

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DIFICULDADES VIVENCIADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO
DE SAÚDE EM SEU TRABALHO COTIDIANO**

CRISTIANE SIMÕES PIRES LIMA

**Lagoa Santa- MG
2011**

CRISTIANE SIMÕES PIRES LIMA

**DIFICULDADES VIVENCIADAS PELO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SEU TRABALHO
COTIDIANO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais para
a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Geralda Fortina dos
Santos.

Lagoa Santa- MG 2011

Cristiane Simões Pires Lima

**DIFICULDADES VIVENCIADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM
SEU TRABALHO COTIDIANO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para a
obtenção do Certificado de
Especialista.

Banca Examinadora:

Prof^a. Geralda Fortina dos Santos.
(Orientadora)

Prof^a Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, 10/12/11

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus que me deu a oportunidade de concretizar mais uma etapa em minha vida, proporcionando-me um crescimento intelectual e principalmente profissional. *“Pois tudo posso naquele que me fortalece.”*

Agradeço aos meus pais pelas constantes orações.

Agradeço ao meu esposo Cristiano pelo amor, paciência e força em todos os momentos.

Agradeço aos meus filhos Athos e Thaís pelo carinho e compreensão nos momentos em que não pude estar tão presente. Enfim, agradeço a minha tutora Cristina Maria da Paz O. Martins e minha orientadora Prof. (a): Geralda Fortina dos Santos, pela paciência, direção e palavras de incentivo, para que terminasse meus estudos com êxito.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

RESUMO

No Brasil, a década de 1980 foi considerada um importante marco nas políticas sociais e, principalmente, nas políticas de saúde pública. Com o movimento da reforma sanitária, que tinha como objetivo propor melhorias nas condições de saúde criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), visando atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde por meio da criação do Programa Saúde da Família (PSF). Dentre os profissionais que compõem a equipe de trabalho do PSF, voltamos à atenção para o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que, ao manter maior contato com as famílias, promove um elo entre a comunidade e o serviço de saúde. O presente trabalho teve como objetivo geral sistematizar conhecimentos produzidos sobre os problemas enfrentados pelo ACS decorrentes da sua atuação como membro integrante da equipe básica PSF. Assim, optou-se por realizar um estudo teórico a partir de busca ativa na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), portal Capes, Google acadêmico, Medline, Pubmed, anais de congressos, livros e teses que abordavam o assunto. Concluiu-se que, após a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a inserção desses profissionais ao PSF, houve uma melhoria expressiva no atendimento a saúde da população, principalmente a população que carece dos cuidados da atenção básica ou atenção primária, pois os ACS servem como um elo entre os serviços de saúde e a comunidade onde o mesmo está inserido, sendo este o profissional que realiza atividades como controle da imunização, visitas domiciliares, grupos operativos dentre outras ações. Mesmo com tantas melhorias após a entrada do ACS no PSF, verificam-se ainda algumas dificuldades vivenciadas por estes profissionais, dificultando a realização de suas atividades de forma eficaz, como: poeira, chuva, animais, falta de informação dos moradores quanto a função dos ACS. Percebe-se que esses profissionais realizam inúmeras funções, fazendo com que os mesmos se sintam sobrecarregados e impotentes frente a sua função. Dessa forma se os mesmos não receberem um treinamento ou qualificação adequada não irão desempenhar de forma correta seu trabalho trazendo prejuízos para os serviços de saúde e principalmente para a população.

Palavras chave: Programa Saúde da Família. Comunidade. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the 1980s was considered a milestone in social policy, and especially in public health policies. With the health reform movement, which aimed to propose improvements in health conditions, there was the creation of the Unified Health System (SUS), activities aimed at promotion, protection and restoration of health through the creation of the Family Health Program (PSF). Among the professionals who make up the team work of the PSF, we turn attention to the Community Health Agent (ACH) that by maintaining closer contact with their families, promotes a bond between the community and the health service. This study aimed to systematize the general knowledge produced about the problems faced by the ACS due to its role as an integral member of the PSF core team. Thus, we chose to perform a theoretical study from active search in the database Scientific Electronic Library Online (SciELO), CAPES portal, Google Scholar, Medline, Pubmed, conference proceedings, books and theses that addressed the subject. It was concluded that after the implementation of the program of community health workers (PACS), and the insertion of these professionals to the PSF, there was a significant improvement in the health care of the population, especially the population in need of primary care or primary care. For the ACS serves as a link between health services and the community that it is inserted, as this professional performs control activities such as immunizations, home visits, groups operating among other actions. Even with so many improvements after entry of the ACS PSF, there is still some difficulties experienced by these professionals, which makes it difficult to carry out its activities effectively, such as dust, rain, animals, lack of information about residents function of the ACS. It is noticed that these professionals perform numerous functions, making them feel overwhelmed and powerless in its function, so if they do not receive adequate training or qualification will not perform their work properly causing losses for services health and especially for the population.

