



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

de Melo Costa, Simone; Ferreira Araújo, Flávia; Versiani Martins, Laiara; Rafael Nobre, Livia Lícia;
Magalhães Araújo, Fabrícia; Quintão Rodrigues, Carlos Alberto
Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 7, julho, 2013, pp. 2147-2156
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027990030>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde

Community health worker: a core element of health actions

Simone de Melo Costa ¹
Flávia Ferreira Araújo ²
Laiara Versiani Martins ²
Lívia Lícia Rafael Nobre ³
Fabrícia Magalhães Araújo ¹
Carlos Alberto Quintão Rodrigues ¹

Abstract *This research sought to identify the actions developed by the Community Health Worker (CHW) in the context of family health in Montes Claros, State of Minas Gerais, Brazil. The research was conducted under the Program of Education through Work for Health-PET-SAÚDE, and is a quantitative study and census together with 241 CHWs. Most of them make family registrations and home visits, identify families with health risks and inform the health team. They also instruct families about available health services, arrange referrals and schedule consultations/exams, perform health education and teamwork reflections. Some also assist in the clinical environment. The majority who provide health education and those who are responsible for the referrals feel that they are professionally qualified for such tasks. CHWs are a core element of health actions, but the scope of performance requires investment in professional training to maintain the quality of the work executed by them in surveillance activities and teamwork reflection. In this way, the CHW can be jointly responsible for primary care and integrate the system of health care administration.*

Key words *Public health, Community health workers, Family health, Unified Health System*

Resumo *O trabalho objetivou identificar as ações desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) vinculado à Saúde da Família de Montes Claros, MG, Brasil. A pesquisa foi conduzida no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde, 2010-2012. Estudo quantitativo e censitário com 241 Agentes. A maioria realiza o cadastro e visita familiar, identifica as famílias de risco e informa à equipe, orienta quanto ao uso dos serviços de saúde, encaminha e agenda consultas/exames, realiza educação em saúde e participa de reflexão do trabalho em equipe. Uma parcela auxilia no ambiente clínico. Ao associar as atividades com a condição de ter capacitado para a função, somente o encaminhamento para a consulta e a educação em saúde foram associados à qualificação profissional. A maioria dos que realizam a educação em saúde e fazem encaminhamentos se sente preparada para a função. O ACS é o elemento nuclear das ações em saúde, mas as dimensões de atuação exigem investimentos na instrumentalização adequada do profissional e na manutenção da qualidade do processo de trabalho executado por ele, em atividades de supervisão e de reflexão em equipe. Assim, o ACS poderá assumir a corresponsabilidade com a Atenção básica, integrado ao sistema de administração de saúde.*

Palavras-chave *Saúde Pública, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família, Sistema Único de Saúde*

¹ Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Montes Claros. Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Vila Mauricéia. 39401-089 Montes Claros MG. smelocosta@gmail.com

² Departamento de Medicina, Unimontes.

³ Departamento de Enfermagem, Unimontes.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca um modelo de atenção integral à saúde com mediações entre família, comunidade e profissionais. A eficácia na ESF supõe o trabalho multiprofissional e a interação entre indivíduos com competências e habilidades distintas¹. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), que se encontra inserido na saúde da família deve desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.

O ACS é uma figura fundamental na saúde da família, pois possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais, que irá intervir junto à comunidade. O Agente também mantém o fluxo contrário, transmitindo à população informações de saúde². Esse profissional se encontra inserido em sistemas de saúde de diferentes partes do mundo, como nos Estados Unidos da América³, Quênia⁴, Bangladesh⁵, Reino Unido⁶, África do Sul⁷, Brasil⁸, entre outros.

Discutir as ações do ACS é oportuno e necessário na medida em que vai ao encontro dos desafios atuais acerca da qualificação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, inserida há mais de duas décadas. Logo, o conhecimento do cotidiano dos agentes nos territórios poderá contribuir na elaboração de estratégias que visem a melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido no âmbito da saúde de família. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi identificar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados à saúde da família de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Métodos

Esta pesquisa foi conduzida no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes, de acordo com a Resolução 196/96⁹ do Conselho Nacional de Saúde e da Declaração de Helsinki.

