

O PROCESSO EDUCATIVO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E DA COMUNIDADE DE CATOLÂNDIA-BA: INTERVINDO SOBRE UM PROBLEMA DE SAÚDE

*Tania Maria Costa**

*Maria Aparecida Souza da Conceição Brito***

*Mônica Valéria de Souza***

RESUMO — *No atual contexto do setor saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem uma atribuição importante, tecer e ou fortalecer os elos entre a comunidade e os serviços. O objetivo deste texto é descrever a experiência de capacitação dos ACS em Catolândia-BA, de fevereiro de 1999 a dezembro de 2002, utilizando dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Nesse período, o problema de saúde priorizado foi a diarreia entre crianças de 6 a 23 meses, problema atribuído à qualidade da água consumida. O trabalho desenvolvido pelo ACS e a educação da população, quanto ao tratamento da água, (cloração e filtração), mais a distribuição de filtros resultaram na diminuição de casos de diarreia em crianças de 6 a 23 meses. Tais intervenções mostraram-se positivas, motivando-nos a continuar investindo na educação da comunidade e dos ACS, trabalhadores fundamentais no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).*

PALAVRAS-CHAVE: *Educação; Comunidade; Agente comunitário de saúde-ACS.*

INTRODUÇÃO

Neste artigo, abordaremos nossa vivência como instrutoras/supervisoras no Processo de Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no município de Catolândia-BA. Optamos por

* Prof. Adjunto (DSAU/UEFS). Enfermeira. Tutora do Núcleo de Apoio Docente (NAD)/UEFS/PROFAE. E-mail: 42tanicos@uol.com.br

**Enfermeiras do Programa de Saúde da Família, Catolândia(BA). Professoras do Centro de Formação Técnica de Irecê. E-mail: cidabrito@ig.com.br; mony.net@bol.com.br

Universidade Estadual de Feira de Santana – Dep. de SAU. Tel./Fax (75) 3224-8089 - BR 116 – KM 03, Campus - Feira de Santana/BA – CEP 44031-460. E-mail: sau@uefs.br

trabalhar o referido tema porquanto o consideramos relevante para o momento vivido em nossa vida profissional, conclusão do curso de Especialização em Formação Pedagógica na Área de Saúde/Enfermagem, ao longo do qual os estudos desenvolvidos nos mostraram que já vínhamos tentando trabalhar na perspectiva de uma prática educativa emancipadora no processo de capacitação dos ACS. Concorre também para a escolha nossa participação na implementação de uma nova estratégia que implica a adoção de um novo modelo de atenção à saúde, a vigilância à saúde, bem como, os resultados alcançados com as capacitações realizadas, referentes a um problema de saúde: a elevada ocorrência de diarreia, entre crianças de 6 a 23 meses, no primeiro trimestre do ano de 1999, em Catolândia-BA, evento atribuído à qualidade da água consumida pelos habitantes da referida localidade.

O campo da nossa experiência, o município de Catolândia, situa-se na Região Oeste da Bahia, pertencente à 25ª Diretoria Regional de Saúde, localizada na cidade de Barreiras-BA. É o menor município do Estado em população, possuindo 3 073 habitantes, (IBGE) 2002. Sua extensão territorial é de 471Km; fica a uma distância de 887Km da Capital do Estado. A economia do município está baseada na agricultura e na pecuária de subsistência. As doenças prevalentes na infância eram: Hepatites Virais, Infecção Respiratória Aguda, Desnutrição, Diarreia e Parasitoses Intestinais, as duas últimas, atribuídas ao precário tratamento da água consumida nos domicílios. Na população de adultos e de idosos, destacava-se a Hipertensão Arterial, a Doença de Chagas, a Esquistossomose e as complicações dela decorrentes, como a Hipertensão Portal.

