização; V Território/População adstrita; VI Saúde da Família: Homem, mulher, criança e idoso; VII Vigilância em Saúde: Sanitária, Ambiental e Epidemiológica.

De acordo com Moraes e de la Torre (2004):

“tanto a educação, como a cultura e a sociedade são sistemas complexos, cujo funcionamento envolvem diferentes áreas do conhecimento humano, o que exige um olhar mais amplo para a solução de seus problemas. Temos uma realidade educacional que é sistêmica e, ao mesmo tempo, verdadeiramente complexa, o que exige um tratamento compatível com sua natureza” (pg, 34)

As estratégias adotadas para o processo de formação desses trabalhadores, serão embasadas nas metodologias ativas, possibilitando realizar a troca de conhecimento entre o saberes, pois a relação do saber com a prática está constantemente associada aos problemas da relação com o saber dos práticos, é preciso libertarmo-nos do dilema entre “saberes práticos” e “saberes científicos”, que coloca o problema em termos de objetivos e não de tipos de relação com o saber. Um saber praticado não pode ser senão um saber que esclarece a prática e um saber científico só é um saber se tiver um sentido para aquele que o adquire e se lhe permitir enfrentar melhor certas situações e resolver melhor determinados problemas.

Moraes e De La Torre (2004), esclarecem sobre as implicações das metodologias no aprendizado:

“se recomenda o desenvolvimento de estratégias didáticas que privilegiem diferentes tipos de linguagem, que estimulem desafios, vivências, curiosidades, promovam iniciativas, enfim, estratégias que colaborem para o desenvolvimento da autonomia. Serão bem acolhidas as estratégias flexíveis e interativas voltadas para o processo, mas sem descuidar dos conteúdos e dos resultados (...) ênfase nas estratégias cooperativas de aprendizagem, nas colaborações mutuas e na valorização de propostas coletivas, além de um maior cuidado com as questões éticas (...) trocas intersubjetivas, processos de reflexão e tomadas de consciência a partir de processos reflexivos e auto-organizadores (...) metodologias que fomentem a criatividade, a autonomia e a criticidade, a tematização do cotidiano, a vivência de valores (...) valorizar também metodologias que deem uma atenção especial aos aspectos emocionais, as relações colaborativas, as estratégias devem ajudar a pensar de maneira mais complexa, de forma integradora, global e articulada” (pg, 48).

Faz-se necessário que o município dê sequência a este trabalho e invista na formação dos seus trabalhadores, promovendo assim uma saúde de qualidade e um sistema de saúde mais resolutivo aos usuários atendidos pelas ESFs.

BIBLIOGRAFIA

AEPS, 2012. Anuário Estatístico da Previdência Social. http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/AEPS_2012.pdf. acesso em julho 2014

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. SUS - O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, volume 1. SP: Atheneu, 2006.

BARROS, D Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde. M.D. Saúde. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Programa de formação em saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1998 disponível em <http://www.planalto.gov.br/civil/Constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20 de fevereiro de 2013.

CARVALHO, G.C.M. Financiamento da Saúde no Brasil: resumo executivo desde a pré-história dos SUS até os anos 2010 – DC. 2010. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/download/financiamento.doc> Acesso em maio 2014.

CARVALHO, G.C.M. Financiamento público federal do Sistema de Saúde: 1988-2002. 2002 Tese (doutorado em Saúde Pública) – departamento de saúde Materno – Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP, 2002.

CATANNI, A. Trabalho e Tecnologia. Dicionário Crítico. Petrópolis: Vozes, 1997.

CYRULNIK, Boris. Os alimentos do afeto. São Paulo: Ática, 1995. (trad. Celso Mauro Parcionik)

Departamento de Informática do SUS – Datasus
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>, acesso em maio 2014.

FARIA, H.P. DE et al. Unidade Didática I: Organização do Processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde. Módulo 2. Modelo Assistencial e atenção básica à saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

FEE - Fundação de Economia e Estatística –, 2009.
 Instituto Nacional de estudos e Pesquisas Educacionais – INEP 2012.
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431340&idtema=117&search=rio-grande-do-sul|novo-hamburgo|ensino-matriculas-docentes-e-rede-escolar-2012>.

FERNANDES, D.J. et al. Diretrizes Curriculares e Estratégias para Implantação de Uma Nova Proposta Pedagógica. Ver Escola Enfermagem USP 2005; 39 (4): 443-9.