Trata-se de estudo transversal, quantitativo e de cunho censitário. A proposta foi desenvolvida junto aos Agentes Comunitários de Saúde vinculados às 63 equipes saúde da família da zona urbana de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Montes Claros é a maior cidade do Norte de Minas e apresenta características de capital regional, classificada como o 5º centro urbano de Minas Gerais, com uma população estimada em 361.915 mil habitantes, no ano de 2010. O município tornou-se o centro de serviços de saúde, educação, trabalho, comércio e concentração de órgãos públicos estaduais e federais, para a região do Norte de Minas e Sul da Bahia.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário semiestruturado aplicado ao ACS, no local de trabalho. O questionário foi elaborado para atender os objetivos do estudo a partir da pesquisa bibliográfica, e envolveu questões sobre as atividades realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde no território de saúde da família.

Inicialmente, foi realizado um estudo piloto para testar o instrumento de coleta dos dados, com a participação de 10 ACS. Como não houve necessidade de reformulação e adequações do questionário, a partir do piloto, os profissionais entrevistados nessa etapa foram incluídos no estudo principal. O potencial de participantes esperado neste estudo foi de 259 agentes, uma vez que se propôs um censo, no entanto participaram 241 ACS encontrados no serviço durante o período de coleta de dados e que aceitaram participar do estudo após o consentimento livre e esclarecido.

As questões abordadas neste estudo foram relacionadas às atividades realizadas no território de saúde da família, à adoção de critérios de risco, número de visitas domiciliares, autopercepção de preparo para atuar junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), disposição de tempo na agenda para reflexão em equipe saúde da família e participação em levantamentos epidemiológicos no serviço. As variáveis acerca das atividades do ACS, encaminhamentos, educação em saúde, visita domiciliar, identificação de família de risco, vigilância em saúde, ações comunitárias, auxiliar na clínica e execução de procedimentos clínicos foram associadas com as variáveis autopercepção de preparo para o SUS, qualificação na área de atuação e sexo. A média de visita domiciliar, semanal, foi comparada conforme mulheres e homens.

O tratamento estatístico foi realizado no Programa SPSS versão 18.0®, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Para a análise descritiva foram utilizadas medidas de tendência central: média, desvio padrão, valores mínimos e máximos e quartis, bem como o cálculo de proporções. A associação entre as variáveis foi feita por meio do teste

estatístico qui quadrado de Pearson ou pelo seu alternativo Exato de Fisher. Para a comparação entre as médias de visitas domiciliares mensais conforme o sexo do entrevistado utilizou-se o teste Mann-Whitney por se tratar de dados que não respeitaram o padrão de normalidade ao teste Kolmogorov-Smirnov ($p = 0,000$). Os testes consideraram o nível de significância $p < 0,05$ e o intervalo de confiança 95%¹⁰.

Resultados

Foram entrevistados 241 Agentes Comunitários de Saúde, o que correspondeu a 93,0% do total de profissionais cadastrados na saúde da família do município estudado. A atividade de cadastramento de famílias foi referida por quase totalidade dos entrevistados (99,2%). Quanto às atividades realizadas no território da ESF, a opção “visita domiciliar” foi apontada por 99,6% dos ACS. A maioria dos Agentes (79,2%) realiza a visita domiciliar em toda a população cadastrada na microárea de atuação, 20,3% visitam somente parte das famílias cadastradas e 0,4% não realiza visitas domiciliares. Para aqueles Agentes que afirmaram realizar visitas domiciliares em apenas parte da população adscrita (49), 81,6% informaram o critério que utilizam para definir que família visitar, sendo o mais destacado a condição de risco social familiar (45,0%), seguido por encontrarem a família no horário da visita (30,0%), disponibilidade de tempo do Agente (12,5%), aceitação da família (10,0%) e por último foi mencionado o critério sorteio (2,5%).

A maioria dos ACS (99,2%), após identificar a situação das famílias visitadas, particularmente daquelas que se encontram expostas a situações de risco, passa essa informação à equipe que integra a saúde da família. A orientação da família quanto à utilização dos serviços de saúde foi mencionada pela grande maioria dos Agentes (99,6%). O encaminhamento e o agendamento de consultas e exames são atividades realizadas pela maioria dos ACS (78,8%).