A rede de serviços de saúde existente no município, antes da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), contava com um posto de saúde, extensão da Fundação Nacional de Saúde do município de São Desidério, uma vez que Catolândia foi distrito do referido município do qual se emancipou em 27 de julho de 1961. A unidade de saúde possuía um consultório médico e uma sala de vacinação, sendo oferecido à população, consulta ambulatorial, assistência pré-natal e imunização, também era feita a coleta citológica, realizada por

uma visitadora sanitária. Na sede do município, existia uma casa de parto denominada Maternidade Municipal Ieda Barradas Carneiro, embora sem nenhuma estrutura de maternidade, nela havia apenas um consultório médico, uma sala de curativos onde eram realizados os partos e um espaço destinado ao repouso médico. Os profissionais que aí atuavam eram um médico, que atendia duas vezes por semana, e uma atendente de enfermagem, que trabalhava em turno de 12 horas diurnas, permanecendo à noite de sobreaviso. Na zona rural, apenas os povoados de Mozondó e Porção contavam, cada um, com uma parteira curiosa.

Em vista da situação e da necessidade de reorganizar a atenção à saúde em Catolândia, o gestor municipal solicitou, à Secretaria Estadual da Saúde, a adesão do município ao PACS. Com a implantação desse programa o número de recursos humanos foi aumentando, possibilitando melhoria da atenção à saúde. Desse modo, as unidades de saúde foram ampliadas. Posteriormente, entre novembro de 2000 a janeiro de 2001, foi observado que o município comportava o Programa Saúde da Família (PSF), pois já possuía uma equipe formada à época do PACS, que cobria 100% do Município, atendendo as 800 famílias lá existentes (IBGE, 2002).

INTRODUZINDO A TEMÁTICA

Até a década de setenta a idéia de saúde estava associada à ausência de doenças. Posteriormente percebe-se a relação entre doenças e condições de vida, que implica entender saúde como resultante de um conjunto de fatores, tais como, saneamento básico, habitação, lazer, trabalho, cultura, meio ambiente e nível de educação. Assim, a atenção à saúde vai além da oferta de serviços de saúde propriamente dito, tais como, vacinação, consultas médicas, de enfermagem e outros.

Nesse sentido, o cenário social que também compreende a saúde passa por diversas transformações. Migramos após várias décadas, de um modelo médico-assistencial privatista que, embora dotado de um percentual de recursos econômicos bastante significativo, era altamente excludente, não assegurando

acesso aos indivíduos que não dispunham de recursos para cobrir suas despesas médico-hospitalares.

O contexto desse momento apresentava, por um lado, um Sistema de Saúde, dicotômico, de alto custo e pouca eficiência, além de excludente, que não contribuía efetivamente para a melhoria das condições de saúde da população, suscitando questionamentos e estimulando movimentos sociais em prol de mudanças. Por outro lado, existia a preocupação do Governo autoritário, instituído em 1964 de minimizar as tensões entre as camadas da população excluída também dos serviços de saúde. Assim, desde a década de setenta, segundo Mendes (1986, p.269)

...começa a se esboçar, ainda que limitado ao espaço institucional da saúde pública, o movimento do programa de atenção primária ou de extensão de cobertura.

Em resposta a essa política, foi criado em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), cuja filosofia foi transportada, em 1980, para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), idealizado para ser estendido a todo o País, mas inviabilizado política e economicamente. Para corrigir a situação, surgiu em 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e, em 1982, o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde. Para Mendes (1986, p.270), *O plano do CONASP colocou como objetivo final, a integração das ações de saúde, mas se desdobrou, de fato, em vários projetos eficientizadores que tiveram, como objetivos comuns, a previsibilidade orçamentária.*

Nesse caminhar, surgiram, em 1985, as Ações Integradas de Saúde (AIS), estratégia de expansão da saúde para estados e municípios e, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), mais uma estratégia de expansão e também de descentralização e unificação das ações de saúde. Finalmente, com a promulgação da nova Constituição Brasileira, em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), sancionado pela Lei 8 080 de 1990.

Em verdade, todas essas reformulações do Sistema de Saúde ocorridas na década de oitenta configuravam o processo da Reforma Sanitária, movimento constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como, centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. As proporções desse movimento iniciado em pleno regime autoritário, período da ditadura militar, eram dirigidas, basicamente, à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor, buscando, sobretudo, tornar o setor saúde mais democrático e eficiente.

