

# *Agente Comunitário de Saúde:* um novo ator no cenário da saúde do Brasil

I<sup>1</sup> Andréa Sabino Filgueiras, <sup>2</sup> Ana Lúcia Abrahão Silva I

**Resumo:** O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi introduzido no Brasil em 1991 como uma tática para o desenvolvimento de atividades relacionadas à prevenção de doenças e educação em saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde propôs o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reestruturação da atenção à saúde. Essas propostas introduzem, no cenário da saúde, um novo ator, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), desempenhando importante papel na atenção básica, ao agir como um elo entre famílias, usuários e serviço de saúde. O estudo toma como objeto o trabalho desenvolvido pelos ACS em uma unidade do PSF do município de Volta Redonda-RJ. Tem como objetivo discutir os aspectos facilitadores e limitantes das atividades designadas aos ACS. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. A análise de dados se deu por categorias analíticas, que emergiram a partir dos dados encontrados nas entrevistas. Após a apreciação dos dados, pôde-se constatar que os ACS do PSF de Volta Redonda ainda não recebem formação destinada à execução de suas atividades e que consideram a experiência prática como o principal motor para o desempenho delas. O trabalho em equipe é reconhecido como espaço de circulação de saberes científicos e o saber popular como mediador entre a equipe e a população. Os ACS têm como eixo de trabalho a visita domiciliar, focada principalmente na doença.

► **Palavras-chave:** Saúde da Família; auxiliares de saúde comunitária; prática profissional

<sup>1</sup> Enfermeira da Estratégia Saúde da Família – SMS Pirai. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde - Universidade Federal Fluminense. Endereço eletrônico: andrea.filgueiras@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Pesquisadora e Professora da EEAAC/UFF. Endereço eletrônico: abrahaoana@gmail.com

Recebido em: 03/08/2009  
Aprovado em: 22/06/2010

## Introdução

No Brasil, a busca por novas formas de produzir saúde pode ser identificada em diferentes ações políticas, assistenciais e na formação profissional. Tal contexto se pode perceber a partir da proposta de dois programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir de 1991, e Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 1994.

A adoção de tais propostas representa, de modo geral, uma tentativa de reorganização da atenção à saúde do país, marcada pela institucionalização do direito à saúde, como consta no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, no qual a saúde é assim definida:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2004).

Assim, ao garantir a universalidade do acesso, a Constituição Federal intensificou a demanda pelos serviços de saúde, tradicionalmente centrados no eixo hospitalar, buscando criar estratégias para reverter o atual modo de atenção. A partir de então, puderam-se identificar várias experiências, em nível local, que priorizam ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, incorporando, em muitas delas, as contribuições da própria população, por meio de sua cultura, no “saber-fazer” os cuidados com sua própria saúde. Essas experiências influenciaram a concepção dos programas acima citados (BRASIL, 2004).

Em 1991, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como uma estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolve atividades relacionadas à prevenção e educação nessa área, implantadas principalmente em municípios de baixa densidade populacional. No PACS, o enfoque principal é a ampliação da cobertura da atenção básica e a introdução do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como um trabalhador incumbido de desenvolver ações relacionadas ao controle de peso, orientações a grupos específicos de patologias, distribuição de medicamentos, entre outras (CHIESA, FRACOLLI, 2004).

Posteriormente, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia de reestruturação do sistema, constituindo uma unidade

prestadora de serviços e atuando numa lógica de transformação das práticas de saúde na atenção básica (CHIESA; FRACOLLI, 2004).

A Saúde da Família vem sendo implantada em todo o Brasil, nos últimos anos, e tem garantido a ampliação do acesso e da abrangência para uma parcela significativa da população. Passados quinze anos de sua implantação, são mais de 180 milhões de pessoas acompanhadas por mais de 234.000 agentes comunitários de saúde em todo o país. No município de Volta Redonda – RJ, no ano de 2009, existiam 308 ACS (BRASIL, 2009).