Keywords: Health Program. Community. Health System.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	09
2.OBJETIVOS.....	14
3.PERCURSO METODOLÓGICO.....	15
4.REVISÃO DA LITERATURA.....	16
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por um contexto de transição democrática e dessa forma reforçaram-se as expectativas de formatação de uma nova institucionalidade para as políticas sociais, buscando resgatar a dívida deixada nas décadas anteriores de exclusão (DRAIBE, 1997). Até então, de maneira geral, as políticas sociais foram marcadas por um período de exclusão social onde só tinham direito aos cuidados de saúde as pessoas que tinham como pagar por estes.

O Movimento da Reforma Sanitária teve início com profissionais de saúde que, em posse de materiais e estudos realizados por intelectuais, passaram a criticar o modelo de saúde vigente e a propor alternativas e orientações para a construção de um novo modelo. Como fruto dessa mobilização, e de toda sociedade brasileira, nesse período, que pode ser chamado de democratização do País, desenvolveu-se o chamado Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a definição da Lei 8.080-90, o SUS é um sistema formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios). Como sistema, ele é um conjunto de ações, serviços e unidades que se integram visando atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1996).

Entre as diversas e diferentes ações implementadas com o novo modelo de atenção à saúde, destaca-se que o SUS sofreu influência direta do Programa Agente de Saúde (PAS), instituído, pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, no primeiro governo de Tasso Jereissati, como parte de um programa de combate à seca. Este Programa teve larga repercussão política por seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no Estado, razão pelo qual foi estendido para o País pelo Ministério da Saúde, em 1991. (POZ, 2002).

O objetivo geral do PAS, segundo base documental do estudo de caso de Minayo *et al.* (1990), era melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria saúde. Seus objetivos específicos consistiam na redução do risco de morte ligado ao parto de mulheres e mortes infantis, no aumento do índice de aleitamento exclusivo

até os quatro meses de vida e na redução do número de óbitos causados pela desidratação decorrente da diarreia. Basicamente, as ações desenvolvidas foram: visitas domiciliares regulares às famílias cadastradas, com maior frequência às famílias que possuíam entre seus membros crianças menores de dois anos de idade e gestantes, promovendo assim a educação em saúde, controle de infecção respiratória aguda, controle de diarreias por hidratação oral, acompanhamento do crescimento infantil, fornecimento de medicações, encaminhamentos às unidades de saúde e controle de vacinação.

Destaca-se, ainda, que a construção do SUS ganhou sustentação a partir da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e sucessivamente, com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), proposto em 1994. (BACHILLI, 2008).

O PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do País, por meio de uma extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (POZ, 2002). Por sua vez, o PSF surgiu no cenário brasileiro como estratégia de superação do modelo assistencial centrado na doença e no cuidado médico individualizado. (GOMEZ, 2009).

Segundo Mendes (2002), o PSF, criado em 1994, representa certamente a proposição de mais largo alcance para a organização da Atenção Primária a Saúde (APS) já posta em prática entre nós, surgindo como uma estratégia de reorganização da oferta de serviços de saúde e, ainda, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais e a população que carece desses serviços.

O PSF vem se consolidando como uma estratégia de fortalecimento do SUS. Entre as suas ações, está a de auxiliar na transformação da estrutura dos serviços de saúde, o que inclui o planejamento e a programação da oferta de serviços, a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão dos múltiplos fatores de risco à

saúde e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias como a promoção da saúde. (NASCIMENTO; 2008).

No PSF, o trabalho caminha pelo viés da assistência integral, entendida por ações preventivas, de promoção da saúde e curativas, nas quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção. (MARTINES; CHAVES, 2007).

Baseado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, o PSF tem como principais características: a adscrição da clientela, através da definição de território de abrangência da equipe; o enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; a estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população no lugar da ênfase na demanda espontânea e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde. (BRASIL, 2004; 2005).