O número de visita domiciliar semanal nos territórios da saúde da família foi entre 8 e 75 (Gráfico 1), sendo a média igual a 39,38 ($\pm 10,38$) e a mediana de 40 visitas. A média de visitas semanais realizadas pelos Agentes do sexo masculino foi de 38,54 ($\pm 9,69$) e para o sexo feminino foi de 39,61 ($\pm 11,19$) sem diferença estatística entre o sexo ($p = 0,579$). Em um corte de período mensal, o número de visitas variou entre 8 e 264 por ACS, sendo a média igual a 136,95 ($\pm 28,8$) e

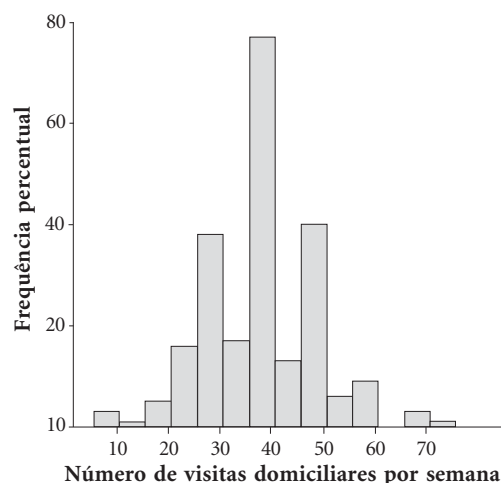


Gráfico 1. Histograma do número de visitas semanais. Agente Comunitário de Saúde. Montes Claros, MG, Brasil. 2010.

a mediana de 135,5 visitas. Quanto ao tempo, em horas, dedicado à visita domiciliária na agenda mensal, os Agentes disseram dispor de no máximo 220 horas mensais, sendo a média de 112,75 horas ($\pm 37,5$) e a mediana de 120 horas mensais.

Quando interrogados sobre as atividades realizadas no serviço, 86,2% afirmaram desenvolver ações de educação e vigilância em saúde, com ênfase na promoção em saúde e prevenção de doenças e 71,8% promovem a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente.

A educação em saúde é praticada no território da ESF por 93,3% dos ACS. Em relação ao número de pessoas que compõem os grupos de educação em saúde, 42,5% disseram que, em geral, os grupos são formados por vinte pessoas, 24,6% por trinta pessoas, 6,8% afirmaram trabalhar com grupos de quarenta pessoas, 3,7% trabalham com grupos de cinquenta pessoas e 22,4% disseram trabalhar com outro número de clientes por grupo de educação em saúde, ou seja, por grupos menores que 20 pessoas ou maiores que 50.

Entre as atividades exercidas pelos Agentes, auxiliar o profissional de nível superior no ambiente clínico foi uma tarefa relatada por uma parte dos entrevistados (33,6%). As atividades relatadas pelos Agentes foram associadas ao sexo do entrevistado (Tabela 1). Foi verificado que

Tabela 1. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde conforme as atividades realizadas no território de saúde da família e sexo. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2010 (n = 241).

Variáveis	Sexo			Análise bivariada
	Feminino N (%)	Masculino N (%)	Total N (%)	Qui-quadrado p
Atividades do ACS				
Encaminhamentos				0,268
Sim	173 (78,6%)	47 (21,4%)	220 (100%)	
Não	17 (89,5%)	2 (10,5%)	19 (100%)	
Educação em saúde				0,457
Sim	176 (79,6%)	45 (20,4%)	221 (100%)	
Não	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (100%)	
Visita domiciliar				0,792*
Sim	89 (79,1%)	50 (20,9%)	239 (100%)	
Não	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	
Identificar família de risco				0,629*
Sim	186 (79,1%)	49 (20,9%)	235 (100%)	
Não	2 (100,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	
Vigilância em saúde				0,018
Sim	169 (81,6%)	38 (18,4%)	207 (100%)	
Não	21 (63,6%)	12 (36,4%)	33 (100%)	
Ações comunitárias				0,134
Sim	140 (81,9%)	31 (18,1%)	171 (100%)	
Não	49 (73,1%)	18 (26,9%)	67 (100%)	
Auxiliar na clínica				0,129
Sim	68 (85,0%)	12 (15,0%)	80 (100%)	
Não	121 (76,6%)	37 (23,4%)	158 (100%)	
Procedimentos clínicos				0,397
Sim	19 (86,4%)	3 (13,6%)	22 (100%)	
Não	170 (78,7%)	46 (21,3%)	216 (100%)	

* Teste exato de Fisher.

somente para a atividade vigilância em saúde houve associação com o sexo ($p = 0,018$), sendo realizada majoritariamente pelas mulheres. As outras atividades como encaminhamentos, educação em saúde, visita domiciliar, identificação de famílias de risco, ações comunitárias, auxiliar o profissional de nível técnico/superior no ambiente clínico e realizar procedimentos clínicos apresentaram maior percentual de respostas para o sexo feminino, no entanto com $p > 0,05$, ou seja, sem associação significativa entre atividade e sexo.

