

PERFIL DE ATIVIDADES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE VINCULADOS AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA NORTE DE JUIZ DE FORA

Profile of activities of Community Health Agents of the Family Health Program in the northern zone of Juiz de Fora

Marcelo Henrique da Silva , Maria Ruth dos Santos¹

RESUMO

Este artigo trata do trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) nas equipes de saúde da família, cuja profissão foi criada recentemente. Pretende-se traçar o perfil de atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde que atuam há mais de um ano em unidades integrantes da rede assistencial da zona norte de Juiz de Fora, identificando possíveis variações presentes na identidade e atuação prática desses profissionais. Apoiando-se no método quantitativo, pretende-se levantar a visão dos próprios agentes comunitários de saúde sobre o seu trabalho.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

This article deals with the work of community health agents (ACS), members of family health teams, whose profession was recently created. The goal is to outline the profile of activities carried out by the community health agents who have been active for more than one year in units belonging to the Juiz de Fora northern zone assistance network, identifying possible variations present in the identity and practice of these professionals. Based on the quantitative method, this study seeks to explain the vision that the community health agents themselves have of their work.

Key words: Family Health Program; Community Health Agent.

INTRODUÇÃO

Desde a institucionalização inicial dos agentes comunitários de saúde (ACSs), a partir de um projeto emergencial de calamidade no Ceará nos anos 80 até os dias atuais, o seu número no Brasil chegou a 170 mil², dos quais 115 mil trabalham na área urbana e 57 mil na área rural , sendo a profissão reconhecida oficialmente pela lei 10.507 de 10 de julho de 2002.

¹ Enfermeiro do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora-MG Especialista em Saúde da Família pela UFJF; Endereço: Av Sete de setembro 1335/102 Costa Carvalho CEP 36062000 Juiz de Fora MG E-mail: henfermar@uol.com.br
Farmacêutica-Bioquímica Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; E-mail: mariaruthsantos@ig.com.br

² Dados On-line: disponível na Internet via <http://www.portal.saude.gov.br/saude/> na seção profissional de saúde. Arquivo consultado em 10 de maio de 2004.

De acordo com o documento legal, o ACS é um profissional da área de saúde integrante da equipe de saúde da família, com exclusividade de exercício no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Realiza, sob supervisão do gestor local, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema.

A profissão tem alguns condicionantes restritivos censitários – residência no local onde irá atuar – e de formação – conclusão de curso de qualificação básica. A sua atuação, antes intensiva em ações voltadas para o foco materno-infantil, atualmente envolve competências para ações no apoio às famílias e coletivos sociais, além de concentrar atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças ou pela mobilização de recursos e práticas sociais para intervenção no campo político e social numa micro-área de ação.

Um dos aspectos do perfil social do ACS - residência na comunidade - o que pressupõe compartilhamento de valores e interesses sedimentadores de uma identidade coletiva, tem reflexos na sua prática, já que o território é o âmbito de validade da profissão e de sua atuação. A matriz da figura do ACS assenta-se, conforme preconizado pelas instituições oficiais, em dois aspectos: identidade com a comunidade e pendor para a ajuda solidária.

Esses traços identificadores, incomuns em outros profissionais de saúde, permitem que o ACS possa cumprir a missão básica de execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito da comunidade em que resida e na qual tenha liderança, manifestando solidariedade entre os seus pares. É como afirmam Nogueira et al (2000) “o papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia humana ou cultural a seu perfil ocupacional”. Esses requisitos, quando presentes, freqüentemente o qualificam como um trabalhador “sui generis” ou fora do comum.

Traçar o perfil de atividades dos ACSs que atuam há mais de um ano em unidades de saúde com PSF é o objeto desse artigo. As unidades de saúde integram a rede assistencial da região norte de Juiz de Fora – MG, identificando possíveis variações presentes na identidade e atuação prática desses profissionais, em realidades diversas e heterogêneas onde essas experiências ocorrem.

No perfil de atividades, interessa verificar o quanto está mais voltado para o cumprimento de atividades prescritas na versão oficial do programa ou se predominam preocupações e ações voltadas para as necessidades e prioridades da comunidade.