A chamada equipe básica ou nuclear concebida no PSF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, dependendo do município, conta também com a retaguarda de profissionais da equipe de saúde bucal, saúde mental e reabilitação. Ressalta-se que os dados de atendimento e da produção dos profissionais, assim como aqueles coletados pelo ACS nas visitas domiciliares devem alimentar o Sistema de Informação de Atenção Básica. (BRASIL, 1998).

De acordo com Ministério da Saúde (MS), a construção desse novo modelo assistencial das práticas de saúde voltadas à família pressupõe: saúde como um direito de cidadania; eleição da família e de seu espaço social; democratização nos conhecimentos em processo saúde-doença; intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; atenção integral; humanização das práticas de saúde e estímulo à organização da comunidade. (BRASIL, 1998).

Diante do número e da diversidade das atribuições da equipe do PSF, voltamos a atenção para um de seus membros: o ACS. Isto por quê? Dentre suas estratégias de atuação, o PSF procura a proximidade dos profissionais de saúde com as

famílias abrangentes, mas vale ressaltar que o maior contato com essas famílias ocorre através do ACS.

A complexidade da atuação do ACS sugere que, como profissional da saúde, este seja o mais exposto a situações estressantes. Para Camelo (2002), os ACS estão mais vulneráveis às manifestações de estresse do que outros membros da equipe, devido este trabalhador da saúde possuir suas funções ligadas diretamente à comunidade. Os agentes são o primeiro contato entre a unidade e a população do seu território de abrangência. Eles conhecem a realidade das famílias pelos quais são responsáveis, através do cadastramento, do diagnóstico e de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas.

Na prática, percebe-se que diante das necessidades, as pessoas da comunidade buscam em primeiro lugar o ACS, quer seja uma informação, uma reclamação ou a solução de um problema mais grave e dele esperam uma resposta, em uma relação de cobranças e exigências nem sempre tranquila. (MARTINES; CHAVES, 2007).

Com relação ao perfil e delimitação do papel profissional, espera-se que tenha bom relacionamento com a comunidade local, sendo aceito por ela, saiba trabalhar as questões relacionadas a preconceitos, sigilo e ética profissional, tenha facilidade de comunicação, que consiga se integrar à equipe interdisciplinar no processo de Vigilância à Saúde, capacidade de organizar-se, planejar e priorizar ações, de modo a realizar a cobertura sistemática da área (uma visita domiciliar por família/mês), e acompanhar os grupos de risco – individuais e coletivos – notificando a equipe, mediante problemas identificados, além de integrar-se à realização do diagnóstico local para controle do perfil de morbimortalidade. Deve, também, desenvolver as ações básicas, como incentivo ao aleitamento materno, início precoce das gestantes ao pré-natal, prevenção das doenças de maior prevalência, busca ativa aos portadores de doenças crônico-degenerativas que estão sem acompanhamento, identificação precoce de doenças de notificação compulsória, assim como desenvolver o conceito de humanização da assistência e participação popular como corresponsável nas ações e no controle da qualidade da assistência proposta.

Vários estudos como os de Tomaz (2002); Bachilli (2008); Poz (2002) e Nascimento (2008) têm procurado identificar as funções, ações e concepções sobre o cotidiano do trabalho do ACS. No sentido de conhecer mais sobre o assunto, o presente trabalho aborda as dificuldades do ACS enfrentadas no seu dia-a-dia, a partir de algumas questões: O ACS é um profissional capacitado para realizar as funções a ele atribuídas? Quais dificuldades o ACS têm enfrentado para realizar suas funções? O que falta ao ACS para desempenhar com qualidade e satisfação as funções a ele designadas? Pois, através do conhecimento sobre as adversidades que o ACS enfrenta em seu cotidiano é possível propor estratégias que potencializem as ações desse trabalhador, gerando um impacto positivo na saúde da comunidade por ele assistida.

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Sistematizar conhecimentos produzidos sobre os problemas enfrentados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) decorrentes da sua atuação como membro integrante da equipe básica do Programa de Saúde da Família (PSF).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar dificuldades encontradas pelo agente comunitário de saúde no desenvolvimento de suas atividades diárias.
- Descrever riscos ocupacionais (físicos e psicológicos) a que estão expostos os ACS no exercício da profissão.
- Relacionar atividades voltadas para promoção de um ambiente de trabalho mais seguro e saudável para realização das atividades dos ACS.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para alcançar os objetivos propostos pelo presente estudo optou-se por realizar um estudo teórico, de pesquisa bibliográfica, que tem como fundamento sistematizar as referências da literatura relacionadas à identificação da problemática que envolve o cotidiano do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Programa de Saúde da Família (PSF).