FEUERWEKER, L.C.M.; ALMEIDA, M.J. O Programa de Saúde da Família e o direito à Saúde. Olho Mágico, v.6, n.22, p.22-5, 2000.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

FREIRE, P. Educação para a prática da liberdade. 21ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

FIGUEIREDO. I.M et al, Qualidade de Vida no Trabalho: percepções Dos Agentes Comunitários De Equipes de Saúde Da Família. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):262-7.

GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ª ed São Paulo: Atlas 2002.

HADDAD, J. et al. Processo de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. Educacion Médica y Salud,v. 24, n. 2, p. 136 - 204, abr/jun 1990.

Instituto Nacional de Câncer - INCA. www.inca.gov.br, acesso em julho 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE 2010. <http://censo2010.ibge.gov.br/>, acesso em Julho 2014.

LAZZARRI, J.B. As fontes de financiamento do Sistema único de Saúde. São Paulo: Ltr, 2003.

Lei Estadual n.º 10.350, de 30 de dezembro de 1994. <http://www.mprs.mp.br/ambiente/legislacao/id468.htm>, acesso em julho de 2014.

LUNARDELO, S. R. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MATURANA, R. Humberto. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte, UFMG, 1998. (Trad. José Fernando Campos Fortes).

MATURANA. Humberto & REZEPKA, Sima Nisis de. Formação humana e capacitação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. (Trad. Jaime A. Clasen).

MENDES, Eugenio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY. E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09.pdf> acesso em junho 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Legislação Federal, 1990. Legislação Federal, 1990. **Lei Nº 8.080** Orgânica da saúde, 1990. Acesso em 20 de fevereiro de 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação Federal, 1990. Lei Nº 8.142, 1990. Acesso em 20 de fevereiro de 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8.142.pdf> .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 11.350 de 05 de outubro de 2006. Dispõe sobre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Acesso em: 05 de março de 2013. Disponível em:
http://www.dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislação/lei11350_05_10_06.pdf.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Acesso em: 05 de março de 2009. Disponível em:
<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2002/10507.htm>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família. A implantação da Unidade de Saúde da família. Brasília, DF 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política de educação permanente e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Polos de educação permanente em saúde. Brasília (DF): MS; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1886/GM de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. B. Ministério Da Saúde. 1997b Acesso em: 05 de março de 2013. Disponível em:
http://www.dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislação/portaria_1886_18_12_97.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Acesso em: 05 de março de 2013. Disponível em:
http://www.dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislação/portaria_648_28_03_06.pdf.

MORAIS, C, M. Escalas de medida, Estatística Descritiva e Inferência Estatística. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Bragança. 2005.

MORAIS, C,M e De La TORRE, 2004. Sentipensar: fundamentos e estratégias para reencantar a educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

Novo Hamburgo 2011. LEI Nº 2400/2011, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2011. <http://www.novohamburgo.rs.gov.br/modules/catasg/catalogo.php?servico=1209> acesso em 01/07/2014.

Novo Hamburgo, 2014. Plano Municipal de Saúde, gestão 2014/2017.

Novo Hamburgo, 2014, COMUSA. <http://www.novohamburgo.rs.gov.br> acesso em junho 2014.

Novo Hamburgo, 2014. Relatório de Gestão Municipal de Saúde RGMS.

Novo Hamburgo 2009. LEI Nº 1980/2009. <http://www.novohamburgo.rs.gov.br/modules/catasg/catalogo.php?servico=1209> acesso em 01/07/2014.

Novo Hamburgo 2009. LEI Nº 2069/2009, de 17 de dezembro de 2009. <http://www.novohamburgo.rs.gov.br/modules/catasg/catalogo.php?servico=1209> acesso em 01/07/2014.

Novo Hamburgo 2013. Portaria Nº 1.092/2013, Instituição do NUMESC, de 30 de Julho de 2013. <http://www.novohamburgo.rs.gov.br/modules/catasg/catalogo.php?servico=1209> acesso em 01/07/2014.

Novo Hamburgo 2013. Portaria Nº 1.385/2013, Nomeação do NUMESC, de 30 de agosto de 2013. <http://www.novohamburgo.rs.gov.br/modules/catasg/catalogo.php?servico=1209> acesso em 01/07/2014.

RODRIGUES, M. Z. Educação continuada em enfermagem de Saúde Pública. Revista da Escola de Enfermagem USP. São Paulo, v.18, n.2. p. 129 - 140, agos. 1984.