Por se tratar de uma realidade ainda muito recente, corre-se o risco de não possuir elementos suficientes para emitir declarações conclusivas ou propor julgamentos seguros sobre o tema. No entanto, espera-se que os resultados se agreguem aos já produzidos sobre o assunto, projetando luz e caminhos para que novos estudos sejam possíveis e sirvam de referência para formuladores de política, gestores, profissionais de saúde, os próprios ACSs e tantos outros que se empenham em sua luta diária, na melhoria da proposta estratégica da Saúde da Família e na construção social de um sistema público verdadeiramente universal para todos os brasileiros, conforme previsto em nossa legislação.

Este texto, que tem como foco central os agentes comunitários de saúde, desenvolve e complementa o artigo "Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao Programa Saúde da Família da zona norte do município de Juiz de Fora"³, anteriormente publicado pelos mesmos autores; acrescentando-se outros elementos e reflexões sobre o trabalho desses atores, fundamentais na transformação das práticas sanitárias deste país.

Antecedentes Relevantes no Brasil

O Brasil, antes mesmo da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, União Soviética, em 1978⁴, que recomendou aos países a organização da atenção primária com participação comunitária, enquanto parte de um sistema nacional de saúde, envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, já havia experimentado em serviços e programas nacionais ou locais a incorporação de auxiliares da própria comunidade nas atividades de assistência a indivíduos, grupos humanos e famílias.

A visita domiciliar também já era praticada, enquanto estratégia de assistência, desde a primeira década do século XX, no modelo campanhista, tendo sido utilizada tanto para campanhas, quanto para saneamento e saúde.

Em junho de 1942, o Brasil assinou um contrato de cooperação com os EUA, dando origem ao Serviço Especial de Saúde Pública – SESP – que subsistiu até 1960. Foi sucedido pela Fundação Especial de Saúde Pública – FSESP – serviço pioneiro no país na criação e experimentação de modelos de assistência que empregava o trabalho

³ SILVA, M.H e SANTOS, M.R. Perfil Social dos Agentes Comunitários de Saúde Vinculados ao Programa de Saúde da Família da Zona Norte do Município de Juiz de Fora. Revista APS, v.6, n.2, p.70-76, jul./dez.2003.

⁴ Esta conferência foi organizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas. A sua meta consensualmente aprovada ficou conhecida como "Saúde para todos no ano 2000".

de pessoal auxiliar para o atendimento de grupos prioritários, como gestantes e crianças, e no controle de doenças transmissíveis.

Na FSESP, a visita domiciliar era realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento, para atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco e vigilância sanitária. As visitadoras sanitárias assistiam regularmente nos domicílios as puérperas e recém-nascidos, acompanhavam nascidos vivos e os óbitos em menores de um ano e monitoravam pacientes portadores de doenças prevalentes, estando sob sua tutela uma área geográfica e populacional delimitada.

As competências necessárias para a atuação prática das visitadoras sanitárias eram adquiridas através de capacitação em serviço, durante seis meses, sendo acompanhadas e supervisionadas pelo enfermeiro.

Os princípios norteadores e as diretrizes estabelecidas pela FSESP certamente contribuíram para o surgimento de uma concepção e prática de saúde pública no país e têm uma grande importância na atualidade.

Vale destacar, no trabalho da FSESP, pela similitude com os princípios e diretrizes hoje defendidas pelo PSF e PACS, a experiência com modelos de oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade; a abordagem integral da família; a unidade de saúde indo à população; a adscrição de clientela; o enfoque intersetorial e a educação sanitária como mola mestra das ações. (SILVA; DALMASCO, 2002).

Segundo Silva e Dalmasco (2002), na década de 70, após a eleição direta de prefeitos em cidades que não eram capitais, nem municípios estratégicos, proliferaram iniciativas locais para resolver demandas sociais emergentes e urgentes, sendo a saúde uma das áreas priorizadas. Alguns vários municípios de São Paulo e Paraná implantaram programas dentro dos princípios da atenção primária em saúde, incluindo o programa de agentes comunitários de saúde, surgindo, assim, o desenvolvimento de ações próximas às identificadas na atualidade, como sendo do âmbito de atuação dos ACSs.

