

O Perfil Sócio-Demográfico do Agente Comunitário do Programa de Saúde da Família (PSF): Um estudo piloto realizado no Município de Mesquita - Rio de Janeiro.

Aluna: Ana Cristina Batista de Oliveira
Orientadora: Sueli Bulhões da Silva

Introdução

O relatório anual aqui apresentado tem o intuito de expor as atividades realizadas a partir do final de março de 2008 até março de 2009, período de minha inserção como aluna de iniciação científica PIBIC – CNPq, na pesquisa intitulada “*Estudo de um modelo de prevenção de doenças focado na comunidade: O papel dos agentes comunitários no Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Mesquita – Rio de Janeiro*”, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sueli Bulhões da Silva, vinculada à linha de pesquisa Violência, Família e Direitos Sociais, do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, em parceria com o Prof. Dr. Rogério Meireles Pinto, da Escola de Serviço Social da Columbia University (USA).

O referido projeto de pesquisa tem como objetivo geral examinar os mecanismos através dos quais os agentes comunitários de saúde oferecem serviços relacionados à Saúde Preventiva às famílias de baixa renda residentes no Município de Mesquita, no estado do Rio de Janeiro. Tal proposta visa um melhor conhecimento do entendimento, por parte dos agentes, quanto à proposição lançada pelo município do que é atenção básica segundo os parâmetros estabelecidos pelo SUS e sua atuação dentro da comunidade.

O PSF e o Agente Comunitário de Saúde (ACS):

O Programa de Saúde da Família – PSF - surgiu com a necessidade de resposta de uma das demandas do SUS¹ que dizia respeito à universalização do acesso à saúde, e à gestão participativa da população permitindo o controle social da política pública de saúde, com base de atenção na família. Segundo Paim (2008),

“O governo de Fernando Collor de Mello caracterizou-se pela crise econômica, com reduções de recursos federais para a saúde, embora tenha criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), promulgado a Lei Orgânica e implantado a Norma Operacional Básica 1991(NOB/91) e, depois de muita protelação, realizado a 9ª Conferencia Nacional de saúde (9ªCNS). No governo de Itamar Franco manteve-se a crise financeira na seguridade social, instalando-se uma disputa inaceitável entre saúde e a previdência, mas pode-se destacar o avanço da municipalização, a partir da Norma Operacional Básica 1993 (NOB/93), e a criação do programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. O governo de Fernando Henrique Cardoso (...), ampliada a municipalização e o PSF, (...) No primeiro governo de Luis Inácio da Silva, mesmo sem serem equacionadas as questões e da força de trabalho do SUS manteve-se a expansão do PSF...” (Paim, 2008:97-98).

¹ “O SUS tem sido reconhecido como uma política pública construída pelos movimentos sociais que lutaram pela democracia, ocupando espaços na Constituição e nas Leis, tendo o governo a obrigação de implementá-la. É um dos caminhos para a garantia do ‘direito da saúde dos cidadãos’, como dever do Estado, constituindo o maior sistema de saúde publica do Mundo” (Paim, 2008: 96).

Como se pode perceber, na citação acima, os agentes comunitários de saúde antecedem a oficialização do PSF. Neste sentido, cabe informar que o trabalho dos

ACS surgiu, segundo Silva e Dalmaso (2007), a partir de diferentes experiências no Brasil, em especial nos estados do Ceará e São Paulo.

“O Pnacs (ou PACS, segundo Paim, 2008:97) teve seu início em 1991, na região nordeste do Brasil (...). A justificativa de implantação prendia-se à inúmeras “experiências de atenção primária” com excelentes resultados alcançados, por muitas delas, ao integrar os agentes à equipe, não apenas como um elo entre o sistema de saúde e a população mas, principalmente, por sua capacidade de resolver e evitar problemas que ocasionavam o congestionamento do sistema de assistência à saúde” (Silva e Dalmaso, 2002: 50).

O bom resultado destas experiências, entre outras isoladas principalmente no nordeste do país e no exterior, como a consolidação de sistemas nacionais baseados em Atenção Primária à Saúde (APS) em países como Canadá, Cuba e Reino Unido, serviram de estímulo ao avanço da discussão, como citam Sampaio e Lima (2004)², o que levou à implantação posterior do projeto dos ACS no Projeto Nacional Agentes Comunitários de Saúde - Pnacs.

Uma das características do trabalho do ACS é que o mesmo é realizado dentro da comunidade na qual reside, o que facilita, em princípio, o acesso e contato com as famílias, e deve possibilitar o desenvolvimento das seguintes atribuições:

“Executar trabalhos de primeiro nível de atenção à saúde, garantindo cuidados a população com um grau de resolubilidade compatível com sua função, contribuindo para a extensão da atenção a saúde; garantir a o trabalho do agente integrado a com a equipe de unidade de saúde a que estiver vinculado; fornecer a ligação entre serviços de saúde a comunidade; ampliar o acesso à informação sobre saúde na comunidade; cooperar com a organização comunitária, no trato com os problemas de saúde” (Silva e Dalmaso, 2002:51).

Objetivos e Metodologia

O Município de Mesquita³ foi escolhido como lócus para a pesquisa por se tratar de um dos últimos municípios emancipados do estado do Rio de Janeiro⁴, e por ter implantado em 2005 o Programa de Saúde da Família, seguindo a proposta do SUS de modelo de atenção à saúde valorizando a participação popular e buscando mudar a concepção dominante de que os serviços de saúde devem simplesmente atender à demanda espontânea da comunidade. O pouco tempo de implantação do PSF permitiu-nos observar características como a composição inicial das equipes, a localização das unidades de acordo com as possibilidades de aquisição das unidades, a contratação de profissionais médicos, em sua grande maioria residentes fora do município, a aceitação pelos usuários do programa no município.