Esse novo ator surge no cenário da saúde do Brasil como integrante das equipes de Saúde da Família, compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2007). O ACS, nesse cenário, apresenta-se com um papel de destaque na atenção básica, visto que atua como elo entre a equipe de saúde, famílias e usuários.

## Estratégia reestruturante da Atenção Básica: uma aposta na Saúde da Família

No contexto do SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) emprega no seu processo de trabalho 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 eles a partir de diferentes estratégias, tais como a promoção da saúde (SAMPAIO; LIMA, 2004).

Como adiantam os autores, a ESF vai agir de acordo com a necessidade de cada município e área, a partir de uma análise da situação de saúde da população com a qual se pretende realizar as ações de promoção à saúde e de prevenção e tratamento dos agravos.

A ação dessa estratégia é destinada a cobrir determinadas famílias a partir da identificação da situação-problema de cada uma delas, para garantir uma ação diferenciada e humanizada. E, por ser o ACS responsável pelo cadastramento das famílias e pelo levantamento de seus perfis sócio-econômico e epidemiológico, entende-se que seu papel é de extrema importância para o incremento do PSF, pois ele é o elemento que circula no território, responsável por uma microárea e

por um número determinado de pessoas. Em média, um ACS é designado para o acompanhamento de até 750 pessoas.

O exercício da atividade profissional de Agente Comunitário de Saúde deve observar a Lei nº 10.507/2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde; o Decreto nº 3.189/1999, que fixa as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde; e a Portaria nº 1.886/1997 (do Ministro de Estado da Saúde), que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família.

Segundo Nascimento e Nascimento (2005), o trabalho do ACS se produz pelo fato dele pertencer ao mesmo universo do usuário e, portanto, supostamente compreender esses conflitos. Por essa mesma razão, a superação dessas dificuldades é, em alguns casos, buscada por esse ator a partir de uma perspectiva interior ao universo de sentido das pessoas da comunidade.

Corroborando Nascimento e Nascimento, para o Ministério da Saúde, o agente comunitário é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a da comunidade (BRASIL, 1999). Sem dúvida, esse trabalhador apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social.

O ACS é responsável por um trabalho que toma por base de suas ações a vinculação e o conhecimento dos modos e hábitos da população, com ação prática de adentrar no espaço íntimo da família e de identificar naquele espaço os riscos e as necessidades de saúde. A maior dificuldade desse processo reside no fato da saúde ser, antes de qualquer coisa, uma experiência individual. As formas como as pessoas percebem sua saúde, e os meios como cuidam dela, são tão diversas quanto as diferentes formas de significar e experimentar a vida (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

A produção do cuidado com a saúde, de um modo geral, envolve um conjunto milenar de saberes e práticas desenvolvidas em diferentes contextos e efetuadas por diversos grupos, não sendo, portanto, nessa perspectiva, uma ação exclusiva de uma categoria profissional. Essa produção de cuidado conta, ainda, com várias abordagens diagnóstico-terapêuticas. Além disso, a ação do ACS busca facilitar o processo de cuidar, uma vez que ele pertence à mesma comunidade que o paciente que recebe o cuidado dispensado pelo agente.

Dessa forma, o cuidado em saúde resulta de processos de trabalho individuais e coletivos, institucionalizados ou não. Além disso, envolve relações entre as pessoas, trocas afetivas e de saberes, comunicações e inúmeros atos associados entre si, em que os cuidadores - sejam eles profissionais, semiprofissionais, quase profissionais, 'trabalhadores' ou práticos - passam a produzir modos de agir para interferirem no processo saúde-doença, mantendo e restaurando a vida. Utilizam, para tanto, diferentes tecnologias do cuidado, do campo científico e também empírico.