Os programas de saúde do Centro Executivo Regional do Vale do Jequitinhonha, em Diamantina, iniciados em 1971 e o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, em Montes Claros em 1975, na opinião de Stralen (1995), se constituíram também em experiências originais e singulares de construção coletiva de um novo modelo de organização de serviços, que previa uma estrutura hierarquizada em

quatro níveis: domiciliar, local, de área programática e de região, sendo os serviços distribuídos entre os quatro níveis.

Os auxiliares de saúde, elementos-chave desse sistema proposto, eram selecionados entre moradores da comunidade e deveriam atuar como agentes da participação popular nas decisões voltadas para alterações das relações do poder local.

As atividades educativas desenvolvidas pelos auxiliares se organizavam em torno de orientação ao trabalho das parteiras, reforço ao uso da medicina popular caseira com a utilização dos chás, orientação alimentar com os produtos da região, orientação em puericultura e amamentação natural, visita domiciliar, consultas coletivas, dentre outras.

Em que pese os problemas e dificuldades, o Projeto Montes Claros se transformaria, ao mesmo tempo, imediatamente, no principal modelo para a montagem, a nível nacional, da primeira experiência de extensão de serviços de medicina simplificada para a zona rural já levada à prática no país - o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, PIASS - e, posteriormente, em modelo para a reorganização dos serviços de saúde (SILVA, 1996).

O PIASS utilizou amplamente pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas, para a execução de um conjunto de práticas sanitárias relacionadas ao meio ambiente, domiciliar e à atenção individual.

Para dar suporte à formação de recursos humanos requeridos pela nova política de atuação na área voltada para a extensão de cobertura, conforme necessidades e possibilidades de diferentes áreas do país, foi criado, também em 1975, através de um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal – que ficou incumbido da preparação, em larga escala, de pessoal de saúde de nível médio e elementar (SILVA, 2002).

O PIASS acabou por se expandir para todo o país e, em sua área de abrangência, foi incluído o Programa de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em área rural, Vale do Ribeira, São Paulo, que ficou conhecido nacionalmente como Projeto DEVALE (SILVA, 1996). Dentre outras estratégias, o DEVALE previa a extensão de atividades de assistência primária à população residente na periferia dos centros urbanos e na zona rural, mediante a instalação de postos de saúde operados por agentes de saúde, recrutados na própria comunidade.

A proposta de ação para o agente de saúde incluía a execução de curativos, vacinas, diagnósticos e tratamentos de doenças mais encontradas, atendimento à criança

e à gestante, encaminhamentos, primeiros socorros; a adoção de uma visão global do indivíduo e seu papel na comunidade; a incorporação do entendimento da inter-relação entre problemas de saúde e condições gerais de vida da população e a organização da comunidade para lutar pela saúde.

Os agentes de saúde, além de terem sido indicados a partir de critérios estabelecidos pela comunidade, selecionados e recrutados nas localidades, apresentavam alguns traços comuns: já haviam desempenhado anteriormente funções similares àquelas esperadas para os agentes e/ou já desenvolviam alguma ação comunitária nas igrejas, clubes de mães e de jovens, nas escolas comunitárias e nas associações civis voluntárias e informais (SILVA, 1996).

Com a criação e desenvolvimento da Pastoral da Criança, em 1983, que atua através de voluntários – líderes comunitários ou membros de equipes de apoio –, realizando visitas domiciliares a famílias carentes no Brasil, uma grande e vigorosa rede de solidariedade que une fé e vida foi criada. Enquanto alguns voluntários ensinam como melhorar a nutrição para aproveitamento adequado dos alimentos regionais e alternativos, como farelos e folhas verdes, outros ensinam o soro caseiro para combater a desidratação provocada por diarreias; estimulam a utilização de plantas medicinais; cuidam de gestantes; incentivam o aleitamento materno; promovem o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil. Os voluntários se dividem, ainda, em outras atividades, como nos projetos de Geração de Renda, Alfabetização de Jovens e Adultos, além de colaborarem com outras ações complementares.

