

Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?

Community Health Agent:
status adapted with Family Health Program reality?

Karina Tonini dos Santos¹
Nemre Adas Saliba¹
Suzely Adas Saliba Moimaz¹
Renato Moreira Arcieri¹
Maria de Lourdes Carvalho¹

Abstract *This study analysis the status and work reality of Community Health Agents, with the purpose of contributing to the improvement of the Brazilian Health System (SUS) in small cities. It was discussed aspects related to their participation in the team of the Family Health Program (PSF) and their interaction with the community. It was observed a lack of motivation and experience, which compromises the quality of Agents performance in the community. It is known that these findings are reflex and consequence of an established context. It is necessary the team rethink their practice, specially the managers, having always as fundament the principles that guide the SUS and PSF.*

Key words *Community health agents, Health services, Family Health Program*

Resumo *O presente artigo analisa o perfil e a realidade de trabalho dos agentes comunitários de saúde, visando contribuir para a otimização do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em municípios de pequeno porte. Foram discutidos aspectos relacionados a sua inserção na equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) e a sua interação com a comunidade adscrita. Observou-se, entre outros, que há falta de motivação e experiência por parte dos agentes, o que compromete a qualidade da atuação na comunidade. Sabe-se que tais fatos encontrados são reflexos e consequências de todo um contexto estabelecido. Torna-se necessário um profundo repensar de prática por parte da equipe e, especialmente, dos gestores, tendo como base os princípios que regem o SUS e o PSF.*

Palavras-chave *Agente comunitário de saúde, Serviços de saúde, Programa Saúde da Família*

¹Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista. Rua José Bonifácio 1.193, Vila Mendonça. 16015-050 Araçatuba SP. kktonini@yahoo.com.br

Introdução

A estratégia da Saúde da Família foi apresentada como uma proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo como alicerce os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso proporcionou uma postura dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, rompendo o seu caráter passivo. Deste modo, os serviços passaram a buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervir sobre fatores de risco aos quais a população está exposta, promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular o controle social.

Entretanto, cabe ressaltar que é de extrema importância o envolvimento governamental em áreas prioritárias como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, para a efetivação desse processo assistencial, possibilitando a adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes¹.

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve início com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde, em 1991, e foi a partir daí que começou a se focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais somente o indivíduo. A atenção passou a ser centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes que trabalham junto a estes sujeitos uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que transcendem as práticas curativas².

O programa conta com uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, a partir de 2000, cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário, proporcionando um grande avanço para a saúde da população, a qual cria vínculos de corresponsabilidade com os profissionais do setor, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade³.

Dentro da equipe, o agente comunitário de saúde (ACS) tem se revelado o ator mais intrigante e, muitas vezes, é considerado o protagonista no que se refere à relação de trocas de experiências estabelecidas, especialmente entre os saberes populares de saúde e os conhecimentos médico-científicos⁴. O ACS, principal elo entre a ESF e a comunidade⁵, permite o fortalecimento do vínculo com a família, proporcionando a

aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar, aumentando, com isso, a capacidade da população de enfrentar os problemas.

Tendo em vista a relevância do papel que os ACS assumem na equipe, constitui-se objeto desse estudo conhecer o perfil e a realidade de trabalho desses profissionais, no sentido de contribuir para a consolidação do SUS.

Metodologia

A pesquisa, caracterizada como um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos desta e àqueles que consentiram na participação tiveram suas identidades resguardadas em cumprimento aos preceitos éticos contidos na Resolução nº 196/96 do CNS/MS⁶. Para validar o instrumento utilizado e calibrar os pesquisadores, foi realizado um estudo piloto.

O estudo foi realizado com a totalidade de agentes comunitários de saúde (ACS) (n=38) que atuam em sete Equipes de Saúde da Família em quatro municípios de pequeno porte do Noroeste Paulista.