Há de se ressaltar também o interesse e apoio demonstrados pela Secretaria de Saúde e Coordenação do PSF do município à proposta da pesquisa apresentada pelo Departamento do Serviço social da PUC-Rio, o que viabilizou uma ação precisa no agendamento das equipes de PSF para coleta dos dados.

Segundo folheto (anexo I) distribuído pela coordenação de Atenção Básica do Município durante o Seminário de Atenção à Saúde de Mesquita realizado em julho de

² Revista virtual da biblioteca virtual em saúde: <http://its.bvs.br> © 2002 BVS Saúde Pública Brasil e BIREME/OPAS/OMS artigo: [ITD - Apoio ao Programa Saúde da Família](#) acesso em 24/03/2009.

³ Com uma área de 34,767 km², sua população é de 187,949 habitantes, estatística do IBGE, e possui uma densidade de 5249,1 hab./km². www.wikipedia.org/wiki/mesquita, acesso em 10/03/2009.

⁴ Após longa luta judicial onde conseguiu sua emancipação do município de Nova Iguaçu em 25 de setembro de 1999. www.wikipedia.org/wiki/mesquita, acesso em 10/03/2009

2008 no auditório Apolônio de Carvalho, Centro Administrativo da Dinâmica em Mesquita, definiu-se a necessidade de dividir o município em cinco regiões de saúde com características demográficas e sócio-sanitárias semelhantes e identificação dos estabelecimentos de saúde nesta, formando uma rede de saúde que, em Mesquita, corresponde a 10 unidades do Programa de Saúde da Família - PSF; 12 unidades básicas de saúde; uma policlínica; um centro de atendimento psicossocial; um hospital e um complexo Municipal de Saúde.

A pesquisa *“Estudo de um modelo de prevenção de doenças focado na comunidade: O papel dos agentes comunitários no Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Mesquita – Rio de Janeiro”* que se caracteriza por ser do tipo piloto apresenta os seguintes objetivos específicos: “Traçar o perfil dos agentes comunitários de saúde; identificar as redes de apoio utilizadas pelos agentes comunitários; identificar as estratégias de prevenção de doenças e conhecer o impacto da ação dos agentes comunitários nas áreas de atuação do programa”.

Na sua primeira etapa que teve início em julho de 2007 foram contactados apenas os quatro primeiros núcleos de PSF implantados, até então, no referido município. Na ocasião, o trabalho de campo constou de entrevistas semi-estruturadas com questões abertas e fechadas e também do tipo Survey, que foram realizadas com os médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, num total de 42 pessoas.

Os quatro primeiros núcleos de PSF pesquisados foram: Campo do América, localizado no bairro de Cosmorama; Maria Cristina, localizado no bairro de Rocha Sobrinho; Ana Paula, localizado no bairro de Santa Terezinha; Valter Borges, localizado no bairro da Chatuba. Estes eram os núcleos que, de um total de 10, se encontravam em pleno funcionamento na época, ou seja: com toda a equipe composta. Além disso, por ser caracterizado como estudo piloto era fundamental também que os instrumentos fossem testados para serem validados, uma vez que, posteriormente, todos os núcleos de PSF do município de Mesquita seriam estudados.

As entrevistas foram gravadas, com a prévia autorização de todos os participantes mediante assinatura de Termo de Consentimento para participação no estudo, e foram transcritas fornecendo dados qualitativos e quantitativos. Os quantitativos estão armazenados em SPSS e sendo analisados em nível de frequência simples e comparativa.

A segunda etapa teve início em maio de 2008 e constou da aplicação de um questionário a todos os integrantes das 14 equipes das 10 unidades do PSF em Mesquita, abarcando um total de 128 profissionais a saber: 12 enfermeiras, 78 agentes, 7 agentes administrativos, 9 médicos, 11 técnicos de enfermagem, 8 auxiliares de serviços gerais, 2 dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário.

Para a elaboração do questionário foi de fundamental importância o material obtido na primeira etapa da pesquisa. A transcrição das entrevistas realizadas indicou a necessidade de confirmar, cruzar e ampliar informações que foram incorporadas ao novo instrumento de coleta de dados.

Partindo do esboço do material enviado por e-mail pelo professor Rogério Pinto a equipe⁵ coordenada pela professora Sueli Bulhões elaborou o questionário, com a preocupação constante da participação das alunas integrantes da equipe de revisar e de trocar opiniões sobre as questões elaboradas, num aprendizado ético dentro de processo participativo de todos os integrantes.

⁵ Além da minha participação enquanto bolsista PIBIC, também participou desta etapa a mestranda de Serviço social da PUC-Rio, Jussara de Assis na qualidade de coordenadora do trabalho de campo (aplicação dos questionários).

Uma vez construído o instrumento de coleta de dados – questionário – o mesmo foi apresentado para avaliação, apreciação e correção ou mudanças que se fizessem necessárias junto à equipe de Coordenação do PSF de Mesquita, no dia 04 de junho, numa reunião da qual também participei. Na ocasião foram sugeridas e incluídas algumas questões sobre as reuniões de equipe e foram feitas algumas correções de termos e denominações locais referentes ao projeto PSF do município.