A Pastoral da Criança e outras afins vêm difundindo um modelo de ação em saúde no Brasil, geradora de vínculos de agentes de saúde com famílias carentes, a partir das quais algumas ações básicas de saúde são desenvolvidas. No entanto, esses agentes comparativamente aos atuais ACSs, agem movidos pela força da fé e da religião; realizam trabalho voluntário e sem remuneração; cuidam de problemas sociais, financeiros, morais e até comportamentais das famílias e o trabalho que desenvolvem não é gerenciado, supervisionado e avaliado pelo sistema oficial de saúde.

METODOLOGIA

O estudo realizado foi do tipo descritivo exploratório, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família da zona norte de Juiz de Fora. Os sujeitos do estudo foram os ACSs lotados há mais de um ano nestas unidades.

Para a coleta de dados e informações utilizamos um formulário aplicado como pré-teste em uma UBS, sendo o mesmo aplicado posteriormente nas outras unidades. Analisamos ainda documentos referentes ao projeto de implantação do PACS, processo de recrutamento e seleção dos ACS no município de Juiz de Fora.

Os participantes do estudo foram informados sobre o objetivo, garantia de anonimato; só participando os que consentiram formalmente, de acordo com as da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram tabulados, utilizando-se para isso o programa EPI-INFO e apresentados em forma de quadros para facilitar a visualização. Utilizaram-se freqüências absolutas e relativas para a interpretação dos mesmos, além de compará-los com a literatura referente ao tema estudado.

Apresentação e análise dos dados

Os dados apresentados abaixo discutem o perfil ocupacional dos agentes de saúde.

Quadro 1: Número de ACSs que realizaram alguma preparação específica para o trabalho - Juiz de Fora, 2005

	Freqüência	%
Realizou	57	95,0
Não realizou	2	3,3
Ignorado	1	1,7
Total	60	100

Os dados descritos mostram que 95% receberam alguma preparação específica para orientação do trabalho, sendo o treinamento recebido condizente com as necessidades oriundas da prática profissional.

O Quadro 2 distribui as opiniões dos ACSs sobre a correspondência entre as ações desempenhadas e as que os agentes entendiam ser do seu âmbito profissional.

Quadro 2: Correspondência entre ações desempenhadas e competências dos ACSs - Juiz de Fora - 2005

Corresponde	Frequência	%
Sim	38	63,3
Não	21	35,0
Ignorado	1	1,7
Total	60	100

Percebe-se que 63,3 % entendem que as ações executadas estão no âmbito de atuação profissional, enquanto 35,0% afirmam que não. No entanto, quando perguntados sobre a razão da não correspondência, os entrevistados apontam diversos motivos e distorções no exercício de suas funções, como destacamos no Quadro 3.

Quadro 3: Motivos citados pelos ACS para as não correspondência ente ações executadas e ações prescritas - Juiz de Fora, 2005

Motivo	Frequência	%
Não tem suporte necessário para desenvolver as ações	1	4,76
Acha que algumas atividades não são do ACS	1	4,76
Deve aumentar o espaço de atuação do ACS	2	9,52
As ações do ACS não são claras	1	4,76
Falta de articulação com outros setores	1	4,76
Falta de recursos	3	14,28
Falta de treinamento constante	1	4,76
Não conhece muito bem a profissão	5	23,8
Outra realidade nos locais de atuação do ACS	1	4,76
Não respondeu	5	23,80
Total	21	100

Chama a atenção o fato de que os percentuais de 23,8% referentes ao desconhecimento da profissão e dos que não responderam são significativos e refletem a

busca por uma atividade ainda pouco clara e transparente para muitos. Outro ponto importante é a menção à falta de recursos para o exercício das atividades, fazendo com que muitas deixem de ser executadas e outras, estranhas à profissão, terminem por serem incorporadas.