Os anos oitenta foram marcados, também, por uma crise econômica e política que impactou fortemente sobre todos os setores, inclusive o da saúde. As consequências da redução do financiamento das políticas sociais constituíram grave problema nessa conjuntura, que se arrastou até a década seguinte.

Os anos noventa foram marcados entre nós por grandes desafios no setor saúde, que compreendiam legitimar, fazer acontecer, no dia a dia, aquilo que estava legislado na Constituição Cidadã, promulgada em 7 de outubro de 1988, em que se descreve "Saúde como direito de todos e um dever do Estado", e ainda nas Leis, 8 080, sobre Sistema Único de Saúde (SUS) e a 8 142, que trata da participação popular no SUS, isto é, o controle social.

O SUS tem como princípios a universalidade, a equidade, e integralidade da atenção e, como diretrizes organizacionais, a descentralização e a participação da sociedade, conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

Buscando consolidar o SUS, o Ministério da Saúde lança estratégias, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, eixo do processo de reorganização dos Serviços Públicos de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, o qual apresenta uma mudança no paradigma do modelo assistencial.

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde foi a estratégia utilizada para iniciar o processo de mudança no modelo de atenção à saúde, ou seja, a forma como os serviços de saúde estão organizados e como a população é atendida nesses serviços.

Os objetivos desse programa são:

- Melhorar, através dos ACS, a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde.
- Capacitar os ACS para executar trabalhos no primeiro nível de atenção à saúde, garantindo cuidados à população, com grau de resolubilidade compatível com sua função, contribuindo para a extensão da atenção à saúde.
- Garantir o trabalho do ACS integrado com a equipe da unidade de saúde a que estiver vinculado.
 - Fortalecer a ligação entre serviços de saúde e comunidade.
 - Ampliar o acesso à informação sobre saúde.
 - Cooperar com a organização comunitária no trato com os problemas de saúde.

O ACS deve ser um morador da comunidade onde trabalhará, com idade mínima de 18 anos, que tenha preferencialmente o primeiro grau escolar e disponibilidade de oito horas diárias para exercer seu trabalho. Cada ACS deve ser responsável, em média, por 100 a 250 famílias. São suas atribuições:

- Realizar ações básicas de saúde de acordo com o seu nível de competência, através de visitas domiciliares, reuniões de grupos ou outras modalidades
 - Desenvolver atividade de educação em saúde individual e coletiva
 - Estimular a organização da comunidade
 - Desenvolver outras atividades pertinentes com sua formação
 - Registrar as atividades desenvolvidas no seu trabalho e encaminhá-las à coordenação municipal do programa.

A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA

As estratégias de consolidação do SUS, o PACS, inicialmente, e o PSF, vigente desde 1994, implica capacitação dos trabalhadores de saúde para atuar na perspectiva traçada. Esses programas propõem uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade. Assumindo o compromisso de, nos diferentes níveis de complexidade, prestar assistência universal, integral, equânime e contínua, a população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades; nesse sentido, identifica os fatores de risco aos quais a população está exposta, neles intervindo de forma apropriada. Propõe-se, ainda, a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, a expressão de qualidade de vida.

Esse contexto prediz a necessidade de construirmos um processo de capacitação dos trabalhadores de saúde, pautado na realidade local sim, mas buscando construir junto com eles possibilidades de intervenção com vistas à modificação da realidade vivenciada. Reconhecendo, após algumas reflexões, que a essência desse processo seja relativo a estratégias da aprendizagem, sendo necessário, portanto, a adoção de meios que propiciem a formação de um cidadão trabalhador capaz de intervir na realidade para transformá-la, seguindo a perspectiva do educador Paulo Freire (1997, p. 4), ao dizer, *educação sozinha não faz. Mas pode fazer algumas coisas importantes, entre elas abrir caminhos e intervir no mundo*, numa entrevista concedida dezesseis dias antes de sua morte.