Foi verificada a associação entre as atividades do ACS com a condição de ter participado de curso de capacitação para a função de Agente. Somente as atividades “encaminhamentos para o atendimento clínico” e “educação em saúde” foram associadas à participação de cursos de qualificação para a área de atuação ($p = 0,047$) (Tabela 2).

A percepção de sentir-se preparado para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) foi associada às atividades relatadas pelos Agentes.

A maioria que realiza a educação em saúde sente preparado para o SUS ($p < 0,001$). O encaminhamento de pessoas para o atendimento clínico também foi associado àqueles profissionais que se sentem preparados para o SUS ($p = 0,035$), assim como a realização de ações comunitárias ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Reservar um tempo para a reflexão do trabalho em equipe é uma rotina confirmada por 82,5% dos ACS participantes da pesquisa. A maioria dos entrevistados afirmou conhecer os desafios no território de saúde da família sob sua responsabilidade (98,7%). A participação em algum tipo de levantamento epidemiológico no território de trabalho foi relatada pela maioria dos Agentes (74,9%). O levantamento referente à imunização, por exemplo, rubéola, poliomielite e gripe foi destacado por 25,9% dos Agentes; já o levantamento de pessoas acometidas por doenças, como hipertensão, diabetes, hanseníase, leishmaniose foi destacado pela maioria (72,9%) dos

Tabela 2. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde conforme as atividades realizadas no território de saúde da família e qualificação na área de atuação. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2010 (n = 241).

Variáveis	Fez curso para trabalhar na área de atuação?			Análise bivariada
	Sim N (%)	Não N (%)	Total N (%)	Qui-quadrado p
Atividades do ACS				
Encaminhamentos				0,047*
Sim	217 (98,6%)	3 (1,4%)	220 (100%)	
Não	16 (88,9%)	2 (11,1%)	18 (100%)	
Educação em saúde				0,047*
Sim	217 (98,6%)	3 (1,4%)	220 (100%)	
Não	16 (88,9%)	2 (11,1%)	18 (100%)	
Visita domiciliar				0,979*
Sim	233 (97,8%)	5 (2,1%)	238 (100%)	
Não	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	
Identificar família de risco				0,958*
Sim	229 (97,9%)	5 (2,1%)	234 (100%)	
Não	2 (100,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	
Vigilância em saúde				0,528*
Sim	202 (98,1%)	4 (1,9%)	206 (100%)	
Não	32 (97,0%)	1 (3,0%)	33 (100%)	
Ações comunitárias				0,564*
Sim	166 (97,6%)	4 (2,4%)	170 (100%)	
Não	66 (98,5%)	1 (1,51%)	67 (100%)	
Auxiliar na clínica				0,214
Sim	77 (96,3%)	3 (3,8%)	80 (100%)	
Não	155 (98,7%)	2 (1,3%)	157 (100%)	
Procedimentos clínicos				0,388
Sim	21 (95,5%)	1 (4,5%)	22 (100%)	
Não	211 (98,1%)	4 (1,9%)	215 (100%)	

* Teste exato de Fisher.

entrevistados e por último, em menor percentual (1,2%), foram destacados diferentes levantamentos: de pessoas beneficiadas pela Bolsa-Família, de crianças com baixo peso, em parceria com a Pastoral da Criança, de domicílios com presença de poços e cisternas e de levantamento de pessoas tabagistas.

Discussão

O cadastro das famílias, realizado durante a visita domiciliar, possibilita real conhecimento das condições de vida daquelas residentes na área de atuação da saúde da família. Nessa perspectiva, são os Agentes que mantêm o contato estreito com os usuários dos sistemas de saúde¹¹, e esse papel de interlocutor do ACS acontece em diversas partes do mundo³⁻⁷. Ao realizar o cadastramento, o ACS torna possível levantar os principais problemas de saúde das famílias, contribu-

indo para que os serviços de saúde possam oferecer uma atenção mais voltada para as demandas, respeitando os problemas de cada comunidade.