Para a aplicação do questionário, cujo número de perguntas variou entre 108 e 125 em função do profissional que respondia, foi realizada pela professora Sueli uma reunião de treinamento onde pontuamos nossas questões quanto aos termos mais utilizados na área médica para que, em campo, pudessemos esclarecer dualidades ou dúvidas quanto a alguns dos quesitos do instrumento.

Do campo, as informações fornecidas pela Coordenação do PSF nos mostraram a necessidade de acelerar a aplicação dos questionários. Com a proximidade do fim de mandato e sem saber se seria reeleito, o prefeito do município realizara, através de convocação por edital e determinação governamental, uma prova para efetivação dos ACS participantes das equipes do PSF e para contratação de novos agentes. O resultado desta avaliação não parecia favorável para os que já atuavam nas equipes, e como resultado havia um murmúrio de que em breve haveria demissões. Essa expectativa desmotivou as equipes comprometidas com todo um processo de treinamento dos agentes realizado durante dois anos, em alguns casos, dentro de um processo de inserção como agente dentro da comunidade.

Mesmo com a coordenação do PSF do município realizando um grande esforço para a manutenção do Programa com o treino e palestras constantes para a capacitação das equipes no avanço de melhorias no atendimento aos usuários da comunidade, percebemos que há uma relação de dependência entre a situação política e a continuidade das políticas sociais desenvolvidas. A possibilidade de mudanças na prefeitura de Mesquita nos mostrava esta relação com o PSF.

Essa inter-relação também forneceu ao então prefeito do momento a consciência da necessidade de manutenção de seus votos dentro das comunidades atendidas pelo Programa não realizando de imediato nenhuma demissão. Mas este fator, a dependência de uma continuidade da situação política, é um fator que interfere na administração descentralizada do SUS de forma negativa. Como afirma Paim (2008:99): “Daí a necessidade de garantir o caráter público do SUS, mas sem atrelamento ao Estado, protegendo-o da descontinuidade administrativa e de intercorrências desastrosas derivadas das ‘manobras políticas’”.

Na tentativa de não permitir a descaracterização da pesquisa, pondo em risco a validação dos dados obtidos na sua primeira etapa, uma vez que todos que participaram da mesma estavam incluídos na segunda etapa, começamos as aplicações nas dez unidades de PSF abrangendo as 14 equipes do Programa.

Elaboramos o cronograma de ida ao campo a fim de esquematizar as atividades a serem desenvolvidas durante o processo de aplicação do instrumento nas unidades de PSF, observando a proximidade das unidades; o horário em que ocorriam as reuniões de equipe, para que não houvesse um atraso nos atendimentos aos usuários nas unidades; e a disponibilidade da equipe de coordenação de nos apresentar nas unidades em que não se havia realizado a primeira etapa da pesquisa. Além, é claro, de conciliar nossos horários de atividades acadêmicas com as atividades a serem desenvolvidas no campo.

Acertados os últimos detalhes, no período de 19 de junho a 10 de julho, juntamente com a mestrandia Jussara Francisca de Assis, realizamos a aplicação do novo instrumento de pesquisa nos núcleos de PSF do município de Mesquita. Nossas idas às unidades para aplicação do instrumento de pesquisa foram realizadas a tarde, em algumas unidades, pelo grande número de integrantes ou por conter mais de uma

equipe, como no caso da unidade Chatuba que apresenta três equipes num total de 34 profissionais. Aplicamos os questionários juntas no intuito de que durante a entrega do instrumento pudéssemos fazer uma revisão das respostas e alertássemos os participantes para alguma questão deixada em branco.

Obtivemos nestes contatos com os agentes comunitários e outros membros da equipe de saúde informações pertinentes à dinâmica de trabalho e relação com os usuários, que foram por mim registradas no diário de campo e levadas à reunião de equipe de pesquisa, o que nos proporcionou um aprofundamento em questões que não havíamos cogitado no questionário. Como por exemplo, a participação de pessoas envolvidas em instituições religiosas que trabalham no PSF. Durante a formulação das questões não abordamos o tema sobre uma diferenciação entre as instituições religiosas, mas observamos que ocorre uma grande frequência de evangélicos entre os agentes, o que pode promover uma visão diferenciada no tratamento aos usuários, como comentado por alguns ACS durante a aplicação do questionário, mas não podendo ter sido comprovado por nosso instrumento.

Terminada a aplicação dos questionários, iniciei a organização dos dados referentes ao perfil dos agentes comunitários a fim de ampliar o material obtido na primeira etapa da pesquisa quando apenas quatro unidades participaram.

Atividades Desenvolvidas

Alem das atividades já relatadas participei de eventos (Seminários e Semana de Saúde) que me possibilitaram ampliar os conhecimentos que venho adquirindo. Assim participei dos seguintes eventos:

- a) Semana de Saúde coletiva da UFRJ. Palestra/oficina: “Oficina sobre visão Interdisciplinar dos Agentes Comunitários” em maio de 2008;
- b) II Seminário Interno de Iniciação Científica do Departamento de Serviço Social, em 24 de junho de 2008;
- c) I Seminário de Atenção à Saúde de Mesquita: “Responsabilidade Sanitária, Gestão do Cuidado e Territorialização: Princípios e Desafios” organizados pela equipe de coordenação do PSF do município de Mesquita junto com a Secretaria de Saúde do município, sobre implantação e resultados do PSF em 16 e 17 de julho de 2008;
- d) Seminário “Estado, sociedade e formação profissional em saúde. 20 anos do SUS: contradições e desafios” ocorridos em setembro de 2008, na FIOCRUZ.