No período de novembro de 2010 a janeiro de 2011 foi realizada leitura exploratória de artigos, livros, teses, e textos *online*, para obter uma visão global do assunto, seguindo-se de uma análise sucinta do mesmo, selecionando os trabalhos mais condizentes com o tema abordado. Foi feita busca ativa na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal Capes, Google acadêmico, Medline, Pubmed, anais de congressos, em livros e teses que abordavam o assunto.

Foram utilizados como palavras-chave de busca os seguintes conjuntos de palavras: Saúde da Família, Sistema Único de Saúde.

Nessa busca foram selecionados previamente 53 artigos científicos, quatro livros e duas dissertações de mestrados, sendo selecionados para compor este estudo duas dissertações mestrado que se adequavam aos objetivos propostos a serem estudados, 33 artigos científicos e dois livros. Com base nesses dados, foram agrupadas as ideias que emergiam dessa análise e que foram apresentadas durante o trabalho.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Alves (2004) relata que com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) na década de 1990, houve a construção de um sistema de serviço de saúde que possibilitou um atendimento democrático, universal, igualitário e integral para a população.

Segundo Nunes *et al.* (2002), o PSF propõe uma ampliação do que é o cuidado com a saúde, incorporando na sua prática de trabalho o domicílio e espaços comunitários. Esse fato vem contribuindo para o fortalecimento da ligação entre profissionais das equipes e a comunidade local. E, para a efetivação desse elo, o PSF conta com diversos profissionais que compõem a equipe tais como: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, o agente comunitário de saúde, além da equipe de saúde bucal.

Zoboli e Fortes (2004) descrevem em seu estudo que:

O Programa Saúde da Família (PSF) assume um conceito ampliado de atenção básica, avançando na direção de um sistema de saúde integrado que converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. Assim, se a construção do SUS implica uma reviravolta ética, a reorganização da atenção básica pela estratégia do PSF amplia e aprofunda o trajeto desse giro ético, pois sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe técnico-assistencial, mas a um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania. (ZOBOLI;FORTES, 2004, p.1690).

Dados de 2009 apontam que o Brasil tem 30.328 equipes de saúde implantada em 5.251 municípios, com uma cobertura populacional de 50,7% o que corresponde cerca de 96,1 milhões de pessoas cobertas. Apontam, ainda 234.767 agentes comunitários de saúde distribuídos em 5.349 municípios, realizando no total uma cobertura de 60,9% da população ou cerca de 115,4 milhões de pessoas (BRASIL, 2009). Por meio desses dados percebe-se a grande incorporação e a crescente participação do agente comunitário de saúde no PSF.

Diferentes países utilizam membros da comunidade para o desenvolvimento de outras funções de atenção à saúde, como primeiros socorros e vigilância à saúde. Em países em desenvolvimento, há muitos anos utiliza-se o treinamento de

membros da comunidade como estratégia para aumentar a qualidade da atenção à saúde. (NAIR *et al.*, 2001).

No Brasil, já citado anteriormente, a primeira experiência de agentes comunitários de saúde, como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada, ocorreu no Ceará em 1987, no Programa de Agentes da Saúde (PAS) com o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. (TOMAZ, 2002).

Desde o início, a vida profissional do agente comunitário de saúde foi cheia de conflitos e incertezas, uma vez que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991 e suas atribuições foram definidas somente em 1997, pela Portaria Nº. 1.886 (Brasil, 1997), que aprovou as normas e diretrizes do PACS/PSF. Em seguida, o Decreto Nº. 3.189/1999 fixou as diretrizes para o exercício da atividade dos ACS (Brasil, 1999), mas a regulamentação da profissão só aconteceu em 2002, com a promulgação da Lei Nº. 10.507. (BRASIL, 2002).