O ACS representou um segmento ativo do trabalho em saúde e se transformou em um novo ator político, no cenário da organização e da assistência em saúde, na última década. O motivo do destaque do ACS se deu em consequência do crescimento, nacionalmente e, em especial, em áreas metropolitanas, da ESF. Essa Estratégia se baseia em estruturas conhecidas de expansão de cobertura, objetivando levar a equipe de serviços de saúde para ações diretas na comunidade com uma atenção de qualidade aos usuários. O ACS tem um papel importante nas ações de saúde que visam a ampliação da cobertura em saúde com controle de custos, o acolhimento da comunidade e a identificação, a captação e a resolução das demandas de saúde^{3,12}.

Neste estudo, a visita domiciliar foi destacada pela grande maioria dos ACS, em consonân-

Tabela 3. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde conforme as atividades realizadas no território de saúde da família e percepção de preparo para o setor público. Montes Claros, MG, Brasil, 2010 (n = 241).

Variáveis	Sente preparado para atuar no Sistema Único de Saúde?			Análise bivariada
	Sim N (%)	Não N (%)	Total N (%)	Qui-quadrado p
Atividades do ACS				
Encaminhamentos				0,039
Sim	209 (95,4%)	10 (4,6%)	219 (100%)	
Não	16 (84,2%)	3 (15,8%)	19 (100%)	
Educação em saúde				0,000
Sim	212 (96,4%)	8 (3,6%)	220 (100%)	
Não	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (100%)	
Visita domiciliar				0,054*
Sim	226 (95,0%)	12 (5,0%)	238 (100%)	
Não	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1 (100%)	
Identificar família de risco				0,893*
Sim	221 (94,4%)	13 (5,6%)	234 (100%)	
Não	2 (100,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	
Vigilância em saúde				0,319
Sim	196 (95,1%)	10 (4,9%)	206 (100%)	
Não	30 (90,9%)	3 (9,1%)	33 (100%)	
Ações comunitárias				0,035
Sim	164 (96,5%)	6 (3,5%)	170 (100%)	
Não	60 (89,6%)	7 (10,4%)	67 (100%)	
Auxiliar na clínica				0,840
Sim	75 (94,9%)	4 (5,1%)	79 (100%)	
Não	149 (94,3%)	9 (5,7%)	158 (100%)	
Procedimentos clínicos				0,839
Sim	21 (95,5%)	1 (4,5%)	22 (100%)	
Não	203 (94,4%)	12 (5,6%)	215 (100%)	

* Teste exato de Fisher.

cia com outro que avaliou o cotidiano desse profissional e destacou como principal atividade a visita domiciliar, considerando-a um instrumento ideal para a educação em saúde. A troca de informações se dá no contexto de vida de cada um e da família, pois cada domicílio apresenta uma realidade, que permite a troca de informações¹³. Assim, o Agente ao identificar a realidade da família, seus problemas, necessidades e anseios poderá consolidar um diagnóstico de saúde da comunidade, informando à equipe saúde da família para o planejamento de ações.

Desse modo, os ACS, por meio da visita domiciliar, podem aumentar o acesso aos cuidados e facilitar o uso adequado dos recursos da saúde, triagem, detecção e atendimento de emergência de base, e contribuir para a continuidade do cuidado em saúde⁶, pelo diagnóstico local da comunidade. O que exige instrumentalização adequa-

da para atuar como corresponsável na concretização do sistema de saúde brasileiro.

Foi constatado que, uma parcela importante dos ACS (20,7%) não realiza visita domiciliar ou realiza apenas em parte das famílias cadastradas no território de saúde da família. O não acompanhamento de todas as famílias sob responsabilidade do Agente também foi constatado em outro estudo¹³, por ser devido ao número de famílias muito elevado, o número de horas dispensadas para a atividade insuficiente e por ainda haver uma inadequação do horário destinado às visitas domiciliares.

Nesse contexto, as visitas domiciliares devem ser planejadas conforme as características da comunidade local, pois uma alta demanda de necessidades em saúde sob responsabilidade do ACS pode extrapolar a sua capacidade de resposta às famílias cadastradas. Assim, os profis-

sionais priorizam as famílias classificadas como grupo de risco para o acompanhamento mais frequente. Outra justificativa, destacada pelos profissionais, para o não cumprimento da cobertura de 100% das visitas foi por não encontrar o usuário em domicílio, no horário comercial de trabalho.