SILVA, M. J. P. et al. Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva, 1989.

SOARES. M.R.F. Políticas Públicas em Habitação Como Ferramenta Para Construção da Cidade e da Cidadania - O Caso do Município de Novo Hamburgo - RS. Trabalho de Conclusão de Curso Pós-Graduação em Gestão Pública Municipal. UFRGS – RS 2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61956/000867923.pdf?sequence=1> Acesso em 01/07/2014

SCHWARTZ, Y. De la 'qualification' à la 'compétence'. Education Permanente, 123, p. 125-138, 1995.

SPIRI, W.C. A identidade do agente comunitário de saúde - uma abordagem fenomenológica. Cienc. Saúde Colet., 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos>>. Acesso em: junho 2014.

Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.
<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-hospitalares-do-sus-sih-sus>. acesso em julho/ 2014.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL

APÊNDICE A - Questionário utilizado para identificar o perfil do Agente Comunitário de Saúde de Novo Hamburgo

Equipe:

Questões:

1- Coloque em ordem classificatória do mais importante ao menos importante, onde você aprendeu o que você ensina em saúde:

1º _____
2º _____
3º _____
4º _____
5º _____

2- Coloque em ordem classificatória do mais importante para o menos importante quais os procedimentos em que você gostaria de ter oportunidade de aprendizagem:

1º _____
2º _____
3º _____
4º _____
5º _____

3- Coloque em ordem classificatória do mais importante para o menos importante que procedimentos você executa nas atividades diárias.

1º _____
2º _____
3º _____
4º _____
5º _____



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL

4- Coloque em ordem classificatória de mais frequência para o de menos frequência, como você se sente atuando nos procedimentos acima relacionados:

- Segurança total.
- Segurança parcial de até 75%.
- Segurança parcial de até 50%.
- Segurança parcial de até 25%.
- Insegurança total.

5- Coloque em ordem classificatória de mais frequência para o de menos frequência, os seus sentimentos em relação as suas atividades em saúde junto à comunidade onde atua:

- Otimista com os resultados
- Otimista parcial de até 75%
- Otimista parcial de até 50%
- Otimista parcial de até 25%
- Pessimista com o resultado

6- Se você tivesse oportunidade de aprender mais sobre as suas atividades diárias, a que recurso educacional você recorreria?



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____
aceito participar do estudo de caso coletivo que tem como objetivo principal identificar o perfil dos agentes comunitários de saúde no município de Novo Hamburgo, desvelando suas necessidades de aprendizagem e suas práticas no desempenho de seu cotidiano profissional relativo às ações na assistência à saúde contextualizada aos pressupostos do SUS e de acordo com a realidade territorial e indicadores de saúde do município, a fim de elaborar um protocolo de formação permanente. Entendo que o questionário que responderei farão parte do estudo coordenado pela Enfermeira Janifer Prestes aluna do curso de Pós Graduação Ensino na Saúde para trabalhadores no SUS/FAMED/UFRGS. Minha participação no projeto contribuirá para uma avaliação no intuito de subsidiar a elaboração de um protocolo de formação permanente para os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Novo Hamburgo.

Eu, por meio deste, estou de acordo em participar dos seguintes procedimentos:

- responder ao questionário específico;
- participar da entrevista se for sorteado para tal;

Entendo que no momento de publicação, serão preservados os dados de identificação pessoal dos participantes.

Entendo que não haverá compensação financeira pela minha participação no estudo.

Entendo que minha participação no estudo poderá me trazer como benefício oportunidade de aprendizado para qualificar minha atuação junto aos usuários do SUS;

Entendo que tenho liberdade em recusar-me a participar ou retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer penalização alguma ou prejuízo.

Entendo que posso entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Enfermeira Janifer Prestes a qualquer momento para esclarecimento de quaisquer dúvidas ou problemas referente à minha participação no estudo através do telefone 51 3272

3272 da Fundação de Saúde de Novo Hamburgo. Entendo também que, no caso de sentir-me negligenciado quanto aos meus direitos, posso entrar em contato com Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS pelo fone (51- 3308 3738).

Coordenação do projeto: Prof^a. Dra. Miriam Suzéte de Oliveira Rosa – 3308 3735

Executora do projeto: Mestranda. Janifer Prestes

Assinatura do pesquisador:

Assinatura do participante:

Novo Hamburgo, ____ de _____ de _____.