O PACS em Catolândia foi iniciado em julho de 1998 com o mapeamento do município, no qual enfrentamos dificuldades, sobretudo pela existência de acidentes geográficos circundando a cidade, fato esse que dificultou a delimitação das microáreas. Finalizado o mapeamento, passamos à reestruturação da unidade de saúde. A reorganização era necessária uma vez que ela atendia a população de forma muito precária, inclusive por contar apenas com um médico, uma visitadora sanitária e um

auxiliar de saneamento, todos pertencentes ao quadro da Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Com o processo de municipalização da saúde, esses profissionais passaram ao quadro de funcionários do município, o que possibilitou a ampliação da assistência prestada à comunidade que se resumia, apenas, a imunização, pré-natal e consultas ambulatoriais. Nesse contexto, novos profissionais foram contratados, aumentando o quantitativo dos trabalhadores de saúde. Assim, iniciamos, na zona urbana e na zona rural, um trabalho de sensibilização, objetivando informar a comunidade sobre o PACS e os critérios para o processo seletivo dos ACS.

Inicialmente, pelo fato de o município ser o menor do Estado, em população, foi contemplado com apenas 6 ACS, a serem distribuídos entre a zona rural e urbana, um na zona urbana e cinco na zona rural.

O período de inscrição para seleção dos ACS no município foi determinado para agosto de 1998. Findo o processo seletivo, iniciamos a capacitação dos ACS, com carga horária mínima de 480 horas, ministrada pelo instrutor/supervisor.

O processo de capacitação dos ACS é caracterizado pela busca de integração ensino-trabalho, possibilitando uma melhor apreensão dos temas, situações e problemas trabalhados articulados às ações desenvolvidas nas unidades de saúde e na comunidade. Esse processo foi iniciado no ano de mil novecentos e noventa e nove, época em que contávamos com apenas uma equipe, composta por uma enfermeira/supervisora e oito ACS, essa equipe cobria todo o município, tendo como unidade de referência o Centro de Assistência Médica de Catolândia.

A primeira capacitação denominada introdutória foi realizada em janeiro de 1999, tendo como tema central: O que é o Agente Comunitário de Saúde e quais as suas Atribuições? A capacitação deu-se conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde em relação aos subtemas, considerando a cultura e as problemáticas de saúde local, de modo a promover meios para que os trabalhadores associassem a teoria à realidade vivenciada nas comunidades.

Na capacitação dos ACS, trabalhamos na perspectiva da problematização da prática desenvolvida pelos profissionais de

saúde tendo em vista a reorganização das práticas sanitárias em consonância com o modelo de atenção da vigilância da saúde. Quinzenalmente, eram realizadas capacitações utilizando a pedagogia da problematização que parte do princípio segundo o qual, no mundo de mudanças rápidas e profundas, o mais importante é aumentar a capacidade do indivíduo para detectar os problemas reais e para buscar solução original e criativa.

Neste sentido a experiência prévia de cada indivíduo deve ser valorizada articulando-a a observação grupal da própria realidade. Os diálogos entre os pares e a participação são vitais na ação transformadora das condições de vida, a qual compreende o exercício do trabalho e a educação, dentre outros componentes.

Essa experiência mostrou resultados tão satisfatórios, quer durante o processo de capacitação, quer no desenvolvimento do trabalho na comunidade e na unidade, que reafirmamos a decisão de continuar usando o método no processo da educação permanente da Equipe de Saúde.

Iniciamos o processo de capacitação dos ACS, conforme previsto, com um curso introdutório de 480 horas, buscando instrumentalizar os agentes para organização inicial do seu processo de trabalho, compreensão ampliada do processo saúde-doença e da atenção da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Na sequência do processo de educação permanente, trabalhamos com temas, como, saúde da mulher, saúde da criança, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, parasitoses intestinais e DST/AIDS.