A presença nestes eventos me possibilitou ampliar meus conhecimentos a respeito do trabalho dos ACS e do PSF, além de aprofundar o olhar sobre o papel do agente comunitário de saúde na comunidade e dentro das equipes que apesar de muito questionado pelos profissionais da área médica quanto à sua forma de atuação⁶, mas também reconhecido como uma forma de alargamento do estreito corredor de acesso aos atendimentos de saúde, como comentado na Semana de Saúde Coletiva, na UFRJ.

Em função das leituras realizadas, da experiência na pesquisa e da presença nos eventos acima, considero que mesmo diante do enfrentamento de diferentes

⁶ O que de certa forma se deve pela própria formulação da classificação dos atendimentos em baixa, média e alta complexidade pela área de saúde, ao se levantarem questões mais amplas sobre as implicações de doenças antes consideradas de fácil resolução (baixa complexidade), como verminoses, diarreias aleitamento materno e hoje em alguns casos levantadas como questões de alta complexidade pelas implicações que tais atendimentos quando mal resolvidos podem acarretar.

adversidades, este novo profissional, presencia no seu dia a dia a realização da proposta de uma atenção básica para a minimização, nos municípios, dos problemas do inchaço na rede de hospitais públicos, através do trabalho diferenciado de conscientização da população de processos preventivos para obtenção de uma melhora das condições de saúde e na qualidade de vida, com ações preventivas e conscientização de alguns direitos sociais.

A falta de recursos se apresenta de forma particular, pois a baixa remuneração desses “profissionais” é uma realidade⁷. Pois, apesar do reconhecimento público na comunidade, o que garante este profissional no campo de atuação é a expectativa de uma contratação para um serviço de carreira, como comentam Silva e Dalmaso (2002:10), “o atrativo de uma carreira profissionalizante (...) e a pretensão de uma garantia de emprego” é o que mantêm muitos destes profissionais na área de atuação, mesmo sendo expostos à violência cotidiana da comunidade. Fato que me foi relatado no campo em diferentes unidades visitadas. Pois, estes agentes que são considerados como um “elo entre a comunidade e o sistema de saúde” (Silva e Dalmaso, 2002:15) estão expostos, no seu cotidiano, tanto às necessidades da comunidade quanto às divergências que nela ocorrem, não podendo contar com um respaldo do poder público nestas rotinas que mesclam o profissional com o ambiente privado.

Grande, atualmente, é a aplicação do PSF pelo Brasil, mas o projeto não é visto de forma igualitária nas diferentes regiões do país, como comentado por uma assistente social do PSF de Maracanaú, no Ceará, no seminário de Mesquita, onde os trabalhos realizados por aquela equipe têm grande utilidade pública e obtém boas metas na manutenção da saúde na comunidade.

Em contrapartida, uma enfermeira paulista, participante na oficina “*Uma Visão Interdisciplinar dos Agentes Comunitários*” na II Semana de Saúde Coletiva da UFRJ, no Instituto de Estudos em Saúde Comunitária - IESC, comentou que o trabalho do PSF em São Paulo é “feito de forma pobre para a população pobre”, onde a rede de saúde se diferencia de acordo com o bairro no qual está inserida.

Este universo, novo para mim, faz parte de uma história de conquistas sociais recentes da população brasileira, que culminou com a formulação da Constituição de 1988, e que de forma muito rápida teve um esvaziamento da participação popular nos anos que se seguiram.

São olhares diferentes em contextos também diferentes, contudo o que não se pode negar é que a saúde é um direito estabelecido na Constituição de 1988. Sabemos que do momento da elaboração do SUS até os dias atuais o contexto sócio político nacional sofreu e continua sofrendo influências de um contexto maior o qual tem trazido, entre outras, desvio de recursos destinados à saúde o que torna mais precária a obtenção dos direitos nesta área e melhorias nestes serviços para a população. Nas palavras de Paim (2008:112)

“O projeto ‘mercantilista’ assume a saúde como mercadoria, defendendo o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos e para a satisfação das demandas e necessidades dos indivíduos, com base no valor ‘unidade’. Reúne interesses de empresas médicas, seguradoras e operadoras de ‘planos de saúde’, indústrias de medicamentos e equipamentos, parte das entidades médicas e de profissionais da saúde, além da mídia e de empresas de publicidade.”

O referido autor completa seu raciocínio colocando que:

“A Constituição da República, ao reconhecer o direito à saúde como direito social, vinculado à conquista de uma cidadania plena, rejeita a saúde como mercadoria. Entendendo que o mercado é incapaz de tratar a saúde como bem público, a Carta Magna

⁷ No último concurso realizado no município foi oferecido como salário o valor de um salário mínimo R\$ 550,00 para uma realização de uma carga horária correspondente a 40 horas semanais. Informações dos sites: <http://www.editalconcurso.com/blog?page=51> e <http://www.ipdep.org.br> acesso em 13/04/2009.

proclamou que a saúde é assunto de relevância pública e indicou o dever do Estado na sua promoção, proteção e recuperação” (Paim, 2008:116).