Por outro lado, quando foram solicitados que registrassem as principais ações realizadas na última semana de trabalho antes da entrevista, reportam ações que estão estritamente vinculadas ao rol de atribuições previsto pelo Ministério da Saúde e incorporado aos documentos oficiais dos estados e municípios, como a visita domiciliar (96,7%), acompanhamento e cadastro das famílias (10%), cadastramento da população no Cartão Nacional do SUS (18,3%), participação em campanhas e em grupos educativos (35%), participação em grupos de estudos na UBS (5%), acompanhamento do estado vacinal dos menores de cinco anos (13,3%), incentivo ao aleitamento materno (1,7%), busca ativa de faltosos aos controles (8,3%), participação em reunião de equipe (18,3%), encaminhamento de avisos gerais às famílias (16,7%), acompanhamento de outro profissional em visita domiciliar (15%), participação em reunião do Conselho local de saúde (1,7%) e participação no acolhimento de usuários na UBS (3,3%):

Ressalte-se que as ações acima registradas se coadunam com o modelo prevalente no momento atual dos serviços no PSF, onde as atividades educativas, embora presentes, têm uma importância relativa baixa em relação às demais ações, revelando-nos que essas práticas são, na verdade, muito mais debatidas do que colocadas em prática.

Ao serem perguntados sobre a frequência em que desenvolvem as trinta e três atribuições previstas pelo MS, os ACSs responderam que não executam 16 das atividades listadas como: mapeamento da área de abrangência e das micro-áreas e áreas de risco (13,3%); execução de atividades de educação para a saúde individual e coletiva (1,7%); orientação sobre planejamento familiar (5,0%); orientação sobre DST/AIDS (3,3%); registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos a saúde (3,3%); estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia na conquista de qualidade de vida (15,0%); participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida (30,0%); ouvir as queixas das pessoas e famílias (1,7%); marcar exames, consultas, retornos, grupos educativos, etc, para pessoas e famílias assistidas (13,3%); acompanhar outro profissional para a visita ao domicílio (5,0%); acompanhar pessoa das famílias assistidas para consulta especializada, exame complementar e internação, etc (60%); levar medicamentos e outros insumos necessários para as pessoas e famílias assistidas

(16,7%); levar e trazer mensagens da unidade para o domicílio e vice-versa (1,7%) e outras atividades (90,0%).

Chama a atenção a predominância de atividades no trabalho do ACS, vinculadas ao modelo tradicional de cura das doenças e reabilitação, em detrimento de iniciativas conjugadas com outros setores para melhorar a qualidade de vida e saúde das famílias, incluindo medidas de promoção, vigilância e saúde, intersetorialidade e ações interdisciplinares.

Por outro lado, o trabalho do agente supera as dimensões de um simples atendimento domiciliar, como podemos visualizar nos dados acima, em que percebemos que o ACS funciona como ponte, consolidando rotas de entendimento e integração entre as demandas da população e os serviços de saúde, difundindo e aprimorando medidas preventivas, orientações e educação em geral.

No entanto, predomina em seu perfil de atuação as tarefas previamente definidas pelo sistema oficial de saúde, como por exemplo, acompanhamento de hipertensos, diabéticos, hansenianos e tuberculosos; acompanhamento do estado vacinal dos menores de cinco anos; acompanhamento das gestantes e incentivos ao aleitamento materno; que não são atribuições privativas dos ACS, sendo comuns a outros profissionais de saúde. O predomínio dessas ações e o seguimento regular e sistemático das normas de acompanhamento desses grupos, previstas em documentos oficiais terminam por tornar o trabalho do ACS rotineiro, sendo percebido por eles próprios e pela população como um ofício sem muita utilidade, já que nas visitas aos domicílios grande parte do tempo é gasto para o preenchimento dos formulários oficiais.