Inicialmente, foram realizadas visitas iniciais aos municípios e articulação com os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e com os próprios agentes comunitários de saúde.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, seguindo um roteiro semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas, especialmente elaborado para pesquisa. O local das entrevistas com os profissionais foi um espaço reservado, no ambiente de trabalho deles, visando à privacidade, ética profissional e direito à cidadania de cada participante. As questões propostas abordaram características sociodemográficas e socioeconômicas, a forma de seleção dos agentes, atividades desenvolvidas por eles, grau de satisfação em atuar no PSF, frequência de visitas às famílias, relação interprofissional, pontos positivos e negativos do PSF, participação em capacitação introdutória e orientações em saúde bucal. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Nas questões abertas, procurou-se recolher o maior número possível de percepções, captando a visão própria do indivíduo, sem induzir a resposta. Optou-se por anotar a fala dos profis-

sionais durante a entrevista, visto que é importante que o entrevistado sinta confiança e estabeleça uma relação de empatia com o entrevistador. Após anotado o que foi dito, perguntou-se ao entrevistado se o que estava escrito retratava o que ele realmente queria expressar.

A pesquisa qualitativa seguiu os princípios propostos por Minayo⁷, que visam o agrupamento de circunstâncias que dão sentido ao fato e não uma situação isolada, oferecendo liberdade para resgatar o importante na novidade dos temas, mesmo se a frequência for pequena.

No processamento dos dados quantitativos e análise estatística, foi empregado o *software* de domínio público Epi Info 6.04.

Resultados e discussão

Universidade x comunidade

Percebe-se que se torna cada vez mais necessário e oportuno promover e fortalecer os canais de integração e parceria entre as instituições de ensino superior e os municípios, no sentido de contribuir para a consolidação do SUS. Uma importante função da universidade é a de identificar corretamente os problemas de saúde de cada município ou região e, de alguma forma, buscar solucioná-los, ou seja, o ensino e a pesquisa devem ser direcionados para ações de impacto social que possibilitem melhores condições de vida para a população.

Os dados que serão apresentados nesse texto foram produzidos no interior do estudo “Desenvolvimento de metodologia para a otimização do modelo de assistência à saúde em municípios de pequeno porte no Estado de São Paulo”, realizado por docentes, pós-graduandos e acadêmicos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, cujo intuito foi obter um diagnóstico geral do sistema de saúde dos municípios citados acima, em busca dos nós críticos e, conseqüentemente, da melhoria das ações de saúde. Para tanto, foram realizadas entrevistas com elementos-chave (gestores, conselheiros municipais, profissionais da equipe de saúde, usuários, etc.), além de análise dos Planos Municipais de Saúde e da rotina das Unidades Básicas de Saúde.

Cabe ressaltar, ainda, que os dados de investigações devem ser publicados e estar disponíveis, bem como serem considerados na formulação de políticas públicas em saúde, considerações fortemente discutidas no 11º Congresso Mundial de Saúde Coletiva⁸.

Perfil dos ACS (dados sociodemográficos e socioeconômicos)

Desde o início da década de noventa, quando o Ministério da Saúde incorporou os agentes comunitários de saúde ao Sistema Único de Saúde, ficou definido, pelo próprio ministério e pelas secretarias municipais de saúde, que estes trabalhadores, independentemente do nível de escolaridade, deveriam cumprir requisitos formais de residir há pelo menos dois anos na comunidade onde atuaria; ter idade mínima de dezoito anos; saber ler, escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades⁹.

A Portaria nº 648¹⁰ de 28 de março de 2006 traz a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa dos Agentes Comunitários. Essa portaria deve ser respeitada para que o bom funcionamento dos programas se efetive e que eventuais falhas possam ser sanadas, imperando a interação entre os poderes que se colocam como responsáveis em organizar a saúde da população.

No presente estudo, a maioria dos profissionais é do gênero feminino; 34,2% apresentaram idade entre 18 e 29 anos, 39,5%, entre 30 a 39 anos, 18,4%, entre 40 a 49 anos e 7,9% com cinquenta anos ou mais.