Pela média de visitas realizadas, semanalmente, é possível estimar que, em média, os Agentes realizam 7,8 visitas por dia, considerando que eles dispõem de cinco dias úteis na semana para exercer essa função. O Ministério da Saúde recomenda um mínimo de oito visitas diárias¹³, o que está em acordo com o resultado encontrado também em estudo realizado em Porto Alegre, Brasil, com maior percentual de Agentes que realizam de 7 a 9 visitas domiciliares diariamente¹³.

O tempo mensal em horas dedicado às visitas foi no máximo de 220 horas, o que extrapola a realidade, já que o ACS trabalha em média 160 horas por mês e, além das visitas domiciliares, possui outras funções relacionadas à área administrativa. Uma hipótese que pode explicar esse resultado é que o ACS reside no território onde atua profissionalmente, podendo ser requisitado pela população em horários fora de seu expediente de trabalho, como à noite e aos finais de semana, o que vai ao encontro da dificuldade de praticar as visitas domiciliares no horário comercial de trabalho dos usuários dos serviços de saúde.

A maioria dos entrevistados realiza atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, o que está em consonância com o papel do ACS junto às comunidades, não somente no Brasil, mas em diferentes nacionalidades como nos Estados Unidos³ e África do Sul⁷.

Estudo brasileiro sobre a atuação do ACS demonstrou que todos os pesquisados realizam ou participam de atividades de educação em saúde na comunidade, juntamente com o enfermeiro, com outro ACS ou sozinho. O trabalho realizado pelos Agentes tem o propósito de orientar os indivíduos quanto ao autocuidado e quanto às medidas de proteção, além de estimular o indivíduo e a comunidade a refletirem sobre suas condições de saúde e doença¹⁴. Quanto ao tamanho dos grupos educativos, o atual estudo, apresentou um maior percentual de respostas para aqueles com 20 participantes. Este número permite maior interação entre palestrante e ouvintes, em que conhecimentos científicos e empíricos se complementam.

Compete aos ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeri-

dos pelas situações de trabalho. O ACS deve realizar ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia dos indivíduos. A interação entre ACS, equipe de saúde, grupos sociais e populações é de fundamental importância para o desenvolvimento das ações¹⁵.

Neste estudo a vigilância em saúde foi associada ao sexo feminino. Este resultado pode estar intimamente ligado ao papel de cuidadora que a mulher desempenha na sociedade, na educação e alimentação das crianças e nos cuidados prestados aos idosos de sua família¹⁶.

A vigilância em saúde é uma atividade importante, que foi demonstrada em estudos internacionais com melhores resultados de saúde devido à atuação do ACS^{4,6}. No Quênia, estudo avaliou as mortes neonatais e concluiu que, após treinamento de trabalhadores comunitários de saúde (ACS) para prestar esse atendimento identificaram-se reduções na mortalidade. O ACS avalia os recém-nascidos para detectar sinais de doença grave durante a primeira semana de vida e referencia as crianças doentes para uma unidade de saúde⁴. No Reino Unido, estudo também discutiu a contribuição potencial de Agentes Comunitários de Saúde para melhorar os resultados de saúde na atenção primária⁶.

Há um interesse renovado na contribuição potencial dos Agentes na gestão de casos de doenças da infância (por exemplo, pneumonia, malária e sepse neonatal) e entrega de intervenções preventivas, como vacinação, promoção de comportamentos saudáveis e mobilização das comunidades. No entanto, o ACS não é uma panaceia para os sistemas de saúde frágeis e vai precisar de tarefas focadas, treinamento, supervisão e participação ativa das comunidades em que trabalham¹⁷.

Com relação às ações efetuadas no ambiente clínico, entende-se este como a área física da unidade de saúde destinada à realização de consultas e procedimentos clínicos de enfermagem, medicina e odontologia. O auxílio no ambiente clínico cabe aos profissionais técnicos e auxiliares que possuem formação especializada e autorização dos órgãos de regulamentação de suas atividades, não sendo atribuição do ACS, apesar dessa situação ter sido encontrada neste estudo.