## Objeto e objetivos de estudo

O objeto do estudo é o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde em uma Unidade de Saúde da Família no município de Volta Redonda-RJ. O objetivo é correlacionar os aspectos facilitadores e limitantes das atividades designadas aos Agentes Comunitários de Saúde e descrever os aspectos principais das atividades desses ACS.

## Referencial metodológico

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, investigativo e observacional que pretende descrever os fatos de determinada realidade, e exige do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja estudar, através do levantamento de características conhecidas ou componentes do problema (LEOPARDI, 2002).

A abordagem adotada por este estudo é a qualitativa, pois

[...] está direcionada à investigação dos significados das relações humanas, onde suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante situações vivenciadas no dia-a-dia (FIGUEIREDO, 2004 p. 106).

Os sujeitos deste estudo foram 12 agentes comunitários de saúde (ACS) que trabalham em uma Unidade de Saúde da Família do município de Volta Redonda - RJ, na qual atuam duas equipes. Os critérios de seleção destes sujeitos foram: trabalhar há mais de 02 anos no programa, estar disponível para a pesquisa e estar ciente do consentimento livre esclarecido.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro, conforme as normas da instituição, sob o número de protocolo: CAAE nº 3997.0.000.258-07. Além disso, os sujeitos assinaram um termo de consentimento de participação do estudo.

Para coleta de dados foi utilizada a entrevista estruturada, técnica em que o investigador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao problema deste (LEOPARDI, 2002). A estrutura segue uma ordem de questões estabelecidas para todos os entrevistados. As entrevistas foram realizadas em março de 2008. Antes do início da coleta dos dados foi realizado um pré-teste em uma unidade do município com as mesmas características da unidade eleita para a investigação, com o intuito de validar o instrumento de coleta de dados.

A análise destes foi feita através de categorias analíticas, formadas a partir de três linhas que nortearam as questões: a primeira, relacionada ao vínculo com a comunidade, a partir do qual foi possível identificar e explorar aspectos que facilitem e/ou dificultem o trabalho dos entrevistados; a segunda buscou relação com a equipe e seu trabalho; e a última, relacionada a capacitação recebida pelos ACS.

A técnica utilizada para análise de dados foi a categorização, que deve ter homogeneidade, sem mistura de critérios de classificação (LEOPARDI, 2002). As categorias encontradas foram: trabalho como ACS; dificuldades e facilidades no trabalho com a comunidade; trabalho em equipe; e formação dos ACS.

## Resultados e discussão dos dados

Para discussão e análise, os dados coletados foram agrupados em categorias estabelecidas a partir das falas dos ACS. Foram encontradas quatro categorias, apresentadas e discutidas a seguir.

### Trabalho como ACS

O trabalho do ACS, para a maioria dos sujeitos entrevistados, é traduzido pela visita domiciliar, que consiste também no principal espaço para o desenvolvimento da ação educativa e preventiva junto à população. As falas abaixo apontam para tal cenário.

[...] as visitas devem dar prioridade a gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças menores de dois anos (ator 5).

[...] a gente faz acompanhamento das pessoas que são hipertensas, diabéticas, a gente olha se eles tão recebendo visitas, se a consulta tá em dia, se eles tão recebendo visitas, se tão indo ao médico, se tão tomando remédio vencido, se tão tomando remédio no horário certo [...] (ator 2).

[...] as prioridades, a gente não pode deixar passar, as visitas têm que ser no todo, mas as prioridades a gente não pode deixar passar (ator 4).

Percebe-se então que a visita domiciliar (VD) é vista pelos ACS como sua principal forma de trabalho. A VD é uma importante estratégia de trabalho na ESF, e segundo Takahashi e Oliveira (2001), constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade. A sua execução ocorre no local de moradia dos usuários dos serviços de saúde e obedece a uma sistematização prévia. Ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação “in loco” das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos de que a família dispõe. Pode ainda contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, uma vez que a VD é interpretada, frequentemente, como uma atenção diferenciada advinda do Serviço de Saúde.