O ACS tornou-se categoria profissional em 10 de julho de 2002, após disputa de interesses sobre mercado de trabalho e controle do exercício profissional, numa discussão que levantaram as questões de essencialidade da existência do agente comunitário perante a sociedade e o serviço de saúde. Sua atuação se dá no contexto do SUS, constituindo-se em novas oportunidades no mercado de trabalho. Como pré-requisitos para o exercício da profissão estabelecem: “I – residir na área da comunidade que atuar; II – haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para formação de ACS; III – haver concluído o ensino fundamental”. O ACS deve trabalhar com a adscrição de famílias, tendo sob sua responsabilidade no máximo 150 famílias ou 750 pessoas, em base geográfica definida. (BRASIL, 2002).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, as atribuições básicas do ACS somam 33 itens, num amplo leque, em que são particularizadas todas as situações e problemas de saúde que devem ser acompanhados em sua rotina de trabalho, passando pelo cadastramento de famílias, diagnóstico sócio-demográfico,

econômico, ambiental, monitoramento de gestantes, puérperas, recém-nascidos, diarreias, infecções respiratórias agudas, dermatoses, parasitoses, busca ativa de doenças infecto-contagiosas, bem como ações educativas e de promoção à saúde, que vão desde educação nutricional, bucal, preservação do meio ambiente, direitos humanos, até o estímulo à participação comunitária. (NOGUEIRA, 2002). No estudo de Levy (2004), os agentes comunitários de saúde relataram realizar, em suas visitas domiciliares, primeiramente o cadastramento das famílias, seguido de orientações aos pacientes diabéticos, hipertensos, às gestantes, aos pacientes portadores de HIV e às mães de crianças menores de dois anos quanto à desnutrição e a vacinação.

Apesar das diversas atribuições do agente comunitário de saúde, Bachilli (2008) diz que se trata de um cidadão que emerge das comunidades que se integra às equipes de saúde, sem trazer qualquer bagagem cultural ou técnica, específicas a essa área. O autor acrescenta que o papel conferido a ele pela instituição executora das políticas públicas de saúde, dá-lhe acesso a novas práticas, mediante incipientes dinâmicas de capacitação. Tal processo envolve uma parceria com outros espaços institucionais pertinentes ao contexto social onde esse agente atuará.

Nesse sentido, a partir de uma formação básica inicial para ações baseadas em vigilância de saúde, os agentes comunitários visitam as famílias das comunidades e proporcionam cuidados a doenças comuns, imunização, medicação e educação de saúde. (POZ, 2002). O MS, ao relatar as atribuições específicas do ACS no PSF explicita que este profissional funciona como elo entre a equipe de saúde e a comunidade, um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção de saúde. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

O fato de o agente comunitário de saúde residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade. (LEVY; 2004).

Diante disso, o ACS pode ser visto como um trabalhador *sui generis*, uma vez que suas funções transcendem o campo da saúde, exigindo-lhe atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. (NOGUEIRA *et al.*, 2000).

Segundo Nunes *et al.* (2002), para que o ACS estabeleça um elo de confiança entre a comunidade e o serviço de saúde é necessário treiná-lo para a realização de algumas de suas atribuições como a aferição correta de peso e altura de crianças, atividades educativas, busca de gestantes, hipertensos e diabéticos, verificação do cartão de vacinação dentre outras tarefas, que permita uma melhor estratégia dos profissionais da equipe de saúde a ser tomada através destas informações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise de diversos trabalhos, percebe-se um crescente avanço da saúde pública no Brasil, com a remodelação dos moldes de assistência voltados para a atenção básica, principalmente após a criação do PACS e do PSF.

Nunes *et al.* (2002) citam que o PSF propõe uma ampliação do *locus* de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos. Essa intervenção acontece através de uma equipe multiprofissional como médicos, enfermeiros, técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, além da equipe de saúde bucal, que prestam atendimento a uma determinada área de abrangência.

Teodósio *et al.* (2006, p 2) relatam que:

O perfil profissional do agente comunitário, delineado pelo Ministério da Saúde, deixa claro que a sua atuação envolve duas dimensões: a técnica e a social. A primeira está relacionada ao trabalho junto aos indivíduos e às famílias no desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento de grupos ou problemas específicos. A segunda, diz respeito ao seu papel de articulador e mobilizador social na comunidade.

Tomaz (2002) descreve ainda que a atribuição fundamental do ACS é servir de elo entre a comunidade e o sistema de saúde.

Com a criação do PACS e do PSF, na década de 1990, houve a crescente necessidade de um profissional capacitado agindo como um vínculo contínuo entre a comunidade e o serviço de saúde. Svitone *et al.* (2000) relatam alguns benefícios da criação desse vínculo como o declínio significativo em mortalidade infantil, um aumento de níveis de imunização, avaliação de necessidades e recursos e uma intervenção profissional mais rápida quando necessária.