Dentro do ambiente clínico, os Agentes normalmente assumem as funções administrativas como o agendamento de consultas e exames, conferência de estoque de material de escritório e

médico-hospitalar. Isso se deve a falta de recursos humanos para atender a essa demanda do serviço, cabendo ao ACS o desvio de função de Agente para a função de auxiliar ou mesmo de técnico em saúde.

A justificativa da realização de procedimentos clínicos pelo ACS deve-se a sua identificação com a comunidade. Por viver no território em que atua, o ACS se sente responsável por suprir as demandas da população por intervenções que ele não tem competência para realizar, como curativos, aplicação de injeção e aferição da pressão arterial¹⁸.

Outro procedimento detectado durante a pesquisa e que não é atribuição do ACS é a realização do processo de desinfecção e esterilização de instrumental clínico (3,8% dos entrevistados). Tem-se como hipótese que o desvio de função do ACS possa ser justificado pelo grande número de Agentes e por seu treinamento orientado para a função de auxiliar de enfermagem, mas essa conduta acaba desviando o ACS de sua função comunitária e de vigilante¹⁹.

Em um trabalho realizado em Campinas (SP) foi identificado que o ACS desempenha outras atividades no serviço, não relacionadas ao seu núcleo de conhecimento. Isso ocorre devido à deficiência de recursos humanos e por desconhecimento da função desse profissional por parte dos outros profissionais da equipe²⁰. Assim, o Agente se posiciona em espaço de indeterminações e incertezas, sem definição clara de competências, habilidades e saberes. O ACS, apesar de estar sempre na linha de frente do sistema de saúde público, nem sempre está capacitado para atender as diferentes demandas cotidianas²¹.

Verificou-se que a maior parte dos Agentes, além de encaminhar os usuários para a Unidade de Saúde, também agendam consultas e exames, o que não se configura como responsabilidade do ACS. A realização de serviços administrativos não relacionados à função do Agente pode estar sobrecarregando-o e diminuindo o tempo disponível para a realização de suas obrigações dentro do serviço.

Neste estudo, o treinamento para ACS foi associado à atividade de encaminhar pacientes para o atendimento clínico e à atividade educativa em saúde. A hipótese é que a capacitação profissional possa ter contribuído para o maior desempenho profissional para essas atividades, já que elas também foram associadas à percepção de preparo para atuar junto ao SUS. Em adição, os que se sentem mais preparados para o SUS apresentaram maior participação em ações co-

munitárias, o que evidencia a importância da qualificação profissional.

Contudo, as lacunas autopercebidas, pelos Agentes, na sua formação os levam a construir uma identidade profissional própria, independentemente de incentivo ou de cobranças por parte de gestores e dos órgãos responsáveis pela sua qualificação²².

Com relação à agenda de saúde, a equipe de saúde deve elaborá-la a cada mês, no aspecto operacional, que descreve as ações no tempo, de um dia, uma semana e um mês e, no aspecto político/organizacional, que reflete os compromissos que a equipe tem com a população adscrita e gestores. De acordo com os dados da atual pesquisa, o ACS tem cumprido o segundo aspecto da Agenda de Saúde, ao deixar tempo para reflexão do trabalho em equipe, planejamento e análise de dados.

O ACS reconhece os problemas que existem na microárea, levando-os para discussão entre a equipe, na busca de uma intervenção. Isso só é possível porque há um momento destinado à partilha, permitindo que cada um que dela participa tenha direito à voz e o Agente Comunitário é a voz da comunidade dentro da unidade de saúde²⁰. O trabalho em equipe na saúde da família deve ser reavaliado por todos os seus membros. As reuniões podem ser um espaço adequado para a mobilização, permitindo avanços no sentido de aproximar as pessoas, permitir as trocas e crescimentos e facilitar as relações com a comunidade. A inclusão do ACS no planejamento das atividades até a execução e a avaliação contribuirá para envolvê-lo nas diferentes atividades concentradas sob a responsabilidade de médicos ou de enfermeiros²³.

O ACS permite o elo entre o usuário dos serviços de saúde e a equipe, a partir do que vê e ouve da população é que as ações de saúde serão planejadas pela equipe. O Agente passa a atuar como mediador social, aquele que traduz para a equipe de saúde as necessidades da comunidade, e garante a vinculação e a identidade cultural de grupo com as pessoas sob sua responsabilidade em relação às ações oferecidas no serviço público de saúde²⁴.