Reis et al. (2007) complementam que, para o profissional de saúde, trabalhar no domicílio, muitas vezes, representa uma nova forma de atuação: perde-se a proteção das paredes do consultório, obrigando-o a entrar em contato com as singularidades da família, suas angústias e subjetividade, ao mesmo tempo em que permite maior compreensão dos processos de saúde e doença e suas formas de cuidado. Além disso, a ação implementada durante a visita destaca um foco de vigilância quando o ACS busca na sua atividade diária a verificação das atividades indicadas pela equipe: “se tão indo ao médico, se tão tomando remédio vencido, se tão tomando remédio no horário certo” (ator 2): um traço da prática das visitas higiênicas do início do século XX com Oswaldo Cruz (COSTA, 1986).

Uma segunda forma dos ACS identificarem seu trabalho é através da prevenção de doenças e educação em saúde, o que é evidenciado pelas seguintes falas:

[...] a principal atividade do ACS é fazer prevenção para as famílias (ator 3).

[...] nosso trabalho como ACS, a finalidade é estar dentro da casa da família, dando informação sobre o PSF, informar sobre saúde, fazer uma prevenção para as famílias (ator 10).

Assim, esses agentes unem a visita domiciliar com a prática da prevenção de doenças e educação em saúde. A educação na saúde com esse propósito também é parte do trabalho do ACS e do Programa de Saúde da Família como um todo.

Percebe-se também com clareza que o foco enunciado do fazer do ACS se estabelece na família. Merhy e Franco (1999) afirmam que, no Programa de

Saúde da Família, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. Essa perspectiva faz com que as famílias passem a ser objeto precípua da atenção, entendida a partir do ambiente onde vivem. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares, e também onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida.

Outro aspecto que foi abordado como parte do trabalho do ACS foi a característica de elo deste entre o PSF e a família, e que pode ser percebida nas seguintes falas:

A função do ACS é integrar a comunidade ao médico (ator 1).

O ACS é um vínculo fundamental dentro da comunidade, entre PSF e família, é o elo fundamental [...] (ator 6).

O elo encontrado nas falas acima destaca a importância do papel desempenhado pelos ACS no contexto da saúde da família, uma vez que a ligação entre usuário e equipe é fundamental para a efetivação da Estratégia de Saúde da Família, afinal, é a partir do que os ACS veem e ouvem dos usuários que as ações de saúde serão organizadas pela equipe. Eles atuam como mediadores sociais, o que por um lado revela o ACS como aquele que traduz para a equipe as necessidades da população, e de outro seria a condição para garantia de vinculação e identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade em relação às ações ofertadas pelo serviço.

### **Dificuldades e facilidades no trabalho com a comunidade**

Em relação aos aspectos que dificultam o trabalho na comunidade, a maioria dos atores descreve que o que mais os inibe é a cobrança dos usuários conhecidos, o que pode ser percebido nas falas de alguns dos entrevistados, como:

[...] atrapalha por causa da cobrança, porque as pessoas acham que a gente tem que resolver tudo e, na verdade, nosso trabalho é tentar resolver e não resolver (ator 5).

[...] tem gente que acha que a gente tem a obrigação de ficar fazendo favor pra ele, resolver o problema dele, se a gente não consegue resolver, aí dizem que a gente só porque entrou no posto já mudou tá metida a besta (ator 3).

Foi possível perceber, durante a realização das entrevistas, que este é o principal problema enfrentado no dia a dia desses trabalhadores, uma vez que a comunidade/bairro é antiga e todos os entrevistados moram ali há bastante

tempo. Assim, o vínculo e o círculo de amizades são extensos, sendo ao mesmo tempo um elemento que facilita e dificulta o trabalho.