Visando nos instrumentalizar, especialmente em relação ao método proposto, a problematização, para uma atuação adequada como multiplicadores na educação permanente dos ACS, as secretarias Estadual e Municipal da saúde promoveram nossa participação em cursos, seminários e oficinas. Vale, no entanto, ressaltar que nosso aprendizado foi contínuo, pois, à medida que desenvolvíamos as capacitações, apreendíamos conhecimentos, na troca efetiva de experiências com os aprendizes.

O processo de aprendizagem progredia com o desenvolvimento das atividades na comunidade e na unidade de saúde, campo de nossa atuação. Assim, dando continuidade no processo de

implantação do PACS, em Catolândia, realizamos o diagnóstico da situação de saúde das microáreas, delimitadas anteriormente, agora sob responsabilidade de cada um dos ACS. Trabalhamos com os dados da FICHA – A, utilizada pelo ACS para o cadastramento das famílias residentes em sua microárea quando da visita domiciliar. Os dados obtidos indicaram um número elevado de domicílios que consumiam água sem tratamento e, ainda, uma elevada incidência no número de diarreias em crianças de 06 a 23 meses. Logo, fizemos uma relação entre esses dois problemas de saúde, definindo-os como prioridade a ser trabalhada, dada a sua gravidade e pelas reais possibilidades de intervirmos sobre ela.

Um dado pertinente foi que, na fase diagnóstica de 1999, verificamos, na comunidade, que o quantitativo de domicílios que consumiam água adequadamente tratada era muito reduzido, sendo esses os percentuais observados: consumo de água fervida, 1%, consumo de água filtrada, 17%, consumo de água clorada, 4%.; em contrapartida, o consumo de água sem nenhum tratamento era de 78%.

Uma vez definido o problema que seria o alvo primeiro da nossa atuação, passamos a preparar os ACS para eliminá-lo. Eles foram habilitados para trabalharem junto aos moradores dos domicílios que consumiam água sem tratamento, incentivando-os a adotarem o tratamento da água com hipoclorito de sódio a 2%, esclarecendo à população sobre a eficácia do método, uma vez que usado conforme a posologia, alertando para a sensibilidade dos microorganismos.

De início, enfrentamos um pouco de resistência da população em relação a essas recomendações e, até mesmo, com o nosso modelo de trabalho, no qual buscávamos construir vínculos e co-responsabilidade entre nós e a comunidade, tendo em vista a prática contumaz e prevalente do modelo hegemônico, o hospitalocêntrico.

Na primeira etapa do processo de intervenção, a orientação dos ACS à população, quanto à introdução do hipoclorito de sódio a 2% para o tratamento da água a ser consumida nos domicílios durante as visitas, foi determinante na redução gradativa do percentual de domicílios que consumiam água

sem tratamento no município, embora no primeiro momento, de janeiro a dezembro de 1999, o percentual de domicílios que aderiram a esta recomendação tenha sido de apenas 4%, indicando a necessidade de intensificar o trabalho educativo.

Insistindo em nosso propósito, promovemos discussões em todas as comunidades, essa uma iniciativa muito valiosa, na ocorrência, foram-nos indicados os porquês que limitavam a adesão ao método de tratamento da água que estávamos prescrevendo. Nas comunidades de Tiririca, Areão e Mozondó ouvimos relato de casos de “intoxicação” pelo uso do hipoclorito de sódio recomendado por nós, fato que, contestamos dando os devidos esclarecimentos.

Identificamos, ainda, um outro fator que contribuía para a resistência da população, o saber que o hipoclorito de sódio era componente da “Q’Boa” (Água Sanitária) que, quando ingerida, produzia problemas de saúde. Diante das reações contrárias, passamos a atuar junto à comunidade, tomando como base a situação identificada, trabalhando sistematicamente de modo a superá-la, inclusive por termos observado que o percentual de domicílios que utilizavam a fervura da água como tratamento continuava no mesmo patamar, provavelmente em razão de seu custo.