Constatou-se que 5,3% dos agentes possuem o ensino fundamental incompleto; 65,8%, o ensino médio completo; 7,9%, ensino médio incompleto e 21,1%, o ensino superior incompleto. A identificação de 65,8% dos agentes possuírem ensino médio é uma informação surpreendente e o que provavelmente define essa situação é a pequena oferta de empregos e os pequenos salários pagos na região. Os percentuais de escolaridade encontrados no presente estudo foram importantes para o processo de qualificação profissional que teve início em agosto de 2006.

Apesar da grande importância que o ACS assume dentro da equipe, incluindo o aumento significativo de trabalho e responsabilidade, é discrepante a diferença salarial entre os membros da mesma. A renda média dos ACS foi de R\$ 305,60, enquanto os salários dos médicos variavam entre R\$4.000,00 a 8.000,00. Esse fator foi considerado um dos principais pontos negativos da profissão, portanto de insatisfação revelados por elas: “*Acho que deveria ter um incentivo a mais no salário*” ou ainda “*O único problema é o salário baixo*”.

Mesmo assim, observou-se claramente a importância que os agentes atribuem ao trabalho

que realizam: “*Porque a gente é a primeira relação entre o paciente e o médico*”; “*Os problemas de minha área são resolvidos por mim (ACS) e pela enfermeira*”; “*Consigno tudo que precisa para a minha população adscrita*”. Por outro lado, o sentimento de desvalorização de sua profissão fica evidente em suas falas: “*O salário é pouco pelo o que a gente faz*”; “*Não valorizam o trabalho da ACS*”; “*Falta de confiança nos agentes por parte dos gestores*”; “*Forma de tratamento pessoal que magoa*”.

Realidade de trabalho dos ACS

A maioria dos agentes (65,8%) relatou que atua na área onde reside, fato essencial para que sejam estabelecidos o sentimento de confiança e cumplicidade entre eles e a comunidade. Outro ponto a se considerar, quanto à importância de se trabalhar onde reside, é o fato de compartilhar os mesmos problemas, a mesma cultura, enfim, a mesma realidade. Deste modo, o papel de “tradutor”⁴ que os ACS assumem é muito mais verídico, pois eles participam do mesmo contexto físico e social.

Dos agentes entrevistados, 47,4% estão a menos de um ano no PSF, caracterizando a alta rotatividade destes profissionais. Esse fato é considerado desfavorável para a comunidade, pois a questão do vínculo fica comprometida e os laços de confiança que deveriam ser estabelecidos acabam ficando estremecidos.

Alguns ACS parecem não compreender as funções que lhes são atribuídas, até porque, muitas vezes, o que os leva a buscar o emprego são outros fatores como, por exemplo, a falta de trabalho e não propriamente a função que exercem. Citações como “*Ter obrigação de realizar as visitas*” e “*Muitas famílias para poucas ACS*” deixam claro essa percepção por parte dos mesmos.

A expansão da cobertura possibilitada pelo Programa de Saúde da Família vem garantindo a incorporação de um contingente expressivo de trabalhadores. Assim, verifica-se a ocorrência de diversas modalidades de contratação com vínculos que se distribuem desde os mais formais e protegidos pela legislação vigente, até os chamados contratos “informais”.

Com o passar do tempo, a classe de ACS foi ganhando espaço no cenário do PSF e, com isso, foram se ampliando as suas aspirações de reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas.

Entretanto, mesmo com a regulamentação da profissão ocorrida em 2002 (Lei nº 10.501)¹¹, verificou-se nesse estudo a existência de contra-

tos de caráter precário, muitos sem garantias trabalhistas. Isso demonstra que os gestores municipais de saúde ainda não concebem o agente de saúde como sendo uma categoria permanente e essencial para o desenvolvimento do PSF.