Ao serem solicitados para enumerarem outras atividades executadas além das prescritas na versão oficial do programa, 90,0% respondeu que não executam nenhuma outra, o que demonstra as dificuldades encontradas pelos ACSs e pelo própria equipe do PSF em revisar, na prática cotidiana, os aspectos do modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico vigente e exercitar habilidades de percepção das vulnerabilidades dos indivíduos, nos cenários da família e da sociedade, estabelecendo parcerias para o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Constatamos que os agentes são bastante procurados pela população fora do horário de serviço (93,3%). Dentre os motivos mais importantes alegados destaca-se a necessidade das pessoas de obterem informações sobre a estrutura e o funcionamento da Unidade de Saúde. Este fato respalda a evidência de que o trabalho do ACS funciona como elo entre famílias/comunidade e os serviços de saúde, prestando um atendimento de forma integral e contínua à população.

No entanto, de acordo com os depoimentos dos ACSs a relação de trabalho entre eles e a comunidade encontra várias dificuldades, sendo as mais importantes a falta de respaldo, comunicação e apoio da equipe para a resolução dos problemas; a falta de insumos, medicamentos e de vagas para consulta médica; a ausência de outro profissional de nível superior para acompanhá-los na visita domiciliar; numerosos formulários para preenchimento; grande distância entre os domicílios; número excessivo de famílias e a topografia da micro-área com a presença de barreiras físicas, como morros e escadas, que dificultam o acesso.

Chamam a atenção dentre as dificuldades, a falta de respaldo, comunicação e apoio da equipe para a resolução dos problemas, constituindo-se em dois domínios que não se completam e nem se complementam: o meio externo, constituído pelas famílias, comunidades e os problemas trazidos e identificados pelos agentes; e o meio interno, a unidade básica de saúde, constituída pela oferta organizada de ações pelos profissionais “donos do saber biomédico” e pela demanda espontânea da população que busca atendimento. O ACS entra exatamente para cumprir o desafiante papel de ser ponte, de amalgamar estes campos.

Dentre as medidas indicadas, que contribuiriam para melhorar o seu desempenho se encontram a necessidade do acompanhamento de outro profissional de nível superior durante a visita domiciliar; a redução do número de visitas domiciliares; meios de transporte para os locais muito distantes; melhoria salarial; material para o trabalho; além da necessidade de realização de alguns procedimentos de enfermagem (como por exemplo, a aferição de pressão arterial e de prestar primeiros socorros).

Um atributo freqüentemente associado à profissão de ACS e que se constitui como referência para a sua identificação é a realização de visitas domiciliares que, embora não privativa destes profissionais, têm um significado grande para a profissão, ocupando quase que integralmente a jornada de trabalho do ACS.

Entretanto, os ACSs entrevistados declararam como medida importante para a melhoria de seu trabalho, a realização da visita domiciliar acompanhado de outro profissional de nível superior. Esse fato pode estar associado ao despreparo, ao desconhecimento e insuficiência de proposições no qual se supunha serem capazes os ACSs durante a visita domiciliar para o encaminhamento dos problemas oriundos das famílias, muito embora a grande maioria tenha tido um preparo específico para o trabalho. Ressaltamos ainda a valorização que os próprios ACSs fazem do dito “saber biomédico”, já que ele quer ser acompanhado por profissionais de nível superior, teoricamente donos deste “saber”, e também deseja desenvolver habilidades técnicas

típicas de uma categoria profissional, a enfermagem; o que acabaria por descaracterizar um ofício recém-criado, elo entre serviço e comunidade

Ao responderem se visitam todas as famílias em sua micro-área de cuidado, 51,7% responderam que não. Eles, geralmente, atuam em áreas onde residem famílias pobres ou até mesmo miseráveis, o que faz com que muitos não se encontrem em seus domicílios no horário de funcionamento habitual das unidades básicas de saúde, que é o mesmo da jornada de trabalho do ACS, buscando o seu sustento fora de casa. Isto foi identificado pelos agentes como o principal motivo para não realização da visita.

Embora a maioria não consiga visitar todas as famílias da sua micro-área, 95% reconhecem como de suma importância para a realização do seu trabalho o fato de conhecerem previamente as pessoas e famílias sob sua responsabilidade.