Outros colocam a dificuldade de entrar na intimidade das pessoas como um dos maiores problemas, ao dizerem que:

[...] a parte ruim é que tem agentes que num tem muito conhecimento do bairro, aí tem que ficar explicando que é agente, qual a função do agente, tem gente que não aceita, às vezes porque tem plano de saúde (ator 12).

[...] tem pessoas que te recebem bem, tem pessoas que não, tem pessoas que confundem o seu trabalho, acham que você ta se metendo (ator 1).

Uma das entrevistadas narrou que, uma vez, estava na porta da casa de um usuário, mas este, como não queria que ela entrasse em sua casa, gritava dizendo que não havia ninguém em casa. Para que ela conseguisse fazer seu trabalho e realizar a visita, foi necessária a ajuda de outro agente que já estava trabalhando há mais tempo e tinha mais experiência.

Ao serem perguntados sobre os pontos positivos de se trabalhar na própria comunidade, a maioria leva em consideração o fato de conhecer as pessoas com as quais trabalham, por serem também moradores do bairro. Isso pode ser visto através das seguintes falas:

Ajuda porque a minha micro-área é a rua que eu nasci, todo mundo me conhece, todo mundo me viu crescer (ator 3).

[...] mas é bom porque a gente já conhece o bairro inteiro, facilita, se for de fora, vai ter dificuldade pra detalhar a área, a vantagem é que você conhece bastante gente (ator 4).

É possível perceber, então, que, ao mesmo tempo em que conhecer as pessoas é visto como um aspecto positivo, isso é também visto como um aspecto negativo pela maioria dos entrevistados. Estar na comunidade facilita o entendimento de sua rotina e de sua dinâmica. Conhecer a realidade de cada família, sua situação financeira, social e cultural facilita a implementação de um cuidado eficaz destinado à saúde da comunidade.

A relação de igualdade que o agente comunitário estabelece com a comunidade, através da proximidade física, intelectual e social com as famílias e os indivíduos, repercute em seu trabalho a partir da criação de vínculos, da compreensão do ser e do entendimento da complexidade do meio onde vivem essas pessoas. Nessa aproximação e envolvimento do ACS com as famílias, há transposição dos problemas e das misérias humanas. Eles se envolvem, se veem naquela ocorrência e acabam sofrendo com isso (LUNARDELO, 2004).

Jardim e Lancman (2009) complementam que o trabalho do agente traz diversas novidades à atenção primária em saúde e aos próprios trabalhadores, destacando-se o fato da obrigatoriedade de morarem e trabalharem na mesma comunidade. Essa dupla inserção na comunidade os leva a terem duplo papel: o de ser simultaneamente agente e sujeito. Tal relação cria uma porosidade entre o trabalhar e o viver na comunidade, ou seja, o agente não possui o distanciamento entre o ato de trabalhar e de morar, visto que ambos acontecem nos mesmos espaços físicos e na relação com a mesma comunidade.

Ao residir na mesma comunidade na qual trabalha, o agente estabelece relações diversas: relações profissionais e pessoais, relações de agente de saúde e de vizinho, relações de quem orienta quanto aos cuidados com a saúde, e de quem frequenta os mesmos espaços sociais que os usuários.

Como pôde ser visto nas falas dos ACS, trabalhar em um lugar onde se conhecem muitas pessoas pode também ser ruim, devido à cobrança ser maior e haver encontros mais frequentes, pois muitas vezes os usuários são vizinhos dos ACS, o que sugere a diversificação das relações estabelecidas por eles.

### **Trabalho em equipe**

A proposta do PSF é a construção de ações de saúde em equipe em uma perspectiva interdisciplinar. Inserido nesse grupo está o ACS, com seu saber tácito sobre a dinâmica da população. Para a maioria dos entrevistados, o trabalho em equipe é considerado uma boa atividade. De modo geral, identificam apenas os aspectos positivos de se trabalhar em equipe ao dizerem que:

[...] eu acho bom, adoro trabalhar com enfermeiro, médico e técnico de enfermagem, porque pega conhecimento, a gente faz aquilo que gosta (ator 1).