Uma ação de grande eficácia no processo de erradicação de tão grave problema no município priorizado por nós foi a distribuição de filtros nos domicílios, realizada pela administração pública municipal, houve então um aumento significativo de moradores que passaram a utilizar a filtração como método de tratamento da água associado ao uso de hipoclorito, conforme recomendado.

No decorrer desse processo, evoluímos para o PSF, em julho de 2000, em Catolândia, programa que absorveu a estrutura do PACS e introduziu outros profissionais na equipe, que passou a ser chamada Equipe de Saúde da Família (ESF), isso propiciou ampliação do espectro de ação do grupo, bem como dinamizou e consolidou uma nova prática de saúde naquele município. Vale ressaltar que neste processo, a redução do indicador, água sem tratamento, foi mantida como uma das prioridades.

A distribuição da água segundo tratamento, apresentada na Tabela 1, mostra que, no ano de 2000, 3% de domicílios consumiam água sem nenhum tipo tratamento, 1% fervia a água, 28% de domicílios usavam água filtrada, e 68% dos domicílios usavam água clorada.

No ano de 2001, a distribuição apresentada na Tabela 1 evidencia aumento do percentual de domicílios que utilizavam água filtrada para 34%, fato atribuído à continuidade da distribuição de filtros pela administração municipal. E ainda, a redução para 61% de domicílios que usavam água clorada. Quanto ao percentual observado de 4%, de domicílios que consumiam água sem nenhum tipo de tratamento, foi explicado pela migração de moradores de municípios vizinhos, como, Baianópolis (Buriti Cortado), São Desidério (Fazenda Mutamba), que em suas localidades de origem não haviam recebido orientação quanto ao tratamento da água.

À época, observamos que a aquisição de filtros pelas famílias também contribuiu para a queda do percentual de domicílios que usavam o método da cloração para tratar a água, uma vez que algumas pessoas entenderam que a filtração dispensava o uso de hipoclorito. Essa constatação apontou a necessidade de reorientar as comunidades no sentido de reforçar o uso associado de filtração e adição de hipoclorito na água consumida.

No ano de 2002, observamos percentuais iguais àqueles descritos para o ano de 2001, mostrando estabilidade do indicador qualidade de água, contudo, assinalamos uma certa lentidão do serviço de informática na atualização dos dados do consolidado mensal e anual.

Na atualidade, 2004, o abastecimento de água no município passou a ser responsabilidade do Sistema de Abastecimento de Água e Esgoto (SAAE) sendo a cloração parte do tratamento.

Quanto aos casos de diarreia, em 1999, identificamos 10% casos em crianças de 6 a 23 meses, ano de implantação do PACS no Município quando a população consumia, em sua grande parte, água sem tratamento.

Em 2000, observamos a elevação para 11% dos casos de diarreia em crianças de 6 a 23 meses, portanto, crescimento

de 1% em relação ao ano anterior. Nessa época a população já aderira ao uso do hipoclorito de sódio, como método de tratamento da água a ser consumida, porém houve descontinuação do seu uso, por falta do produto. Além desse fato, assinalamos que o aumento dos casos de diarreia foi observado em período de chuvas, levando-nos a inferir uma possível contaminação dos mananciais de água utilizados pela população.

Nos anos de 2001 e 2002, registramos 6% de casos de diarreia entre crianças de 6 a 23 meses de idade em Catolândia-BA. Nesses anos, houve intensificação do uso de hipoclorito de sódio associado ao processo de filtração da água consumida e, também, a continuidade do processo educativo desenvolvido pelos ACS e pelos supervisores junto à população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fruto deste trabalho foi alcançado graças a atuação de uma equipe coesa e dinâmica e com um objetivo comum: reduzir o número de domicílios que utilizam água sem tratamento no município de Catolândia-BA. Nesse sentido, destacamos o processo de capacitação dos ACS através da metodologia da problematização, a qual compreende os sujeitos do processo de aprendizagem de forma igualitária, a educação como meio de intervenção social buscando a transformação da realidade. Assim, o foco da educação educativa é o contexto social vivenciado pelos sujeitos da aprendizagem tal como se apresenta, estimulando a reflexão crítica sobre ele, de modo a construir o processo de mudança.