Esse fato vem ao encontro de outros estudos, como os realizados em municípios do Rio Grande do Norte e da região metropolitana do Recife, onde as formas de vinculação de trabalho realizadas entre as Secretarias de Saúde pesquisadas e os ACS são contratos temporários^{12,13}. Sabe-se que, na maioria das vezes, estas formas de contratação contribuem marcadamente para a instabilidade dos ACS nos municípios, refletindo-se no conjunto de ações desenvolvidas por eles¹⁴.

As características da atuação dos agentes comunitários de saúde exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e relacionamento com a comunidade¹⁵. A forma de vinculação do agente na secretaria de saúde influencia e interfere no processo de trabalho, trazendo as seguintes consequências¹⁰: descompromisso, desmotivação e insegurança, fazendo com que os agentes não se sintam comprometidos ao município e, por consequência, diminuam a produção no serviço.

De acordo com o Ministério da Saúde², o ACS é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente cento e cinquenta famílias que vivem em seu território de atuação, sendo imperativa sua total identificação com o mesmo. Os ACS entrevistados revelaram que são responsáveis, em média, por 97 famílias, e 78,9% conhecem as famílias de sua área de abrangência. A maioria (68,4%) realiza visitas semanais e os três temas mais abordados por eles durante as visitas domiciliares foram saúde geral, alimentação e assuntos familiares.

Por outro lado, percebeu-se que muitas ações realizadas pelos agentes são ainda muito centradas no enfoque curativo, com orientações e entrega de medicação, envio de exames, marcação de consultas: “*porque antigamente não tinha essa facilidade de marcar consulta, pegar remédios*”.

Todavia, por meio de suas narrativas, foi constatado que alguns profissionais de saúde mostram-se satisfeitos, ou melhor, realizados em prestar um serviço de caráter coletivo e o significado “cuidar” é muito forte entre eles. A questão do vínculo com o paciente, de um relacionamento de confiança mútua, fica evidente: “*Porque é um serviço onde todos se reúnem para atender a todos*”; “*Porque o paciente ganha confiança na gente*”; “*Troca de afeto com pacientes, eles tem carinho e*

respeito pela ACS; “**A auto estima fica elevada ao trabalhar com as pessoas**”; “**Quando os problemas encaminhados são resolvidos, me sinto realizada**”; “**A maneira de conversar e poder ajudar as pessoas a melhorar hábitos de vida, como ACS posso ajudar as pessoas**”; “**Quando as pessoas te ouvem, vale a pena**”; “**Recebo carinho, principalmente dos idosos e doentes**”; “**Ser útil ao ser humano**”.

Segundo Carvalho e Santos¹⁶, por mais bem estruturado que venha ser o Sistema Único de Saúde, por mais abrangente e pormenorizada que venha a ser a legislação ordenadora do SUS, por mais recursos financeiros e materiais de que dispõe o sistema e por mais avançados que sejam os enunciados da política de saúde e os objetivos fixados na Lei Orgânica de Saúde, o SUS não funcionará a contento e os ideais nele traduzidos estarão fadados ao fracasso se não dispuser de recursos humanos qualificados e, obviamente, valorizados sempre.

Constatou-se que 52,6% dos ACS não participaram de uma capacitação introdutória e que 89,5% não trabalhavam em serviços de saúde antes de entrar no PSF; mesmo assim, 78,9% sentem-se seguros em atuar na função que exercem.

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada com as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio-ambiente, transporte, lazer, liberdade, posse de terra, acesso aos serviços de saúde e à informação³. Para existir realmente a integralidade das ações, a saúde bucal deve ser considerada; entretanto, 60,5% dos entrevistados não receberam informações sobre saúde bucal.

Levy *et al.*¹⁴ constataram em sua pesquisa que não houve uma capacitação para as ACS para o desenvolvimento de atividades visando promover a saúde bucal e as orientações restringem-se às gestantes e aos bebês, não havendo uma programação definida para a comunidade.