A gente pode não saber o procedimento, mas a gente pode ajudar, a gente traz as informações sobre o paciente (ator 3).

É legal, tipo assim, tem respeito, a gente aprende muita coisa, incentiva também a gente a tentar estudar, mas eu acho que a gente tinha que ter mais treinamento, pra a gente poder ajudar o técnico, o enfermeiro (ator 5).

Outros entrevistados consideraram os aspectos do trabalho em equipe propriamente dito, ao dizerem que:

[...] o nosso trabalho é de equipe, tem que tá interagindo um com outro, cada um tem uma área, mas como é uma equipe tem que saber da área do outro. Dentro da unidade a gente vai poder passar pro enfermeiro pro médico quais são as maiores necessidades das famílias (ator 2).

[...] a integração é boa, uma vez na semana a gente ajuda os médicos, a gente sabe qual o problema do paciente, antes de entrar no médico, a gente fala pra doutora o que o paciente tem, como é a casa dele, quantos filhos tem (ator 4).

Dentre os princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), a integralidade, definida como abordagem do indivíduo e/ou da comunidade em uma visão totalizadora, requer preocupações com os aspectos sociais, culturais e econômicos da população adscrita. Assim sendo, cabe à equipe de saúde da família enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos de saúde, os problemas coletivos e socioculturais dos indivíduos e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária. Para isso, outras categorias profissionais, além do médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, que tradicionalmente trabalharam em centros de saúde, tornam-se necessárias (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIAN, 2004).

Peduzzi (2001) complementa a ideia dizendo que o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura numa relação de reciprocidade entre as intervenções técnicas e a interação de seus agentes.

Desenvolver um bom trabalho em equipe multiprofissional tem sido uma das maiores dificuldades da ESF. Um dos motivos é a ausência de habilidades para estabelecer relações construtivas entre os membros da equipe, já que essas habilidades não são desenvolvidas pelos cursos de graduação da maioria das categorias que trabalham hoje na ESF. A criação de cursos de pós-graduação multiprofissionais, com predomínio de atividades em serviço, vem sendo defendida como uma das iniciativas para resolver esse problema (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIAN, 2004).

No caso da unidade de saúde da família utilizada para a pesquisa, pode-se identificar pelas entrevistas que o trabalho em equipe é visto como um ponto fundamental para que haja sucesso da ESF. E, através das falas dos ACS, pode-se concluir que é sempre muito bom o trabalho com a equipe: há uma interação positiva entre todos os membros.

A fala dos ACS aponta a integração como sendo a oportunidade de aprender “coisas”, conhecimento. A troca de conhecimento e de informação está presente quando o ACS está em contato com a equipe, com outros ACS e com a família.

Segundo Lancetti (2008), a regra fundamental do funcionamento das equipes é fazer circular o saber – tanto o técnico e o científico, como cultural e o popular.

A ação dos agentes de saúde, quando operada em singular parceria com os outros membros da organização sanitária, torna essa relação uma arma fundamental em virtude de sua condição paradoxal, pois são, ao mesmo tempo, membros da comunidade e integrantes da organização sanitária. E nesse funcionamento se confirma sua potencialidade.

### Formação dos ACS

Com o objetivo de identificar, na capacitação recebida pelos ACS, o desenvolvimento de competências e habilidades no incremento de suas atribuições, os entrevistados foram estimulados a falar sobre o treinamento em serviço. A maior parte deles afirma não ter recebido treinamento, e o importante é a informação que adquirem no dia a dia, como em:

Eu entrei aqui e não tive treinamento, a minha sorte é que eu fiz o técnico de enfermagem, eu vim aprender aqui dentro e aqui um agente ajuda o outro (ator 3).