Acolhemos e investimos no método da problematização para a capacitação dos ACS, não apenas por ser o preconizado pelo Ministério da Saúde, mas, especialmente por acreditarmos na sua adequação à estratégia do PACS, uma vez que esse busca construir mudanças na atenção à saúde da população. Destacamos que iniciar o PACS em Catolândia foi uma experiência valiosa, embora reconheçamos que, na sua operacionalização, vários limites não foram ultrapassados uma vez que esse processo não depende somente de resultados isolados e, sim, de políticas sociais e econômicas que combatam a fome, a miséria, as

condições inadequadas de trabalho, de moradia, enfim, de políticas que combatam a ausência de condições mínimas para que as populações possam viver com dignidade.

Merecem ênfase os resultados obtidos com as intervenções realizadas: a redução gradativa dos domicílios que consumiam água sem tratamento, passando a aderirem especialmente ao método da cloração no primeiro momento e, posteriormente, à associação desse com a filtração, a partir da doação de filtros pela administração municipal. Destacamos, também, a mobilização e o monitoramento contínuo no processo educativo, observado no contínuo acompanhamento e reorientação à medida que novos problemas iam sendo identificados, a exemplo da rejeição do método da cloração diante do saber que o hipoclorito era constituinte da Qboa.

O processo de trabalho desenvolvido nos proporcionou o exercício da reflexão crítica, que implica conhecermos um evento na sua integralidade, de modo a intervir apropriadamente na medida que possibilita identificação da cadeia dos fatos que integram. Dentre os problemas de estado de saúde observado inicialmente em Catolândia, priorizamos a elevada ocorrência de diarreia entre crianças de 0 a 23 meses, bem como a grande quantidade de domicílios que consumiam água sem tratamento, pressupondo uma relação entre eles, assim, passamos às intervenções e, concomitantemente, ao monitoramento delas e dos números relativos à incidência do fenômeno que se tornou o foco de nossa atenção.

O processo de monitorização contínuo mostrou a adequação das intervenções, uma vez que os números indicavam aumento dos domicílios que passaram a consumir água tratada e diminuição da ocorrência de casos de diarreia entre crianças de 0 a 23 meses.

Consideramos ter sido essa uma experiência enriquecedora, em especial, pelo contato com uma comunidade estimulando-a a participar de todo o processo de intervenção em favor de solucionar um problema de saúde de fundamental relevância para a qualidade de vida.

EDUCATIONAL PROCESS OF THE COMMUNITY HEALTH AGENTS OF CATOLÂNDIA – BAHIA-BRAZIL: INTERVENTION IN A HEALTH PROBLEM

ABSTRACT — *In the real context of health sector, the function of the Community health Agent is the establishment of the link between community and services. The objective of this study was to describe the experience of ACS capacity in the municipality of Catolândia, Bahia state, from February 1999 to December 2002. The secondary data provided from Basic Care Information System was used for whole municipality. In this period, diarrhea was major problem in children 6 months to 23 months. The occurrence of diarrhea was attributable to quality of water consumed. The education of the population in relation to treatment of water plus use of filter make impact in the incidence of diarrhea in the same age group. The process of capacitating of population and ACS produce results positive, reducing the occurrence of diarrhea in the children.*

KEY WORDS: Education; Community; Community agent of health-ACS.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei 8 080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, 1990.

BRASIL, Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Fisco e Contribuinte, 1988.

FREIRE Explica como o saber abre caminhos, **Folha de São Paulo**, São Paulo, 4 de mar. 1997. Caderno Cotidiano, p. 3.

IBGE. Censo Demográfico. 2000. Disponível em: <<http://www.IBGE.gov.br>>. Acesso em 20 abr. 2002.

MENDES, Eugênio Villaça. Reordenamento do sistema nacional de saúde: visão geral. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986, Brasília. 1986. **Anais ...** Brasília, Ministério da Saúde, 1986, p. 265-297.