ANEXO I

AUTORIZAÇÃO DO GESTOR PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Município de Novo Hamburgo
Secretaria Municipal da Saúde - SMS
CAPITAL NACIONAL DO CALÇADO

Novo Hamburgo, 12 de julho de 2013.

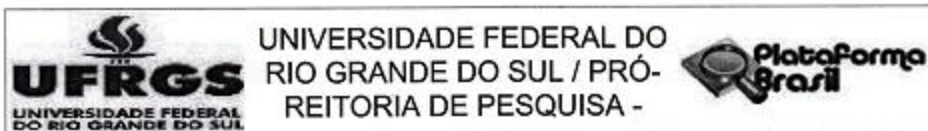
Prezados Senhores:

Declaro que tenho conhecimento do teor e autorizo a realização do Projeto de Pesquisa intitulado Educação em Saúde: Cuidado Humanizado e Formação do Agente Comunitário de Saúde, proposto pela pesquisadora e servidora deste município, Janifer Prestes, sob a orientação da Professora Dra Mirian Suzete de Oliveira Rosa, desenvolvido junto ao Curso de Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFRGS.

O referido projeto e coleta de dados será desenvolvido com os Agentes Comunitários de Saúde concursados, e que estão atuando a mais de dez meses junto as Equipes de Saúde da Família do município de Novo Hamburgo. A fim de que possamos de posse dos resultados esperados propor inovações no que diz respeito à formação e capacitação em serviço dos nossos servidores, com foco na atenção a saúde de qualidade e resolutiva.

LEIS CARLOS BOLZAN
Secretário da Saúde

ANEXO II – PARECER AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PLATAFORMA BRASIL.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: 1EDUCAÇÃO E SAÚDE: CUIDADO HUMANIZADO E FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Pesquisador: Miriam Suzéte de Oliveira Rosa

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 22979113.4.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 514.859

Data da Relatoria: 23/01/2014

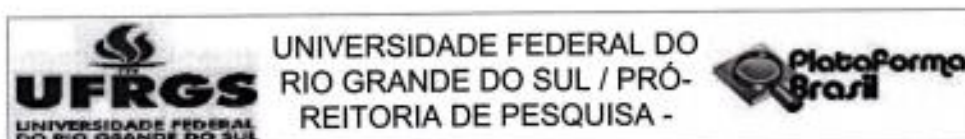
Apresentação do Projeto:

Este estudo trata de uma pesquisa exploratória, tipo estudo de caso coletivo e tem como objetivo principal identificar o perfil dos agentes comunitários de saúde no município de Novo Hamburgo, desvelando suas necessidades de aprendizagem e suas práticas no desempenho de seu cotidiano profissional relativo às ações na assistência à saúde, contextualizadas aos pressupostos do SUS e de acordo com a realidade territorial e indicadores de saúde do município, a fim de elaborar um protocolo de formação para os mesmos. Para alcançar o objetivo deste estudo serão utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: Revisão da literatura, principalmente os preceitos legais; busca de registros institucionais destes sujeitos; aplicação de questionários que tratam do fazer diário e, entrevista semi-estruturada, para pelo menos um representante de cada serviço onde estes profissionais estão vinculados.

Objetivo da Pesquisa:

- Conhecer quem são os agentes comunitários de saúde e quais são as práticas que desempenham no seu cotidiano profissional, relativa às ações na assistência à saúde, contextualizadas aos pressupostos do SUS no município de Novo Hamburgo, a fim de elaborar um protocolo de formação para os mesmos, de acordo com as necessidades destes trabalhadores, e com a realidade territorial e indicadores de saúde do município.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Contribuição do Parecer: 514.859

Objetivos Específicos

- Analisar o perfil das práticas atualmente desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde no município de Novo Hamburgo, delineando a atuação deste profissional junto aos usuários do SUS.
- Propor e desenvolver a partir dos dados encontrados processos de ensino-aprendizagem do que seja necessário ao perfil epidemiológico do território de atuação destes servidores, a fim de qualificá-los ao desempenho do que lhe é atribuído como competência legal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto foi reestruturado e os riscos encontram-se adequadamente apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Retorno de pendência após conversa presencial com a pesquisadora. O projeto foi adequadamente reestruturado e apresenta-se em condições de aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadamente apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugere-se aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminha-se

PORTO ALEGRE, 24 de Janeiro de 2014

Assinador por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeaq.ufrgs.br