[...] a gente tem muita informação que passam pra gente, a gente vê o remédio se a pessoa tá tomando direitinho, a gente fica de olho também na dengue que ta aí, fica de olho se tem água parada, orienta (ator 9).

Três dos entrevistados disseram que houve cursos, mas não deixaram de lado a importância da experiência prática do cotidiano:

A gente teve curso, alguns tiveram mais, eu tive de amamentação, anemia falciforme que foi importante, e também no dia a dia a gente vai aprendendo, vai vendo (ator 1).

[...] a gente teve 15 dias de introdutório, mas o que vale mesmo é a experiência. Mas fora isso, a experiência, eu não sinto dificuldade em ta falando sobre saúde com a população (ator 6).

[...] tivemos cursos e mais cursos, na prefeitura, na Secretaria de Saúde, na faculdade, no estádio Raulino de Oliveira. Da anemia falciforme, da amamentação... E isso também ajuda muito. Tem que saber o certo pra poder passar pra população (ator 10).

Percebe-se então que os ACS ainda não recebem uma formação específica, e nem obrigatória, visto que, de acordo com as entrevistas, alguns participaram de cursos, enquanto outros não receberam nenhum tipo de formação voltada para esse trabalho.

Através das falas dos ACS, pode-se entender que o que eles mais consideram importante para a realização do trabalho é a experiência adquirida com o tempo. Apenas dois atores (1 e 10) consideraram o curso importante para o desempenho de suas atividades.

É possível observar também que a oferta de cursos é irregular: parte dos ACS participam e parte não. Por outro lado, a experiência concreta no processo de trabalho e nas discussões com as equipes é valorizada como um espaço de aprendizado.

Existem, hoje, algumas propostas para elaboração de cursos técnicos para ACS, como o Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, elaborado em 2004 pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), a lei de criação da profissão de ACS trouxe a necessidade de um processo formal de profissionalização desses trabalhadores. Para definir essa formação, durante o ano de 2003, o Ministério da Saúde reuniu os ACS, gestores estaduais e municipais do SUS, além de trabalhadores do setor da saúde, e elaborou uma proposta para o perfil de competências profissionais dos ACS, levando em consideração os seguintes aspectos: a estrutura legal de formação estabelecida no país, a política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, a especificidade do trabalho dos ACS e a diversidade de escolarização desses profissionais.

O Ministério da Saúde propôs que a formação do ACS acontecesse por itinerários formativos, ou seja, uma formação oferecida em etapas subsequentes e com presença nos serviços. Dessa forma, o reconhecimento de cada etapa assegura que os ACS tenham possibilitada a progressão dos estudos, conforme suas escolaridades. Assim, além de começar a formação inicial, o ACS poderá complementar sua escolaridade, sendo ainda possível dar continuidade aos estudos de formação profissional, podendo chegar à profissionalização (BRASIL, 2006).

## Considerações finais

Os resultados demonstram que, na percepção dos ACS, o objeto do seu trabalho é a comunidade e seus problemas de saúde, dentro dais quais, devido a sua complexidade, é requerido trabalho coletivo, tendo como eixo a Visita Domiciliar. É nelas que se realizam as ações de promoção à saúde, mas pôde-se perceber que o foco da VD está na doença, o que dificulta a realização de estratégias que favoreçam a promoção à saúde em seu conceito mais amplo, o de completo bem estar físico, social e mental, e não somente a ausência de doenças.

Esses novos atores fazem parte do contexto da saúde, desempenhando um papel de extrema importância para o andamento do PSF. Contudo, apesar de já existirem propostas para elaboração de cursos específicos para

sua profissionalização, através do estudo foi possível perceber que os Agentes Comunitários de Saúde do PSF de Volta Redonda ainda não recebem uma formação destinada ao desempenho de suas atividades.