Nogueira *et al.* (2000) relatam em seu estudo que o ACS tem uma identidade comunitária e a importância do seu papel social o diferencia dos demais trabalhadores da saúde, principalmente ao atuarem como mediadores entre as diversas esferas de organização da vida social. Através dessa ligação, o agente

comunitário de saúde é capaz de fornecer informações sobre o que se passa com os usuários na área de abrangência da equipe do PSF.

Dessa forma, é importante ressaltar as informações que o ACS deve trabalhar junto à comunidade tais como: verificação do cartão de vacinação, busca ativa de gestantes e puérperas, hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares, crianças com consultas de puericultura atrasada, marcação de consultas, dentre outras atividades.

Para estar inserido nesse contexto do serviço de saúde e comunidade é necessário que o ACS, seja da própria localidade em que reside, pois assim o mesmo conhece a real problemática das condições de saúde deste local. Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas. (NUNES *et al.*, 2002).

Tomaz (2002) descreve a fala de um ACS, “É consenso que o ACS seja da própria comunidade, ou seja, alguém que se identifica, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes”. Dessa forma esse trabalho, sendo realizado por um integrante da comunidade, facilita a atuação dos profissionais de saúde, frente a real problemática da sua área de abrangência.

Essas e outras atividades são fundamentais para manter um vínculo de confiança entre a comunidade assistida e a equipe de saúde, pois através desse laço é possível concretizar os princípios do Sistema Único de Saúde garantindo acesso a todos com um cuidado humanizado e efetivo, além de traçar metas e estratégias para a melhoria do atendimento a partir do diagnóstico da comunidade formulado através do trabalho do ACS.

Em seu cotidiano, entretanto, o agente comunitário de saúde encontra e vivencia diversas dificuldades como citam Netto Rossi *et al* (2006). Para esses autores, em seu trabalho, o agente comunitário de saúde exerce inúmeras funções que causam um desgaste psicológico e físico. O sol aparece como principal fator dos riscos físicos que os agentes estão sujeitos. Além das manchas de sol e queimaduras

ocasionadas pela prolongada exposição solar, é importante ressaltar que a chuva também é um risco físico. Além do risco biológico que também estão expostos tais como: mordidas de cães, picada de insetos, quintais sujos, poeira, dentre outros fatores agravantes.

Brand *et al.* (2010, p. 45) citam que:

Um dos pontos revelados pela maioria dos agentes entrevistados está relacionado com o seu trabalho; seria menos desgastante caso recebessem, do poder público, materiais simples, tais como capa de chuva e protetor solar. Outra atitude que possibilitaria melhor resolução dos problemas seria a divulgação do trabalho desse profissional. Alguns sujeitos referem o quão importante é socializar, junto à população, a informação sobre a existência dos ACS e quais os objetivos que o serviço de saúde tem com a realização de visitas aos domicílios.

Dessa forma, é importante ressaltar os riscos que os agentes comunitários vivem em sua rotina como: sol, poeira, presença de animais, além da falta de conhecimento da população acerca desse grupo de profissionais, o que dificulta a sua inserção nos domicílios.

Com tantas ações que devem ser desenvolvidas pelos ACS, se não houver uma capacitação que ofereça condições para os mesmos desempenharem suas funções é possível que estes profissionais se sintam sobrecarregados, não conseguindo realizar um trabalho satisfatório. Vários estudos tem procurado identificar as funções, ações e concepções sobre o cotidiano do trabalho do ACS, e os resultados demonstram que eles têm encontrado muitas dificuldades para cumprir com suas atribuições, tanto pelo amplo leque de exigências quanto pelas limitadas condições socioeconômicas das famílias que acompanham (GOMES *et al.* 2009).

Jardim e Lancman (2009, p. 126) relatam ainda outros problemas que os agentes comunitários vivenciam em seu cotidiano, como:

Ao se considerar a obrigatoriedade da congruência entre local de trabalho e moradia do agente, atrelada às dificuldades que o trabalhador encontra para realizar seu trabalho a contento, devido a limitações do funcionamento do sistema de saúde, pode-se questionar tal obrigatoriedade como fonte adicional de sofrimento psíquico, decorrente da indiferenciação entre o ato de morar e o de trabalhar no cotidiano e nas relações sociais do ACS. Acrescenta-se ao questionamento acima, outro aspecto: o envolvimento afetivo e ininterrupto que esse vínculo com a comunidade traz para o agente

em relação ao seu cliente, acrescido do testemunho das conseqüências que a falta de resolução das situações de saúde dos usuários provocam neles, agentes.