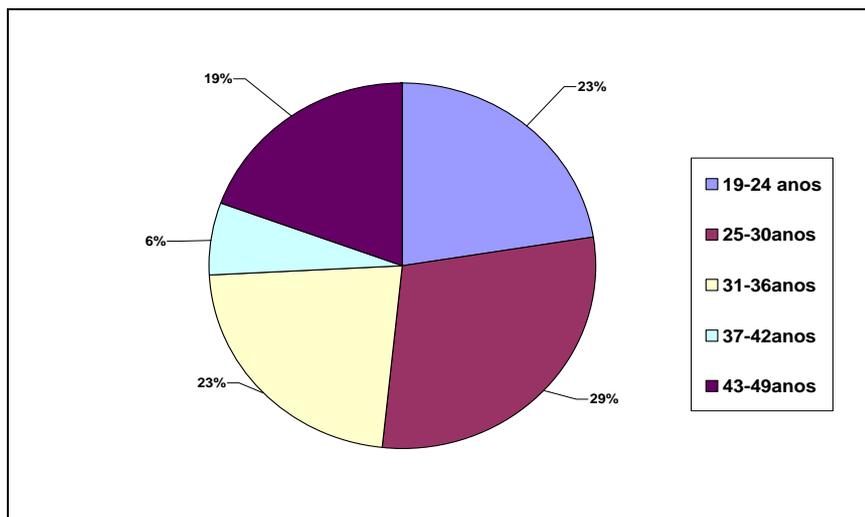
Nas reuniões de orientação me foi possível articular as leituras e a participação no trabalho de coleta de dados no campo, bem como refletir a respeito da política dos agentes comunitários, das políticas públicas e da administração local e municipal.

Seguindo as orientações da professora Sueli tanto nas participações nos seminários, como nas indicações de leitura de autores e temas mais relevantes para o estudo, quanto nas reuniões de equipe de pesquisa e orientação, pude observar a importância da sugestão de confecção de um diário de campo para registro de dados obtidos e observados durante todo o processo de estudo e atividades de campo.

XVI Seminário de Iniciação Científica:

Como parte integrante de meu processo de Iniciação Científica PIBIC, participei do XVI Seminário de Iniciação Científica da PUC-Rio, ocorrido de 26 a 29 agosto de 2008, onde tive a oportunidade de apresentar, na forma de pôster, o perfil de 31 agentes comunitários que participaram da primeira etapa da pesquisa, com o título de “*O perfil sócio Demográfico do Agente Comunitário de Saúde do Programa de Saúde da Família (PSF): um Estudo Piloto Realizado no Município de Mesquita, Rio de Janeiro*”, e que reproduzo a seguir:

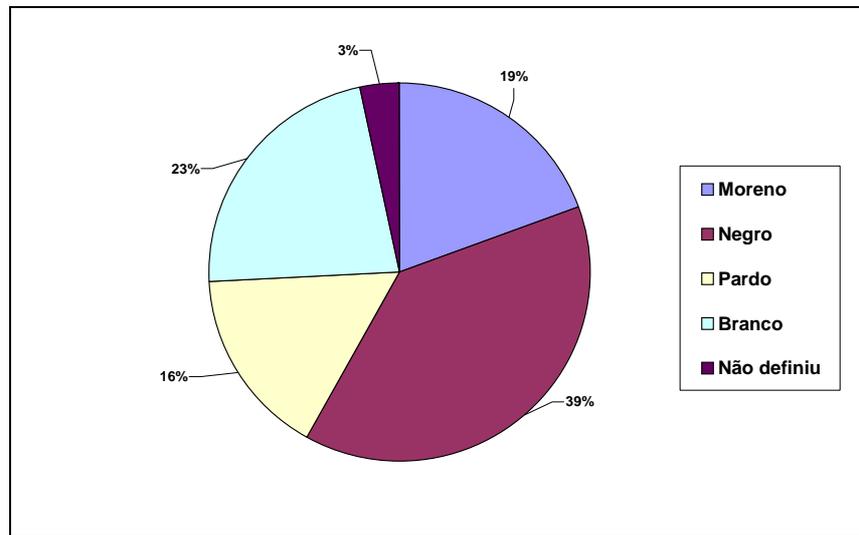
Gráfico 1: Distribuição dos agentes comunitários segundo a idade.
Nº = 31



Fonte: Fichas de pesquisa de campo realizadas em 4 unidades do PSF de Mesquita – 2007.2.

Como se percebe no gráfico, os agentes comunitários de Mesquita estão dentro de uma faixa etária de 19 a 49 anos estando o maior percentual entre as idades de 25 a 36, 52% dos entrevistados.

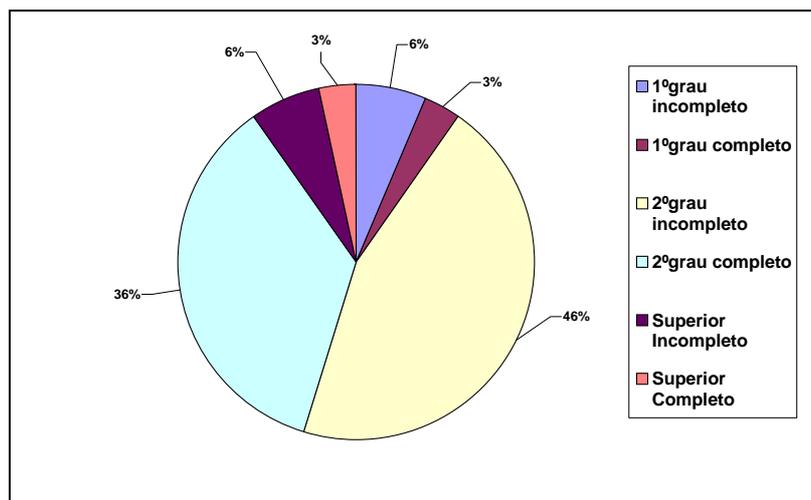
Gráfico 2: Distribuição dos agentes comunitários segundo a Raça / Etnia.
Nº = 31



Fonte: Fichas de pesquisa de campo realizadas em 4 unidades do PSF de Mesquita – 2007.2

Segundo o IBGE moreno, pardo, negro são agrupados na mesma etnia no país e correspondem na pesquisa a 74% da população entrevistada.