Por meio de discussão sobre a formação recebida pelos ACS e de análise das entrevistas, não há gênese específica e padronizada para que eles iniciem o trabalho, uma vez que alguns participaram de cursos enquanto outros não receberam nenhum tipo de instrução. Percebe-se, ainda, que mesmo os ACS que participaram de cursos consideram mais importante a experiência adquirida no dia a dia para o desempenho de suas atividades.

Também foi possível compreender que o tempo de trabalho contribui para facilitar a criação de um elo maior entre os ACS e as famílias. E isso, observado na fala dos entrevistados, é visto como o principal elemento para a realização das visitas domiciliares, considerada por eles como a principal atividade que desenvolvem.

Além disso, a partir dos resultados, podemos concluir que trabalhar e morar na comunidade é uma condição contraditória geradora de desconforto para as atividades do ACS, ao mesmo tempo em que possibilita a construção de vínculo e o exercício das funções postas para esse ator no interior da equipe de Saúde da Família.

## Referências

BRASIL. Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[www.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057](http://www.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057)>. Acesso em: 04 maio 2009.

BRASIL. Decreto nº. 3.189, de 10 de abril de 1999. Fixa diretrizes para o Exercício da Atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Disponível em: <[legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao)>. Acesso em: 04 maio 2009.

BRASIL. Portaria nº. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Disponível em: < [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf)> Acesso em: 04 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Agentes Comunitários de Saúde: valorização compatível com sua responsabilidade social*. *Rev de Saúde da Família*, Brasília, ano VII, n. 10. Abr-jun 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família, 2009*. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza\\_cadastro\\_ret.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php). Acesso em: 03 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A. O trabalho dos Agentes Comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. *Revista de Saúde da Família*, Brasília, ano V, n.7, ed. esp., jan. 2003 a abr. 2004.

COSTA, N.R. *Lutas urbanas e controle sanitário: origem das políticas públicas no Brasil*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIAN, E.R.J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FIGUEIREDO, N.M.A. *Método e metodologia na pesquisa científica*. São Paulo: Difusão, 2004.

FRANCO, T.; MERHY, E. *PSF: contradições e novos desafios*. Belo Horizonte / Campinas: março de 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsFTito.htm>. Acesso em: 03 nov 2007.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. *Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde*. *Interface*. Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2008. 127p.

LEOPARDI, M.T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2 ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina: 2002.

LUNARDELO, S.R. *O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto*. 2004. 154p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A. A prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr-jun 2005.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, p. 103-109, 2001.

PIRES, D. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004.

REIS, M.A.S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafio para mudanças de práticas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 11, n. 23, p. 655-66, 2007.

SAMPAIO, L.F.R.; LIMA, P.G.A. Apoio ao Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde da Família*, Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/>. Acesso em: 15 maio 2007.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. *Manual de Enfermagem, Programa Saúde da Família*. A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família. 1ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 11, n. 22, maio-ago. 2007.

## *Abstract*

### *Community Health Agent: a new actor in the Brazilian health scenario*

The Community Health Agents Program (PACS) was created in 1991 as a strategy to implement the SUS, developing activities related to prevention and health education. In 1994, the Health Ministry proposed the Family Health Program (PSF) as a strategy for restructuring the dominant care model. With the emergence of these two programs, there is the emergence of a new actor in the health scenario, the Community Health Agent (ACS). This actor plays an important role in basic care, acting as a link between families, users and health service. This study takes as subject the work of ACS in a Family Health Unit in the city of Volta Redonda, Rio de Janeiro state. It aims to discuss the facilitators and limiting aspects of the activities assigned to the ACS. This is a search-type descriptive work, with qualitative approach. Data analysis was made by analytical categories that emerged from data from the interviews. After data analysis, we found that the ACS from Volta Redonda's PSF do not receive training to develop their activities and that they consider the experience the main engine to perform activities. Teamwork is recognized as a space for scientific knowledge circulation, and popular knowledge as a mediator between team and population. The work ACS is centered on home visit, mainly focused on disease.

► **Key words:** Family Health; auxiliary to community health; professional practice.