Na opinião dos entrevistados, o trabalho que eles desempenham é importante, mas precisa passar por reformulações e ajustes para 65%. 30,0% entendem que é importante, porque ajuda e facilita a resolução dos problemas de saúde/doença das pessoas e, apenas 5,0% acham que é importante, porque ajuda a resolver os problemas da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho mostrou que os ACSs têm perfil de atuação de acordo com o delimitado pelas diretrizes governamentais, federais, estaduais e municipais, muito embora as atividades educativas, mola mestra de suas ações não sejam desempenhadas amplamente e estes profissionais terminem por incorporar atividades que extrapolam as prescritas em seu leque de competências.

Prevalecem atividades que reforçam o modelo biomédico, que, embora importantes e necessárias - a exemplo do acompanhamento de diabéticos e hipertensos-, no conjunto, não representam a totalidade do trabalho, em que atividades de promoção e prevenção para esses agravos e doenças deveriam ser intensivas.

Outro ponto relevante foi a questão da realização das visitas domiciliares, atividade de grande impacto no trabalho do ACS. Essa atividade, embora realizada de forma rotineira, necessita de maior atenção por parte dos seus supervisores e até de maior preparação dos próprios ACSs para o seu desenvolvimento.

O estudo aponta para a necessidade de maior engajamento em atividades de promoção e prevenção da saúde, pois em seu âmbito de atuação essas competências são

importantes. Os processos seletivos futuros devem levar em conta a capacidade dos candidatos de estarem vinculados de fato à sua comunidade, sendo lideranças efetivas, pois o ACS precisa ter capacidade de liderança, iniciativa e possibilidade de mobilização para a luta por melhores condições de vida e saúde. O fato de acompanharem grupos de riscos – focando o modelo biomédico – deixa um vácuo no desenvolvimento de atividades de promoção da qualidade de saúde, resultando num baixo grau de engajamento nas demandas da população em relação às condições gerais de vida.

Além disto, como constatado pelos próprios ACSs, o trabalho que desempenham é importante, mas precisa passar por reformulações e ajustes. Isso mostra que existem falhas no processo de recrutamento; treinamento inicial e continuado; supervisão; apoio da equipe e dos órgãos centrais; recursos logísticos para apoio do trabalho; meios de transporte e participação comunitária, sendo influenciado e influenciando a sua prática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.507, de 10 de julho de 2002.** Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e de outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde **Norma Técnica. Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF, Fundação Nacional de Saúde, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB-SUS.96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão.** Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Programa saúde da Família,** 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comunidade Solidária. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília, 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília, 1999b.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Brasília, DF, v. 6, n.10, p. 91-93, fev. 2002.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa; RAMOS, Zuleide do Valle Oliveira. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: Agente Comunitário de Saúde.** Brasília; 2000. (Texto para discussão nº 735)

SILVA, H.; SANTOS, M.R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa saúde da família da zona norte do município de Juiz de Fora. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.6, n.2, p.70-76, jul./dez. 2003.

SILVA, Joana Azevedo da. **Assistência Primária de Saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira.** 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASCO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M. Os agentes comunitários de saúde no processo de municipalização de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.2, n.1, jan/jun 2000. [Online]. Disponível em:< <http://www.fen.ufz.br/revista>.> Acesso em: 02 fev. 2003.

STRALEN, C. J. V. Do projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre a ideologia e realizações práticas. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). **Projeto Montes Claros a utopia revisitada.** Rio de Janeiro, RJ: Alvasco, 1995, p.165-91.

Submissão: junho 2005

Aprovação: novembro 2005

ANEXO - Instrumento de coleta de Dados

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Idade_____ Sexo: M() F ()

SOBRE O TRABALHO:

1)Foi realizada alguma preparação específica para o seu trabalho?

()Sim

()Não

2)A preparação que você teve corresponde às necessidades da sua prática profissional?

()Sim

()Não

3)As ações que você desempenha correspondem às ações que você pensava serem de competência do ACS?

()Sim

()Não. Por quê?_____

4)Em que local você desenvolve mais suas ações como ACS?

()na Unidade Básica de Saúde

()na comunidade

()nos domicílios

()nas escolas

()nas igrejas

()outro(s). Especifique:_____

5)Das ações que você desenvolve, quais são mais freqüentes?