Gráfico 3: Distribuição dos agentes comunitários segundo o grau de Educação Formal.
Nº. = 31



Fonte: Fichas de pesquisa de campo realizadas em 4 unidades do PSF de Mesquita – 2007.2

Um percentual de 82% dos entrevistados apresenta um nível de instrução relativo ao 2º grau do atual ensino médio, sendo que 46% não concluíram esta etapa de graduação.

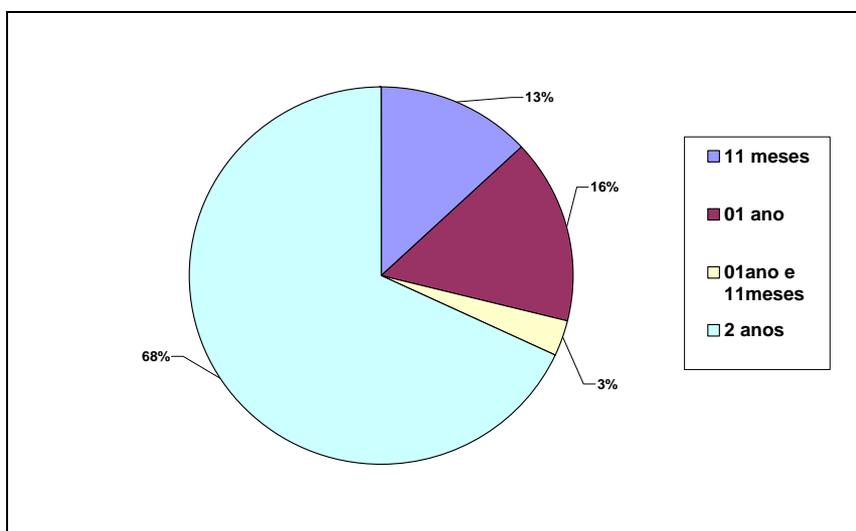
Tabela 1: Distribuição dos agentes comunitários segundo o tempo de residência na comunidade onde se localiza a unidade do PSF em que atuam:

Tempo de Residência	Nº de agentes	%
De 02- 07 anos	3 agentes	9,68%
De 08- 13 anos	6 agentes	19,35%
De 14- 19 anos	3 agentes	9,68%
De 20- 25 anos	8 agentes	25,81%
De 26- 31 anos	3 agentes	9,68%
De 32- 37 anos	3 agentes	9,68%
De 38- 43 anos	0 agentes	0%
De 44- 49 anos	4 agentes	12,90%
Não residem	1 agente	3,21%
Total	31 agentes	100%

Fonte: Fichas de pesquisa de campo realizadas em 4 unidades do PSF de Mesquita – 2007.2

Um percentual de 87,10% são moradores na comunidade a mais de oito anos e apenas um agente, 3,21%, não reside na comunidade. Embora numericamente insignificante, este dado chama atenção e nos leva a questionar o porquê da existência de um agente do Programa de fora da comunidade, se este é um dos fatores condicionantes primordiais para a contratação destes “profissionais” qual seja: pertencimento à comunidade em que atua.

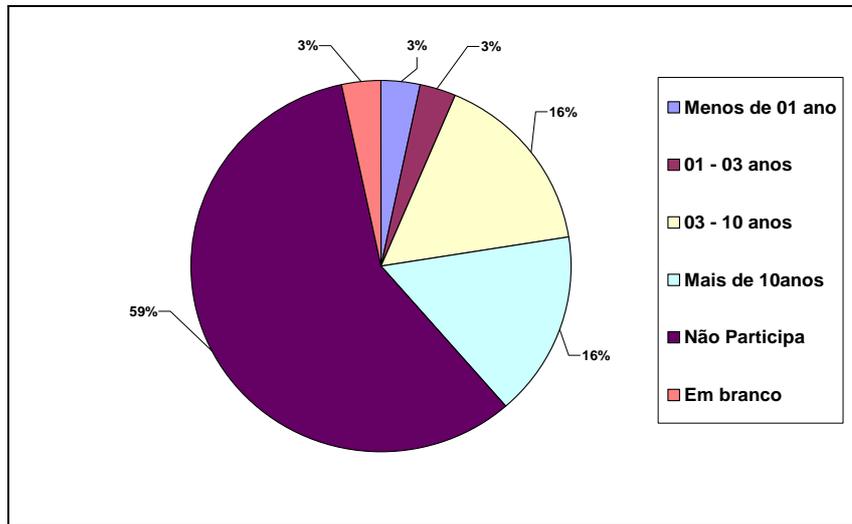
Gráfico4: Distribuição dos agentes comunitários por tempo de trabalho no PSF.
Nº = 31



Fonte: Fichas de pesquisa de campo realizadas em 4 unidades do PSF de Mesquita – 2007.2

Data de dois anos a implantação do PSF no município de Mesquita, 2005. Através do gráfico acima se pode deduzir que as contratações dos agentes comunitários de saúde, 68%, foram feitas para esta implantação, uma vez que os dados foram coletados em junho de 2007 e indicaram que 68% trabalham a 2 anos e 3% a 1 ano e 11 meses.