Quanto às limitações deste estudo tem-se que se trata de um estudo transversal, sendo assim, os resultados apresentados aqui não podem ser tomados como causa e efeito. Hipóteses foram levantadas na tentativa de explicar os resultados encontrados, no entanto, são não testadas, mas que poderiam nortear novos estudos junto à ESF. O estudo foi de cunho censitário, apresentando um percentual pequeno de perdas (7,0%).

Conclusão

O trabalho do ACS, na Atenção Básica, é de fundamental importância para a concretização da estratégia saúde da família e efetivação do conceito ampliado de saúde. O Agente realiza atividades diferenciadas junto à comunidade e por isso pode ser considerado um elemento nuclear das ações em saúde, com atividades de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio das visitas em domicílios e educação em saúde, individual e coletiva. Ademais, o ACS tanto orienta a comunidade como informa a equipe de saúde sobre a situação das famílias, principalmente aquelas em situação de risco, assumindo o papel de sujeito articulador.

Contudo, as diferentes dimensões de atuação dos ACS na atenção primária à saúde exigem

instrumentalização adequada para qualificar o profissional, e assim fortalecer o elo com a comunidade. A formação profissional faz-se necessária, mesmo que seja nos espaços cenários de prática, em atividade de educação permanente, para que eles possam dar conta das suas reais atribuições junto à equipe saúde da família e comunidade.

Sendo necessário também que haja investimentos não somente no treinamento específico desses profissionais, mas na manutenção da qualidade do processo de trabalho executado por eles, em atividades de supervisão e de reflexão em equipe. Assim, eles poderão enfrentar os desafios de sua função com mais segurança e assumir a corresponsabilidade com o SUS e com a atenção básica, integrando melhor ao sistema de administração de saúde.

Colaboradores

SM Costa trabalhou na concepção da pesquisa, análise estatística dos dados, interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo; FF Araújo trabalhou na coleta de dados, discussão dos dados, redação e revisão do artigo; LV Martins, LLR Nobre e Araújo FM trabalharam na coleta de dados, discussão dos dados e redação do artigo; Rodrigues CAQ trabalhou na análise dos dados e revisão final da versão a ser publicada.

Agradecimentos

À Fapemig pela bolsa de iniciação científica concedida à acadêmica FF Araújo. Ao Programa de Educação para o Trabalho, PET-Saúde da Unimontes – 2010-2012 pela oportunidade de produção científica por meio da integração docente, discente e profissional do serviço público de saúde.

Referências

- Shimizu HE, Carvalho Junior DA. (2012). O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2405-2414.
- Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1639-1646.
- Witmer A, Seifer SD, Finocchio L, Jeslie J, O'Neil EH. Community health workers: integral members of the health care work force. *Am J Public Health* 1995; 85(8):1055-1058.
- Livingston A, Tomedi A, Campbell A, Morales C, Mwanthi MA. A Community Health Worker Home Visitation Project to Prevent Neonatal Deaths in Kenya. *J Trop Pediatr* 2012; 59(1):64-66.
- Chowdhury AMR, Chowdhury S, Islam N, Islam A, Vaughan JP. Control of tuberculosis by community health workers in Bangladesh. *Lancet* 1997; 350(9072): 169-172.
- Harris MJ, Haines A. The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care. *J R Soc Med* 2012; 105(8):330-335.
- Schneider H, Hlophe H, Rensburg D van. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects. *Health Policy Plan* 2008; 23(3):179-187.
- Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 10 jul.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
- Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.
- Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1023-1028.
- Silva JA, Dalmaso ASW. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):347-355.
- Santos LPGS. *A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Educação na Saúde. *Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Brasília: MS; 2003.
- Ellis JR, Hartley CL. *Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências*. Tradução de Maria Virgínia Godoy da Silva. 5ª Edição. Artmed: Porto Alegre; 1998.
- Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker DG, Bhutta Z. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet* 2007; 369(9579):2121-2131.
- Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2001; 35(3):303-311.
- Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl.):191-202.
- Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(6):1304-1313.
- Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):231-240.
- Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl.1):873-880.
- Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1509-1520.
- Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis* 2011; 21(3):899-916.

Artigo apresentado em 05/07/2012

Aprovado em 27/09/2012

Versão final apresentada em 12/10/2012