()ações de promoção da saúde

()ações de prevenção de doenças e agravos

()ações de reabilitação/recuperação da saúde

()ações de planejamento e gestão do trabalho

()Outras. Especificar:_____

6)Você participa regularmente das reuniões do Conselho Local de Saúde do seu bairro?

()Sim

()Não. Por quê?_____

7)Você se articula ou participa de articulações com outros setores do Serviço Público (educação, assistência social, desenvolvimento econômico, ambiente, etc) para reivindicar ou encaminhar discussões/soluções dos problemas de saúde das famílias e da comunidade que você atende?

()Sim

()Não. Por quê?_____

8)Você se articula ou participa de articulações com entidades, associações, sociedades, etc para organizar discussões e propor soluções para os problemas de saúde das famílias e comunidade que você atende?

()Sim

()Não. Por quê?_____

9)Quando ocorrem problemas no seu trabalho a quem você recorre mais freqüentemente?

- () ao enfermeiro da equipe
- () ao médico da equipe
- () ao assistente social da equipe
- () ao gerente da UBS
- () a outro profissional.

Qual? _____

10. Registrar as ações realizadas na última semana de trabalho do ACS ?
Enumera-las.

11. Das ações listadas abaixo, indique com um “x” o que corresponda à sua opção, considerando-se a frequência em que você executa a ação enumerada.

1 Frequentemente 2 Ocasionalmente 3 Não executa

- () cadastramento das famílias assistidas
- () atualização do cadastro das famílias assistidas
- () mapeamento da área de abrangência e das micro-área e áreas de risco
- () visitas domiciliares
- () grupos, reuniões, encontros com grupos diferenciados da população e outros setores da comunidade
- () acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos menores de 2 anos
- () incentivo ao aleitamento materno
- () acompanhamento do estado vacinal dos menores de cinco anos
- () orientação sobre o uso de soro oral
- () acompanhamento das gestantes
- () acompanhamento de hipertensos, diabéticos, hansenianos e portadores de tuberculose
- () orientação sobre planejamento familiar
- () orientação sobre DST/AIDS
- () diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação
- () execução de atividades de educação para a saúde individual e coletiva
- () registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde
- () estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia na conquista de qualidade de vida
- () participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor Saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida
- () ouvir as queixas das pessoas e famílias
- () marcar exames, consultas, retornos, grupos educativos, etc para pessoas e famílias assistidas
- () acompanhar outro profissional da equipe para visita ao domicílio
- () acompanhar pessoa das famílias assistidas a consulta especializada, exame complementar, internação, etc
- () levar medicamentos e outros insumos necessários para o tratamento das pessoas e famílias assistidas
- () levar e trazer mensagens da Unidade para o domicílio e vice-versa

☐ realizar nos domicílios as “campanhas” propostas pelo Ministério da Saúde

☐ Outras. Especificar: _____

12. Você é procurado pelas pessoas e famílias do bairro para resolver problemas fora o seu horário de trabalho?

☐ Sim

☐ Não.

13. Qual o motivo mais freqüente de procura fora do horário de trabalho?

14. Indique as três principais dificuldades que você enfrenta para implementar o seu trabalho.

1. _____

2. _____

3. _____

☐ Não vê dificuldades.

15. Indique, duas medidas que, na sua opinião, contribuiriam para melhorar o trabalho do ACS. Por favor, indique apenas duas medidas que você julga mais importantes:

1. _____

2. _____

16. Você visita todas as famílias que estão dentro da sua micro-área de cuidado?

☐ Sim

☐ Não. Por que? _____

17. O fato de você conhecer previamente as pessoas e famílias da sua micro-área ajuda no seu trabalho?

☐ Sim

☐ Não. Por quê? _____

18. Na sua opinião, o trabalho do ACS é:

☐ importante porque ajuda a resolver os problemas da comunidade

☐ importante porque ajuda e facilita a resolução dos problemas de saúde/doença das pessoas

☐ importante, mas precisa de passar por reformulações e ajustes

☐ não sabe e/ou não tem opinião formada.