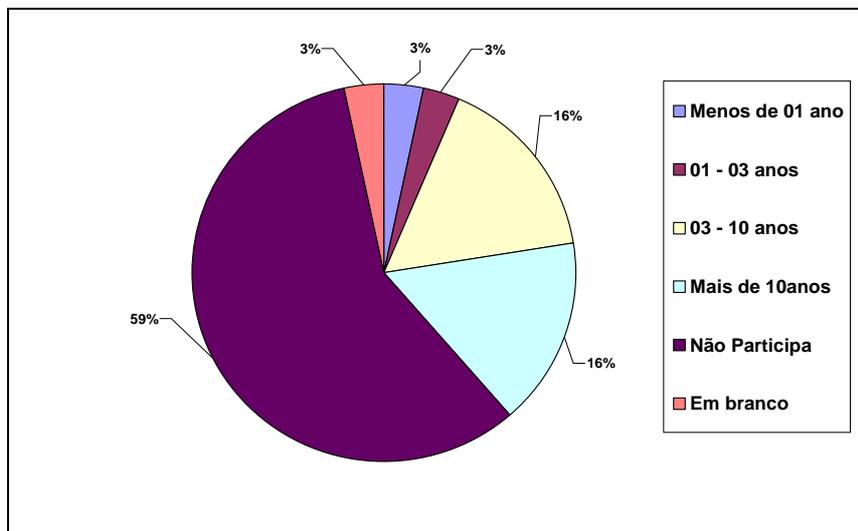
Gráfico 5: Distribuição dos agentes comunitários segundo tempo de participação em Movimento Comunitário. N° = 31.



Fonte: Fichas de pesquisa de campo realizadas em 4 unidades do PSF de Mesquita – 2007.2

Como se pode observar no gráfico 5, 59% dos entrevistados não têm participação em nenhum movimento comunitário. Sendo que entre aqueles que participam 35% têm uma participação de mais de três a mais de 10 anos.

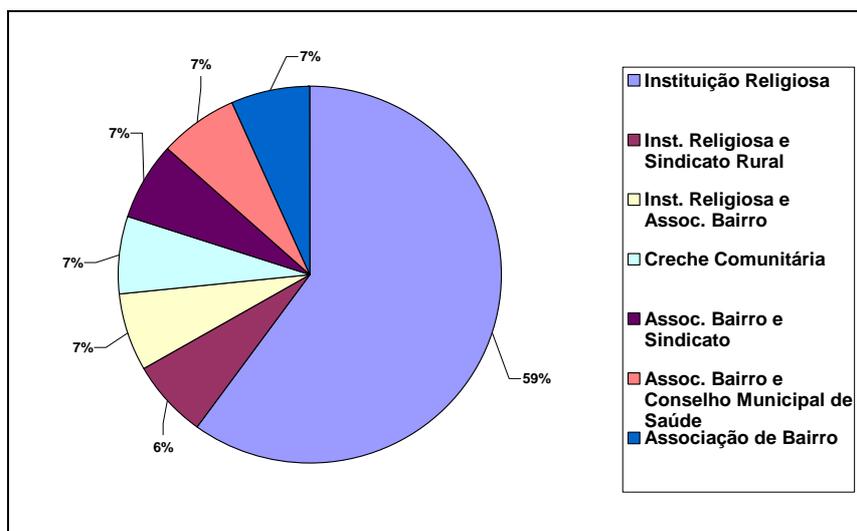
Gráfico 6: Distribuição dos agentes comunitários segundo o tempo de pertencimento a alguma Organização / Instituição. N° 31.



Fonte: Fichas de pesquisa de campo realizadas em 4 unidades do PSF de Mesquita – 2007.2

Há 49% dos entrevistados que não têm pertencimento a nenhum tipo de organização/instituição. Dentre o percentual dos que têm algum tipo de pertencimento 48%, 32% estão a mais de 3 anos na instituição.

Gráfico 7: Distribuição dos agentes comunitários segundo tipo de Organização / Instituição a que pertencem. N.º.15.



Fonte: Fichas de pesquisa de campo realizadas em 4 unidades do PSF de Mesquita – 2007.2

Como indicado no gráfico 6, notamos que 48%(15 agentes) tem algum tipo de pertencimento a organizações ou instituições localizado na própria comunidade. O gráfico 7 nos mostra que destes 15 agentes 59% pertencem a algum tipo de instituição religiosa. Foi possível observar também um numero de pertencimento relativamente baixo e constante de 6% a 7%, que por sua vez estariam associados à promoção e garantias de direito e cidadania, entre os outros tipos de instituições levantados na pesquisa, ou seja, Sindicato Rural, Associação de bairro, Creche Comunitária, Sindicato e Conselho Municipal de Saúde.