Portanto, para que o profissional ACS realize de forma eficaz e concreta o seu trabalho, é preciso que o mesmo receba uma qualificação suficiente para realizar suas diversas atribuições. Gomes et al. (2009) descrevem que o processo de capacitação do ACS deve se basear na lógica do modelo da produção social da saúde e enfatizar os princípios do SUS, compreendidos e incorporados em sua prática, para que eles atuem com autonomia e segurança, promovendo o cuidado e o acolhimento e possam contribuir seguramente com a consolidação desse novo sistema.

Duarte *et al.* (2007) contemplam que os cursos de capacitação precisam estar fundamentados no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos, críticos e centrados no educando, cujos objetivos centrais devem ser transformá-los em sujeitos proativos. Ou seja, é necessário que a capacitação ou o treinamento do ACS seja voltado para o desenvolvimento de um profissional capaz de detectar a real problemática da comunidade em que está inserido, pois o ACS realiza diversas atribuições que trazem a realidade de uma determinada localidade para os serviços de saúde.

Portanto, verifica-se a necessidade de uma capacitação adequada para estes profissionais, para que os mesmos realizem suas atribuições com qualidade e, principalmente, mantendo um elo de confiança entre a comunidade e o serviço de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a execução deste trabalho foi possível perceber que após a implementação do PSF e do PACS houve uma melhora expressiva na atenção básica prestada à população, principalmente em questões como imunização, cadastramento e acompanhamento de gestantes, atendimento domiciliar, grupos operativos, dentre outras atividades.

Essas e outras melhorias se deram através da consolidação do trabalho de uma equipe multiprofissional que atua no PSF, mas destaca-se principalmente a atuação dos agentes comunitários de saúde que são como um vínculo entre a localidade em que residem e o serviço de saúde.

Mesmo com inúmeras melhorias voltadas para o serviço de saúde, principalmente na atenção primária à população, verificam-se ainda diversas dificuldades vivenciadas pelos agentes comunitários de saúde, como extensa exposição ao sol, poeira, chuva, além da falta de conhecimento de algumas pessoas acerca das funções deste profissional, o que dificulta ou impede sua inserção no domicílio da população.

Por fim, é importante ressaltar que estes profissionais realizam diversas funções, o que pode fazer com que os mesmos se sintam sobrecarregados e impotentes. Contudo, para exercer de forma eficiente, como dito ao longo do trabalho, é necessário que esses profissionais recebam uma qualificação adequada para executarem suas ações, pois o ACS é uma peça fundamental dentro do contexto saúde da família e comunidade.

REFERÊNCIAS

BACHILLI; R.G. *et al.* A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 51-60, jan/fev. 2008.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1996. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em 21 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. 4. ed. Brasília, DF, 2007. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006). p 9-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília; 1998

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2005.

CAMELO, S. H. H. **Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família**. 2002. 109f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.e

CAMPOS, G. W. O SUS é melhor que o Brasil. **Radis**. v. 62, p. 16-7, out. 2007.

DRAIBE, S. M. Uma Nova Institucionalidade das Políticas Sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reforma dos programas sociais. **São Paulo em Perspectiva**. v. 11, p. 3-21, 1997.

DUARTE, R. L.; SILVA JUNIOR, D. S.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v. 11, n. 23, p. 439-47, set.-dez. 2007.

GOMES, K.O. *et al.* A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n.4, p.744-755, 2009

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009.

LEVY; F.M. *et al.* Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.197-203, jan-fev. 2004.

MARTINES; W.R.V; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do ceará, 2002. 52p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 1998.

NAIR, V.M., THANKAPPAN, K.R., SARMA, P.S., VASAN, R.S. **Changing roles of grass-root level workers in Kerala**. India. Health Policy Plan., v.16, n.2, p.171

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 2000.

SILVA, Joana e DALMASO, Ana S. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

SPIRI, WC. **Trabalho em equipe: o vivencial da equipe de reabilitação na fissura lábio-palatal** [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; Textos para discussão, 735).

SVITONE, E. C., GARFIELD, R., VASCONCELOS, M. I., CRAVEIRO, V. A. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. **Pan. Am. J. Public Health**, v.7, n.5, p.293-302, 2000.

TOMAZ; J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-Herói”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p.75-94, fev. 2002.