As práticas no PSF devem ser desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar na medida em que participa e integra conhecimentos específicos de diversas áreas, com o objetivo comum de promover e manter a saúde da população.

Em um estudo realizado por Menegolla, Polleto e Krahl¹⁷, em 2003, as ACS relataram que a colaboração dos companheiros de equipe é imprescindível para o bom andamento das orientações e cuidados prestados à população, embora alguns observaram que é muito insipiente o envolvimento desta equipe em relação aos problemas da comunidade.

Nesta pesquisa, também foi referida a falta de trabalho em equipe, sendo esta citada como causa de insatisfação: “**Falta reunião para integração e conhecimento entre a equipe do PSF**”; “**A equipe precisa trabalhar junto**”; “**Falta ajuda dos médicos, enfermeiros e dentistas**”. Este fato corrobora, ainda, com o estudo de Pedrosa e Teles¹⁸, que verificaram dificuldades de integração de médicos e enfermeiros do PSF com agentes de saúde e ainda ressaltaram que, para os médicos, um dos problemas era a indefinição do papel do agente na relação médico/paciente/serviço, isto é, se deveria opinar/atuar diretamente nas intervenções diagnósticas e terapêuticas ou participar no levantamento de dados e facilitar o acesso ao serviço pela população.

Considerações finais

Assim, ainda que alguns pré-requisitos importantes para a atuação dos agentes no PSF se enquadrem dentro dos padrões exigidos, percebeu-se que características como a falta de experiência, de integração com o restante da equipe e de motivação dos agentes comunitários pode comprometer a qualidade de suas ações na comunidade. Sabe-se que tais fatos encontrados são reflexos e consequências de todo um contexto estabelecido. Torna-se necessário um profundo repensar de prática por parte da equipe e, especialmente, dos gestores, tendo como base os princípios que regem o SUS e o PSF, para que o papel dos ACS seja realmente entendido e, sobretudo, para que possam ser mais valorizados enquanto profissionais da área da saúde. Afinal, são eles que mantêm o contato estreito com os usuários dos sistemas.

Colaboradores

NA Saliba, SAS Moimaz e RM Arcieri delinearão o estudo, orientaram a elaboração e aplicação dos questionários, bem como a análise dos dados e redação do artigo. ML Carvalho e KT Santos elaboraram e aplicaram os questionários, tabularam os dados e redigiram o artigo.

Agradecimentos

Aos agentes comunitários de saúde por permitirem que fossem realizadas as entrevistas. A Fapesp (Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) pelo suporte financeiro ao estudo.

Referências

- Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1026-1035.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica - Programa da Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- Brasil. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 28 dez.
- Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1639-1646.
- Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saude Publica* 2006; 40(4):727-733.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
- Abrasco. *Declaração do Rio* [carta]. [site da Internet] [acessado 2007 abr 18]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=47
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. *Dez anos de saúde da família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.
- Brasil. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 10 jul.
- Castro LJ, Vilar ALR, Fernandes PV. *Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS*. [site da Internet] 2004 [acessado 2006 set 25]. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Texto%20ASC%20policacao%20ROREHS.pdf
- Nascimento CMB. *Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife* [monografia de especialização]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
- Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):197-203.
- Nogueira PR, Silva RBFZ. *A vinculação institucional de um trabalhador suigeneris - o agente comunitário de saúde*. [site da Internet] [acessado 2006 nov 03]. Disponível em: <http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs>
- Carvalho GI, Santos L. *Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde (leis nº 8080/90 e 8142/90)*. Campinas: Editora da Unicamp; 2002.
- Menegolla VL, Polleto DS, Krahl M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. *Rev Boletim da Saude* 2003; 17(2):81-93.
- Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saude Publica* 2001; 35(3):303-311.

Artigo apresentado em 20/02/2008

Aprovado em 29/10/2008

Versão final apresentada em 01/12/2008