As conclusões que obtivemos foram:

Do universo de 42 profissionais que integram as equipes dos quatro núcleos estudados, na primeira etapa da pesquisa o perfil sócio-demográfico dos 31 agentes comunitários apresenta as seguintes características:

29% estão na faixa etária de 25 á 30 anos, seguida pelas faixas de 19 a 24 e 31 a 36 anos, ambos com 23% de incidência. Se somarmos estas faixas encontraremos um total de 75%, o que nos permite observar que a grande maioria dos agentes encontra-se entre 19 e 36 anos; 39% são negros e 23% brancos. A diferença entre morenos (19%) e pardos (16%) é de apenas 3%. Quanto a escolaridade 55% não chegaram a concluir o segundo grau e apenas 36% o fizeram. 65% residem na comunidade onde se localiza a unidade do PSF em que atuam por um período que vai de 2 até 25 anos. Apenas um agente (3,22%) não reside na mesma comunidade. A grande maioria (68%) trabalha no PSF há dois anos, ou seja, o tempo em que o Programa foi implantado no município de Mesquita. Chama a atenção o grande contingente de agentes que não participa de movimentos comunitários (59%). Os que participam de algum tipo de Organização / Instituição correspondem a 48% e participam há até três anos (51%). Chama a atenção a grande participação em instituições religiosas (36%).

Considerações Finais

O processo vivenciado neste período me permitiu concluir que a pesquisa é uma elaboração criteriosa e sistemática do conhecimento obtido através de dados coletados no campo, fundamentada e orientada pela produção realizada por diferentes autores que pesquisam o tema em questão. Essa elaboração, para mim muito valiosa, tem me permitido organizadamente construir o pensamento sobre a relação delicada que as políticas públicas têm com as administrações governamentais. Na minha formação profissional este conhecimento, antes fantasiado por mim, torna-se essencial na construção da realidade vivenciada pela população, sendo um fator de decisão quanto à manutenção, melhoria, ou extinção das políticas planejadas para a população brasileira.

Esta observação que considero tão construtiva para o meu conhecimento, não teria sido realizada sem a vontade de compartilhamento do conhecimento demonstrada pela minha orientadora Professora Sueli Bulhões, e sem a população pesquisada em Mesquita onde o estudo vem sendo realizado.

Para o ano de 2009, seguindo o cronograma das atividades previstas, encontro-me organizando o material a ser apresentado no III Seminário Interno de Iniciação Científica do Departamento de Serviço Social, bem como trabalhando na análise dos dados para exposição no XVII Seminário de Iniciação Científica da PUC-Rio.

Referências Bibliográficas

Silva, Joana Azevedo da & Dalmaso, Ana Silvia Whitaker. “*O Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*”. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

Paim, Jairnilson Silva. “*Reforma Sanitária Brasileira: Avanços, Limites, e Perspectivas*” in Matta, Gustavo Correia (org). “*Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*”. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ EPSJV, 2008.

_____. “*Capacitação para Conselheiros de Saúde*”.

Santana, Milena Lopes & Carmagnani, Maria Isabel. “*Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens*”. In Revista Sociedade e Saúde nº10, 2001.

Vianna, Ana Luiza D’Ávila & Poz, Mario Roberto Dal. “*A reforma do sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*”. PHYSIS: revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, nº. 15(suplemento), 2005.

_____. “Especial: Constituição Cidadã completa 20 anos: conquistas em saúde, educação e seguridade social”. Revista Poli: saúde, educação trabalho. Editora: EPSJV/FIOCRUZ, Ano I nº. 1 – set./out. 2008.

[BIREME/OPAS/OMS](#) artigo: [ITD - Apoio ao Programa Saúde da Família](#) acesso em 24/03/2009.

www.wikipedia.org/wiki/mesquita, acesso em 10/03/2009.

www.editalconcurso.com/blog?page=51 acesso em 13/04/2009.

www.ipdep.org.br acesso em 13/04/2009.

Anexo 1



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de Mesquita
Secretaria Municipal de Saúde

REGIÕES DE SAÚDE

A reorganização da rede assistencial, em todos os níveis de complexidade e sua integração constitui um grande desafio. Nesse contexto a Secretaria de saúde vem desencadeando um processo de planejamento, visando à reestruturação e a expansão da rede de assistência à saúde, partindo dos princípios de territorialização e regionalização.

Definiu-se a necessidade de dividir o município em cinco regiões de saúde com características demográficas e sócio-sanitárias semelhantes e identificação dos estabelecimentos de saúde nestas. E a **primeira região de saúde a ser implementada será a 5.1.**

OBJETIVO GERAL

Fortalecer a rede de atenção local como estratégia de enfrentamento das prioridades de saúde e acolhimento das necessidades, efetivando a integralidade do cuidado no território.

Estabelecimentos de saúde que compõe esta região 5.1:

Hospital e maternidade municipal	UBS Nossa Senhora das Graças
Policlínica municipal	UBS alto Uruguai
Centro de especialidades odontológicas	UBS Coréia
Base municipal do SAMU	UBS Juscelino I
Centro de apoio psicossocial (CAPS)	PSF Ana Paula Carlos Lopes
Centro de saúde Paraná	PSF Coréia
Programa de atenção domiciliar (PAD)	PSF Caixa d'água

DEMAIS ÁREAS DE SAÚDE

As demais Áreas de Saúde, a serem futuramente implementadas, ficarão assim compostas:

- **Região de Saúde 5.2:** UBS França Leite e PSF Walter Borges (3 ESF)
- **Região de Saúde 5.3** UBS Edson Passos, UBS Parque Ludolf, UBS Vila Norma, UBS Cosmorama, UBS Sta. Terezinha, UBS Ampla, PSF Campo do América, PSF Vila Emil e PSF Edson Passos.
- **Região de Saúde 5.4:** UBS Banco de Areia, UBS BNH, PSF Maria Cristina.
- **Região de Saúde 5.5:** UBS Juscelino II, UBS Jacutinga, PSF Jacutinga (2 ESF) e PSF Santo Elias

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA