



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÚCLEO DE ECOLOGIA HUMANA E SAÚDE**

**O Agente Comunitário de Saúde: uma análise dos artigos produzidos nas regiões Sul e
Nordeste do Brasil**

MARCILIA FAGUNDES DE SOUZA

Orientadora
Prof^ª. Dra. Márcia Grisotti

Florianópolis
2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÚCLEO DE ECOLOGIA HUMANA E SAÚDE**

**O Agente Comunitário de Saúde: uma análise dos artigos produzidos nas regiões Sul e
Nordeste do Brasil**

Trabalho apresentado como requisito à
obtenção do grau de Bacharel em Ciências
Sociais junto a Universidade Federal do
Estado de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Márcia Grisotti

Florianópolis
2009

MARCILIA FAGUNDES DE SOUZA**O Agente Comunitário de Saúde: uma análise dos artigos produzidos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais junto a Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Márcia Grisotti.

Banca Examinadora:

Orientadora: _____

Prof^a. Dr^a Márcia Grisotti.
Universidade Federal de Santa Catarina

Membro: _____

Professor Dr. Fernando Dias de Ávila-Pires
Universidade Federal de Santa Catarina

Membro: _____

Doutoranda Silvia Quaresma
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

*“... o agente vê os resultados, mas dá impressão que os outros não vê os resultados, as pessoas perguntam... o que o agente de saúde faz? ...parece que você está trabalhando em vão... mas em relação a sociedade ele nunca vê, sei lá é meio em vão o que a gente faz.”
Fala de um agente mencionado no artigo.*

Quando li esta frase não pensei no Agente Comunitário de Saúde, mas, no Cientista Social.

Desde meu primeiro dia no curso de Ciências Sociais é a pergunta que mais ouço: o que um cientista social faz?

Após três anos e meio de curso, muitas leituras, aulas e palestras, eu descobri que um cientista social faz arte, poesia, ritmo... Faz a vida.

E assim como nossos agentes de saúde, dentro de suas limitações e capacidades busca de alguma forma mudar o mundo. O seu mundo.

Portanto dedico este Trabalho de Conclusão de Curso a todos que tem como objetivo principal viver um dia de cada vez, mudando uma vez de cada coisa.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho desta magnitude nunca é realizado somente a duas mãos.

Porque creio, primeiro agradeço a **DEUS**.

Por estar cumprido esta missão na terra, agradeço aos meus pais **Marcilio e Sônia**.

Por ter aprendido a nunca desistir, agradeço a meu paciente filho **Bruno**.

Por saber dividir – e somar muitas mais – agradeço as minhas irmãs e melhores amigas

Tatiana, Janaina, Lisandra e Camila.

Por me deixar ser mais um pouco mãe agradeço a meus sobrinhos **Igor e Augusto**

Por manter vivos os laços familiares agradeço a minha prima **Márcia**.

Pelas longas palestras sobre o SUS, a UFSC e sobre a vida – que sempre me ensinam

muito – agradeço aos meus *amigos ecosianos* **Ana, Bárbara, Lucas e Kênia**.

Por ser um exemplo na arte de ensinar, agradeço ao meu querido

Professor Fernando Dias Ávila-Pires.

Por sempre me atender em todas as dúvidas, me aconselhar e direcionar agradeço de todo o

coração a **Silvia Quaresma**.

E, porque os últimos serão os primeiros, agradeço o carinho, a acolhida, a amizade, a confiança e a sempre certeza de minha capacidade, com que sempre me presenteou minha

Orientadora **Professora Márcia Grisotti**.

O sentimento de respeito e admiração que desperta não só em mim, mas, em todos que a conhecem nos faz ter certeza de sermos sempre vencedores.

A todos meus sinceros agradecimentos.

*“Todos os animais são iguais,
alguns animais
são mais iguais que os outros”
George Orwell,*

*“Temos o direito de ser iguais sempre que as
diferenças nos inferiorizam;
temos o direito de ser diferentes
sempre que a igualdade nos descaracteriza”
Boaventura de Souza Santos*

RESUMO

A presente pesquisa busca refletir às ações do profissional Agente Comunitário de Saúde – ACS – identificando-o como sujeito ativo e transformador do processo de saúde e doença da comunidade dentro da Estratégia da Saúde da Família do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Nesse sentido, nos apoiamos na sociologia compreensiva, utilizando o conceito de tipo ideal, desenvolvido por Max Weber, na perspectiva de responder a seguinte questão: existem diferenças entre o papel desempenhado pelos ACSs do Sul e do Nordeste do Brasil?

Utilizamos-nos de uma abordagem quali-quantitativa originária da análise dos artigos selecionados. Foram analisados estatisticamente os artigos publicados em Revistas Científicas disponíveis na rede informatizada de computadores, identificando e verificando artigos que tenham como sujeito de pesquisa o ACS.

Como referencial teórico, além das leituras dos artigos, foi necessária uma pesquisa detalhada no site do Ministério da Saúde na tentativa de compor o perfil do ACS como tipo ideal de acordo com o que a lei preconiza. Como referencial para os procedimentos metodológicos nos utilizamos dos escritos de Gil (1995, 1996), Ohira, Davok (2008) e Maria Cecília Minayo (2004).

Percebemos uma preocupação constante com uma melhor formação dos ACSs quanto às questões biomédicas e uma integração constante entre equipe de profissionais em saúde e “agentes educadores em saúde”. Quanto às possíveis diferenças entre os ACS das regiões Sul e Nordeste, há uma uniformidade de narrativas quanto às atribuições e potencialidades do profissional que iniciou sua caminhada como um “amigo da comunidade”, alguém conhecedor de seu ambiente, afeito às necessidades de seus vizinhos e que deveria buscar sanar as dificuldades referentes à saúde quando da descentralização da saúde e a implantação da atenção básica nos municípios brasileiros.

Palavras-chave: agente comunitário de saúde, sociologia da saúde, educação em saúde, modelo nacional de saúde.

SUMÁRIO

Siglas.....	10
Introdução.....	11
Parte 1 – Metodologia e Referencial Teórico	
1 – Metodologia.....	19
2 – Políticas de Saúde, diferenças regionais e sociologia da saúde: uma breve revisão teórica.....	21
2.1 As Atribuições dos Profissionais das ESF e do ACS	27
2.2 Região Sul e Região Nordeste: contrastes e similaridades	29
2.3 Concepção de Sistema Único de Saúde e seus desdobramentos.....	31
2.3.1 Políticas Públicas de Saúde	31
2.3.1.1 O Sistema Único de Saúde	32
2.3.1.2 O Programa de Saúde da Família	36
2.3.1.3 O Agente Comunitário de Saúde	37
2.4 A Sociologia e a Saúde	38
Parte 2 – A pesquisa	
3 – Agentes Comunitários de Saúde: revisão de artigos publicados	42
3.1 O ACS uma: análise quantitativa dos artigos produzidos nas regiões Sul e Nordeste	43
3.1.1 Revistas	43
3.1.2 Área da pesquisa	44
3.1.3 Regiões onde foram realizadas as pesquisas	44
3.1.4 Metodologia utilizada nas pesquisas	45
3.1.5 Objetividade das pesquisas	46
3.1.6 Palavras-chave das pesquisas	47
3.1.7 Ano de realização das pesquisas	47
3.1.8 Ano de publicação das pesquisas	48

Parte 3 – Os Artigos

4. O ACS: uma análise qualitativa dos artigos produzidos nas regiões Sul e Nordeste.....	50
4.1 Artigos da Região Sul e da Região Nordeste selecionados.....	50
Tabelas	50 a 59
4.1.1 Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde.....	60
4.1.2 Agentes comunitários de saúde do PACS e ESF: uma análise de sua vivência profissional	62
4.1.3 Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida	63
4.1.4 O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico	64
4.1.5 Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinariedade no processo de ensino/aprendizado em saúde	65
4.1.6 Visita domiciliar: a atividade do agente comunitário de saúde no programa saúde da família	67
4.1.7 O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do sistema único de saúde no Brasil	68
 Parte 4 – Considerações finais	 72.
 Referências	 79

SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ECOS – Ecologia Humana e Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

INTRODUÇÃO

*“Nenhum caminho que leva à saúde
pode ser áspero nem caro”.*
Montaigne

As Ciências Sociais compreendem a sociologia, a antropologia e a ciência política. Constituiu-se como ciência por meio de reflexões que ao longo dos anos tem sido por vezes refutada, outras, corroboradas por célebres e ilustres filósofos, sociólogos, antropólogos, entre outros estudiosos que agregaram conceitos ou baniram para sempre proposições tidas como certas.

Partindo desse contexto, buscaremos apresentar uma breve explanação sobre o corpo, a saúde e a doença e a interpretação de estudiosos das ciências sociais.

A afirmação de que “o corpo não é só biológico, mas uma forma moldada para a interação social” partiu segundo Le Breton (2006), de Karl Marx que em seus estudos refletiu sobre as condições de trabalho dos operários que sofriam efeitos diretamente relacionados às condições de vida e saúde que, se bem equilibradas, levariam a uma consequente vitalidade e maior disposição do trabalhador.

Sigmund Freud embora não fosse sociólogo, deu sentido ao corpo, como sendo modelado pelas relações sociais e as inflexões da história pessoal do sujeito.

Norbert Elias, sociólogo, escreveu em 1939 **A civilização dos costumes**, uma genealogia das atitudes externas do corpo, em âmbito público e privado, social e cultural dos mais banais até os mais íntimos da vida cotidiana (Le BRETON, 2006).

Pierre Bourdieu ao iniciar seus estudos na Argélia e a construção do conceito de *habitus* buscou centralizar o corpo “como lugar privilegiado de análise do sujeito social e fundamento último da unidade do ser” (MONTAGNER, 2008, p. 1590).

A sociologia abre espaço para questionamentos em todos os pormenores que envolvem a vida cotidiana. Dentre esse questionar, surgiu à sociologia da saúde (mais recentemente) e a sociologia da medicina (mais antiga).

O primeiro documento que exalta os profissionais médicos e os conclama a uma atuação social para com os seus pacientes foi escrito em 1848, não por um sociólogo, mas por um médico e ativista político da França, Jules Guérin, que apesar de tê-lo escrito no mesmo ano em que foi lançado o Manifesto Comunista, não se sabe ter se inspirado nesse. (NUNES, 1999).

Em seu texto intitulado **Aos médicos da França**, Guérin, “destaca a nova ordem que se estabelecia no país”, pois, com a proclamação da república a situação do médico tendia a se modificar,

em lugar de aplicações vacilantes e isoladas agrupadas em títulos como a polícia médica, higiene pública ou medicina legal, chegou a hora de reunir estes fatos dispersos, regularizá-los em um todo e de levá-los à sua significação mais elevada, sob o nome, mais apropriado para suas funções, de medicina legal (NUNES, 1999, p. 31).

Entre as reivindicações feitas por Guerin estão “a criação de um Ministério do Progresso ou da Saúde Pública e, ao conclamar aos médicos para reorganizar a sociedade, propunha como terapêutica a medicina social” (NUNES, 1999, p. 33), demonstrando uma preocupação com a evolução do processo de atendimento médico e em sua consequente qualidade.

Os textos escritos por médicos e sociólogos ao longo do tempo enfocam a relação médico-paciente. Isso fica evidenciado de maneira mais viva a partir dos escritos de Talcott Parsons. Em seu livro **O Sistema Social** (PARSONS, 1951) além da relação médico-paciente é discutida a saúde enquanto “pré-requisito funcional para o sistema social”, pois para Parsons “a doença não é simplesmente um perigo externo diante do qual se deve ficar em guarda, mas uma parte integral do equilíbrio do próprio sistema social. A doença pode ser considerada como um modo de resposta às pressões sociais” (PARSONS, 1951, p. 430).

Ao escrever sobre o médico, Parsons o vê como um profissional imbuído de uma ideologia de orientação coletiva, pois deveria privilegiar “o bem estar do paciente” que “estaria acima de seus interesses pessoais” e da profissão não faria um comércio, tendo nesse “o inimigo mais sério” a ser enfrentado (NUNES, 1999, p. 93).

Quanto ao doente, contribuiu para um entendimento sociocultural da enfermidade. Para Parsons, “a saúde é pré-requisito funcional para a manutenção de uma dada estrutura social”, constituindo então a doença como desvio da normalidade.

Para Minayo (2004), “saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente” e que “importam tanto quanto suas repercussões no imaginário e seu efeito no físico”, então, saúde e doença são relações que perpassam o corpo individual e o social.

David Le Breton, sociólogo francês, sugere que a sociologia “não deve se deixar intimidar pela medicina que pretende dizer a verdade sobre o corpo ou sobre a doença, ou

diante da biologia freqüentemente inclinada a encontrar na raiz genética a causa dos comportamentos do homem” (2006, p. 35).

Porém, se sociologicamente tem-se clara a função social da medicina, o contrário ainda é um caminho que está em constante construção.

Segundo Nunes (1999), no ano de 1965 foi incluído no programa curricular da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp disciplinas que “problematizavam a saúde como questão social” (NUNES, 1999, p. 209), incorporando as ciências sociais em uma escola de medicina, privilégio até então, “bastante embrionária” dos Estados Unidos.

Supomos que essa iniciativa de formação interdisciplinar dos profissionais da área médica, com discussões que envolviam filosofia, sociologia e antropologia, em um estudo sobre a medicina comunitária, no contexto de um crescente descontentamento do povo brasileiro com a situação política da época, pois o Brasil figurava entre os países da América Latina com “índice de mortalidade infantil de 108,7 por mil nascidos vivos” (NUNES, 1999, p. 221) e “a expectativa de vida de 52,8 anos” (idem), foi de vital importância, já que a iniciativa de um curso que, de forma crítica, passou a analisar a situação do país, inspirou profissionais médicos a aderirem às políticas de atenção básica, que começaram a ser discutidas naquele momento.

De acordo com Mendes (1995, p. 20) “até a metade do século XX a economia brasileira era dominada pelo café”. Por ser o setor agroexportador muito forte na época, era exigida do sistema de saúde uma vigilância nas áreas de “circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação”, esse modelo de saúde recebeu a denominação “sanitarismo campanhista¹”.

A partir do processo de industrialização e a conseqüente inclusão da previdência médica e social aos associados das indústrias, se inicia um novo olhar sobre a saúde do trabalhador, que em nosso entender representa o conjunto, com o surgimento do modelo assistencial privatista.

Efetivamente a previdência social surge no Brasil em 1923 com a Lei Elói Chaves, e a criação “da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários (CAP’s) as quais se seguiram outras CAP’s” (MENDES, 1995, p.21), a característica das CAP’s, é que “eram organizadas por empresas, e, administradas e financiadas por empresários e trabalhadores”,

¹ Visão de inspiração militarista, de combate as doenças de massa, com criação de estruturas ad hoc, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social. (MENDES, 1995, p. 20)

garantindo aos cidadãos empregados o acesso ao atendimento médico e a uma pensão quando de sua aposentadoria.

Com o processo de industrialização na década de 1950, e o “deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos gerou uma massa operária que deveria ser atendida” (MENDES, 1995, p.21) por um sistema de saúde mais amplo e eficiente, pois, o objetivo já não é só manter higienizado o ambiente exportador, mas, propiciar qualidade de vida ao trabalhador.

De acordo com Vasconcelos (1997, p.17) nos anos de 1970 a medicina brasileira estava amparada na “prática curativa, nos consultórios particulares, nos hospitais e nos grandes ambulatorios da Previdência Social” e as práticas preventivas eram feitas “por órgãos ou pessoas isoladas sem maiores recursos”.

A busca por um serviço de saúde universal, equânime e integral começou a fazer parte das aspirações dos brasileiros a partir de experiências internacionais que valorizavam a “expansão de serviços de atenção primária à saúde como estratégia de reorganização do setor saúde” (VASCONCELOS, 1999, p. 170).

Uma ação efetiva desse esforço foi a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2005), que em seu artigo 196 assegura:

a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Parte da redação desse artigo é atribuída, pela literatura acadêmica, aos movimentos sociais que juntamente com os idealizadores da proposta da reforma sanitária impulsionaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa literatura enfatiza que tanto a Constituição de 1988 quanto a Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2009), constituem a concretização de anos de luta de vários segmentos da sociedade com o fim exclusivo de garantir a saúde sem impedimentos a todos os cidadãos e como instrumento de organização da atenção básica à saúde, atendendo prioritariamente aos grupos mais vulneráveis da sociedade, e dispõe sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências”.

De acordo com Grisotti e Patrício (2006, p. 33), “a Lei Orgânica da Saúde incorporou os principais tópicos já consagrados na Constituição”, ressaltando a importância de dois pontos principais para o bom funcionamento do SUS, “a autonomia

municipal e a descentralização efetiva dos recursos financeiros”. Essas medidas transferiram aos municípios a responsabilidade pela Atenção Básica em Saúde.

Para que o SUS obtivesse êxito quanto à promoção da saúde, foi preciso incrementá-lo com o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que tem por definição uma “estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde” um modelo assistencial, idealizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

Para o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) “estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada”. As equipes também devem atuar “com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade”.

Entre as modificações por que passou o Programa Saúde da Família, uma significativas foi a mudança do nome, atualmente é denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), sigla a ser adotada nesse TCC daqui para frente.

A equipe do ESF² é composta, 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, 2009).

² Cabe aqui um esclarecimento quanto à formação do PSF. Há certa confusão com outro programa do Ministério da Saúde denominado Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, criado por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que “visa apoiar a inserção da estratégia da Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade”. “O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado. Existem duas modalidades de NASF: o **NASF 1** que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o **NASF 2** que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família. A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.” (BRASIL, 2009).

Busca-se valorizar a participação da comunidade, tendo como principal articulador o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que por ser morador da localidade há pelo menos dois anos, teria como meta buscar:

desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na Comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro Instrutor-Supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência (BRASIL, 1997).

Realizada esta breve explanação e buscando refletir sobre o profissional ACS identificando-o enquanto sujeito ativo e transformador do processo de saúde e doença da comunidade, pelo fato de atuar como representante do modelo de saúde estatal e dos serviços públicos de saúde, quanto, como morador de um bairro da cidade quando também é atendido por um ACS.

Nesse sentido, baseado na sociologia compreensiva, tentaremos buscar responder as seguintes questões norteadoras: quais as características dos ACS e quais os limites e potencialidades, apontados pela literatura, no exercício de sua profissão? Quais as diferenças descritas pelos pesquisadores nas duas regiões escolhidas (ou seja as regiões Sul e Nordeste do Brasil)? Qual a posição da sociologia na produção bibliográfica deste tema?

Para se chegar às possíveis respostas para essas questões propõem-se como **objetivo geral**, pesquisar por meio de um estudo comparativo o Agente Comunitário de Saúde descrito nos artigos selecionados em revistas científicas nacionais, com foco nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Como **objetivos específicos**, têm-se (a) identificar os conflitos dos ACS com relação a sua função, seus objetivos e resultados alcançados nas duas regiões, conforme os artigos pesquisados; (b) identificar e analisar quais as atribuições legais destinadas ao ACS e o que os artigos apontam em relação ao exercício cotidiano de sua profissão, (c) identificar e analisar os limites e potencialidades do trabalho do ACS apontados nos artigos pesquisados.

No intuito de elaborar este trabalho de conclusão de curso, escolhemos analisar artigos produzidos em duas regiões (sul e nordeste) do Brasil para tentar identificar se algumas diferenças regionais interferem na prática desses profissionais, aplicando todos os conhecimentos adquiridos durante o período de graduação.

Acreditamos ser de vital importância esta pesquisa no sentido de buscar perceber os esforços de pesquisadores brasileiros para ressaltar o papel do ACS no processo de revitalização e promoção da saúde.

As questões apresentadas nesta Introdução e outras, também condizentes à temática proposta, estão estruturadas de seguinte forma: no capítulo II, procedimento metodológico, capítulo III, temos a revisão de literatura abordando, o SUS, o ESF, o ACS, a Sociologia e o ACS e o ACS na Literatura, capítulo IV, o ACS: revisão de artigos publicados, no capítulo V encontra-se a descrição dos artigos e resultados obtidos e o capítulo VI ao refletir sobre os artigos traz as considerações finais.

Parte 1
Metodologia e Referencial Teórico

1. METODOLOGIA

Inquestionavelmente, o uso de fontes secundárias, ainda que crítico, acarreta maior margem de uso nas Ciências Sociais do que nas naturais, mais antigas, devido principalmente ao maior número de implicações interpretativas nos dados dos primeiros.
Karl Mannheim

Os procedimentos metodológicos utilizados para a pesquisa aqui apresentada foram baseados em uma abordagem quantitativa e qualitativa a partir dos artigos selecionados.

Foram analisados estatisticamente os artigos publicados em Revistas Científicas disponíveis na rede informatizada de computadores, identificando e verificando artigos que tenham como sujeito de pesquisa o Agente Comunitário de Saúde (ACS) envolvendo duas regiões do Brasil, em muitos aspectos distintos, a Região Nordeste e a Região Sul.

O levantamento e identificação dos trabalhos foram realizados entre os meses de janeiro a março de 2009. Preliminarmente foram selecionados 59 artigos referentes a todas as regiões do país. Foram então identificados 13 artigos pertencentes à Região Sul e nove à Região Nordeste. Essas regiões foram escolhidas em função do contraste socioeconômico e cultural historicamente creditado ao Sul e Nordeste do Brasil.

O material selecionado foi compilado a partir de palavras-chave e analisado seus aspectos quantitativos conforme as categorias: tipos de revistas, áreas de pesquisa, estados onde foram realizadas as pesquisas, metodologia e objetivos das pesquisas, anos de realização e de publicação das revistas.

Para a elaboração desse TCC, após a identificação regional inicial, mereceram destaque cinco artigos da região Sul e três da região Nordeste que abordam especificamente o ACS e sua rotina diária de trabalho, apresentando aspectos peculiares do relacionamento **ACS e população; ACS e ACS; ACS e equipe de profissionais das UBS**, para, se possível, identificar se as diferenças regionais interferem no trabalho dos ACS.

Cada artigo selecionado foi trabalhado qualitativamente da seguinte forma: leitura e fichamento, categorização e reflexão crítica, tendo como objetivo a comparação entre proposições dos diversos autores e os achados expressos em suas reflexões. Nessa etapa a pesquisa pretende responder a questões particulares, preocupando-se com uma realidade que não pode ser quantificada. Segundo Ohira e Davok (2008) “a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de

medidas quantitativas de características ou comportamentos”. E é exatamente esta compreensão detalhada que se pretende ao final da pesquisa.

Em relação aos objetivos, trata-se de uma pesquisa exploratória, pois, de acordo com Gil (1995, p. 44), “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”, e também abordará um viés descritivo, pois, “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (Gil, 1995, p. 45). Segundo Ohira e Davok (2008), “as pesquisas descritivas não manipulam variáveis, apenas as observa, registra, analisa e correlaciona”. Esta caracterização pode ser verificada já no objetivo geral da pesquisa apresentada na seção deste projeto.

No que tange aos procedimentos técnicos, trata-se de uma pesquisa bibliográfica, pois, para Ohira e Davok (2008), “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.” Este tipo de pesquisa permite ao pesquisador “a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 1996, p. 50).

Buscando compreender e relacionar os aspectos referentes ao ACS a partir da análise dos artigos selecionados e tendo como base a sociologia compreensiva e o entendimento de que a sociologia weberiana (MINAYO, 1995) é uma ciência que se preocupa com a compreensão interpretativa da ação social para chegar à explicação de seu curso e de seus efeitos, não se tem a pretensão de se chegar a uma única verdade, pois, para Bachelard (1983), as ciências são construídas tendo como base os aspectos filosóficos e científicos em convergência, a observação e o perscrutar do espaço alheio como se seu fosse, deve servir para responder as questões filosóficas e epistemológicas do pensamento científico.

Durante o processo de elaboração desse TCC foi possível utilizar todos os passos de procedimentos metodológicos aqui propostos, sendo todos os artigos selecionados de fácil acesso na WEB e que corresponderam às expectativas iniciais.

2. POLÍTICAS DE SAÚDE, DIFERENÇAS REGIONAIS E SOCIOLOGIA DA SAÚDE: UMA BREVE REVISÃO TEÓRICA

Segundo Minayo (1995, p.11) a sociologia compreensiva “como o nome indica, coloca como tarefa das Ciências Sociais a compreensão da realidade humana vivida social e totalmente diversa do mundo das Ciências Naturais”.

De acordo com Barbosa e Quinteiro (2007, 107-149)

a explicação sociológica [em Weber] busca compreender e interpretar o sentido, o desenvolvimento e os efeitos da conduta de um ou mais indivíduos referida a outro ou outros – ou seja, da ação social, não se propondo a julgar a validade de tais atos nem a compreender o agente enquanto pessoa. Compreender uma ação é captar e interpretar sua conexão de sentido, que será mais ou menos evidente para o sociólogo.

A sociologia compreensiva, portanto, tem seu objeto na compreensão das experiências vividas pelos agentes (construídos como tipos ideais) fundamentando ciência interpretativa da ação social deste, e nas relações entre os atores sociais, pois, para Bourdieu (1996, p. 138), “a sociologia postula que há uma razão para os agentes fazerem o que fazem”.

Para Weber (2007, p. 106),

obtem-se um tipo ideal mediante a acentuação *unilateral* de um ou vários pontos de vista e mediante o encadeamento de grande quantidade de fenômenos isoladamente dados, difusos e discretos. A construção de tipos ideais abstratos não interessa como fim, mas única e exclusivamente como meio do conhecimento. A clareza de uma exposição não é prejudicada pelo caráter impreciso dos conteúdos, basta uma vaga concepção ou a presença difusa de uma especificação particular do conteúdo conceitual.

Utilizando-se dos conceitos criados por Max Weber, por meio da utilização do tipo ideal, tentaremos buscar qual o perfil relatado nos artigos publicados sobre o ACS, partindo do princípio de que o ACS tipo ideal é o que a lei preconiza.

A Portaria GM/MS de 1886, de 18 de dezembro de 1997,

estabelece às atribuições do ACS, e o Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999, fixa diretrizes para o exercício de suas atividades, possibilitando uma proposição qualitativa de suas ações e evidenciando um perfil profissional que concentra atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações, com características de educação popular em saúde e acompanhamento de famílias.

A lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002 cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências:

Art. 1º Fica criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

I - residir na área da comunidade em que atuar;

II - haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;

III - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º Os que na data de publicação desta Lei exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde, na forma do art. 2º, ficam dispensados do requisito a que se refere o inciso III deste artigo, sem prejuízo do disposto no § 2º.

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata o inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes mencionados no § 1º.

Art. 4º O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto.

Parágrafo único. Caberá ao Ministério da Saúde a regulamentação dos serviços de que trata o caput.

Art. 5º O disposto nesta Lei não se aplica ao trabalho voluntário.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 10 de julho de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Barjas Negri

Paulo Jobim Filho

Guilherme Gomes Dia

Esta Lei foi revogada e substituída pela 11.350, de 05 de outubro de 2006 e segue abaixo:

Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da **Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006**, e dá outras providências.

Faço saber que o PRESIDENTE DA REPÚBLICA adotou a Medida Provisória nº 297, de 2006, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Renan Calheiros, Presidente da Mesa do Congresso Nacional, para os

efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.

Art. 2º O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Art. 4º O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

Art. 5º O Ministério da Saúde disciplinará as atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de controle e de vigilância a que se referem os arts. 3º e 4º e estabelecerá os parâmetros dos cursos previstos nos incisos II do art. 6º e I do art. 7º, observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

Art. 6º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

- I - residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
- II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e
- III - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º Não se aplica a exigência a que se refere o inciso III aos que, na data de publicação desta Lei, estejam exercendo atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde.

§ 2º Compete ao ente federativo responsável pela execução dos programas a definição da área geográfica a que se refere o inciso I, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º O Agente de Combate às Endemias deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

I - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e

II - haver concluído o ensino fundamental.

Parágrafo único. Não se aplica a exigência a que se refere o inciso II aos que, na data de publicação desta Lei, estejam exercendo atividades próprias de Agente de Combate às Endemias.

Art. 8º Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias admitidas pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na forma do disposto no § 4º do art. 198 da Constituição, submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa.

Art. 9º A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos ou entes da administração direta dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios certificar, em cada caso, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa referida no parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, considerando-se como tal aquele que tenha sido realizado com observância dos princípios referidos no **caput**.

Art. 10. A administração pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias, de acordo com o regime jurídico de trabalho adotado, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;

II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei no 9.801, de 14 de junho de 1999; ou

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de

emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

Parágrafo único. No caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do art. 6º, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

Art. 11. Fica criado, no Quadro de Pessoal da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, Quadro Suplementar de Combate às Endemias, destinado a promover, no âmbito do SUS, ações complementares de vigilância epidemiológica e combate a endemias, nos termos do inciso VI e parágrafo único do art. 16 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Parágrafo único. Ao Quadro Suplementar de que trata o **caput** aplica-se, no que couber, além do disposto nesta Lei, o disposto na Lei no 9.962, de 22 de fevereiro de 2000, cumprindo-se jornada de trabalho de quarenta horas semanais.

Art. 12. Aos profissionais não-ocupantes de cargo efetivo em órgão ou entidade da administração pública federal que, em 14 de fevereiro de 2006, a qualquer título, se achavam no desempenho de atividades de combate a endemias no âmbito da FUNASA é assegurada a dispensa de se submeterem ao processo seletivo público a que se refere o § 4º do art. 198 da Constituição, desde que tenham sido contratados a partir de anterior processo de seleção pública efetuado pela FUNASA, ou por outra instituição, sob a efetiva supervisão da FUNASA e mediante a observância dos princípios a que se refere o **caput** do art. 9º.

§ 1º Ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e do Controle e da Transparência instituirá comissão com a finalidade de atestar a regularidade do processo seletivo para fins da dispensa prevista no **caput**.
§ 2º A comissão será integrada por três representantes da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da União, um dos quais a presidirá, pelo Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde e pelo Chefe da Auditoria Interna da FUNASA.

Art. 13. Os Agentes de Combate às Endemias integrantes do Quadro Suplementar a que se refere o art. 11 poderão ser colocados à disposição dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no âmbito do SUS, mediante convênio, ou para gestão associada de serviços públicos, mediante contrato de consórcio público, nos termos da Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, mantida a vinculação à FUNASA e sem prejuízo dos respectivos direitos e vantagens.

Art. 14. O gestor local do SUS responsável pela contratação dos profissionais de que trata esta Lei disporá sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as especificidades locais.

Art. 15. Ficam criados cinco mil, trezentos e sessenta e cinco empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito do Quadro Suplementar referido no art. 11, com retribuição mensal estabelecida na

forma do Anexo desta Lei, cuja despesa não excederá o valor atualmente despendido pela FUNASA com a contratação desses profissionais.

§ 1º A FUNASA, em até trinta dias, promoverá o enquadramento do pessoal de que trata o art. 12 na tabela salarial constante do Anexo desta Lei, em classes e níveis com salários iguais aos pagos atualmente, sem aumento de despesa.

§ 2º Aplica-se aos ocupantes dos empregos referidos no **caput** a indenização de campo de que trata o art. 16 da Lei no 8.216, de 13 de agosto de 1991.

§ 3º Caberá à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão disciplinar o desenvolvimento dos ocupantes dos empregos públicos referidos no **caput** na tabela salarial constante do Anexo desta Lei.

Art. 16. Fica vedada a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma da lei aplicável.

Art. 17. Os profissionais que, na data de publicação desta Lei, exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, vinculados diretamente aos gestores locais do SUS ou a entidades de administração indireta, não investidos em cargo ou emprego público, e não alcançados pelo disposto no parágrafo único do art. 9º, poderão permanecer no exercício destas atividades, até que seja concluída a realização de processo seletivo público pelo ente federativo, com vistas ao cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 18. Os empregos públicos criados no âmbito da FUNASA, conforme disposto no art. 15 e preenchidos nos termos desta Lei, serão extintos, quando vagos.

Art. 19. As despesas decorrentes da criação dos empregos públicos a que se refere o art. 15 correrão à conta das dotações destinadas à FUNASA, consignadas no Orçamento Geral da União.

Art. 20. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 21. Fica revogada a Lei no 10.507, de 10 de julho de 2002.

Brasília, 9 de junho de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
José Agenor Álvares da Silva
Paulo Bernardo Silva

2.1 AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DO ACS.

As atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde são definidas pela legislação, através das diretrizes e normas da gestão local.

São atribuições comuns a todos os profissionais (BRASIL, 2009):

- participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

- garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- participar das atividades de educação permanente; e,
- realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009):

- desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro-área;
- estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- cadastrar todas as pessoas de sua micro-área e manter os cadastros atualizados;
- orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;
- cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 03 de janeiro de 2002.

É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

O Agente Comunitário de Saúde integra as equipes do PACS e ESF, realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas

em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS, e estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania. (BRASIL, 2009).

Compete ao ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos e coletividades sociais. (BRASIL, 2009).

2.2 REGIÕES SUL E REGIÃO NORDESTE: CONTRASTES E SIMILARIDADES

Numa extensão maior que para qualquer outra espécie, os seres humanos criam os ambientes que moldam o curso do desenvolvimento humano. Suas ações influenciam os múltiplos laços físicos e culturais que os moldam, e essa corrente torna os humanos – para melhor ou para pior – ativos produtores de seu próprio desenvolvimento.
Urie Bronfenbrenner

O Brasil por ser um país continental composto por 26 estados mais o Distrito Federal, possui diversidade de clima e de população em razão de sua extensão e das influências variadas dos povos que o colonizaram.

Ao longo dos seus 509 anos de descobrimento, o seu natural desenvolvimento econômico, político e social tem sido variado em função do seu gigantismo e de certas peculiaridades regionais como o clima, tradições culturais e investimentos por parte dos governos e de instituições privadas.

Apesar de o mundo ter enfrentado no ano de 2008 uma grave crise financeira, o Brasil tem apresentado indicadores de crescimento e estabilidade. Mas, mesmo assim, estudo recente de Massuquetti e Franco Junior (2008), “demonstrou que existe uma forte dicotomia social e econômica entre as regiões Sul e Nordeste”.

Ainda, para esses autores, “Essa dicotomia tem raízes históricas que influenciaram de forma diferente as regiões do Brasil”, concluindo que, “os responsáveis pelo atraso nordestino são as elites produtoras, que até a década de 1950 acomodaram-se em virtude do protecionismo e não apresentaram alternativas para reduzir a adversidade climática no semi-árido” (MASSUQUETTI e FRANCO Jr, 2008).

Segundo dados apontados nesse estudo, à região Nordeste apresenta “a menor renda *per capita* do Brasil”, havendo, no entanto uma variação significativa durante a década de

1990, com a transferência de renda do Programa Bolsa Família. O que ocasionou “uma diminuição da participação do trabalho na renda”. (MASSUQUETTI e FRANCO Jr, 2008).

Outro indicador econômico que apresenta dados de desempenho que distância as Regiões Sul e Nordeste é o Índice de Desenvolvimento Humano³ – IDH – que, quando divulgado em 2000, apresentava os três estados do Sul no topo da lista, enquanto aos estados da Região Nordeste restou às últimas colocações.

Para medir o IDH são avaliados fatores como: educação (taxas de alfabetização e escolarização), longevidade (expectativa de vida da população) e renda (PIB per capita), ou seja, acesso à água potável, saneamento básico, taxa de natalidade e a renda do cidadão, entre outros.

Ainda de acordo com esse estudo, “A participação da renda do trabalho na renda total dos indivíduos no Sul é de 72,19%, ao passo que no Nordeste é de 60,48%. Isso significa que grande parte da renda dos nordestinos é paga pelo governo através de programas de auxílio e da previdência”, ao passo que na Região Sul há um investimento da sociedade em seu próprio crescimento.

Ao mesmo tempo, se buscarmos informações quanto ao desempenho do ESF nos estados do Nordeste, os autores perceberam um crescimento superior aos da Região Sul, e mesmo, uma maior eficácia no atendimento.

Aspectos como a descentralização do SUS é mais significativa no Nordeste (65% dos municípios), enquanto no Sul é de (33% dos municípios) (FACCHINI et al, 2006). A efetividade no atendimento à população, e a utilização de métodos de pensar este de forma mais elaborada, são exemplos dessa eficácia.

Para Facchini et al, “o crescimento relativo a cobertura da ESF no período de 1999 a 2004 foi maior no Nordeste do que no Sul”. Também ressalta a utilização das práticas de gestão, pois, foram

referidas no Sul reuniões com a coordenação de distrito ou UBS e com o Conselho Municipal de Saúde, a produção de relatórios de gestão e do SIAB e o acompanhamento dos recursos programados por grupo de procedimentos. No Nordeste foram referidas oficinas de trabalho, cursos de capacitação, atividades de educação permanente, reuniões com o

³ IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é um índice que serve de comparação entre os países, com objetivo de medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população. Este índice é calculado com base em dados econômicos e sociais. O IDH vai de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Quanto mais próximo de 1, mais desenvolvido é o país. Este índice também é usado para apurar o desenvolvimento de cidades, estados e regiões. <http://www.pnud.org.br/idh/>

Conselho Municipal de Saúde, as coordenações de outros municípios e de distrito. A disponibilidade de relatórios periódicos para a tomada de decisão foi pequena no Sul, alcançando pouco mais da metade dos municípios. (FACCHINI et al, 2006)

Considera-se que, talvez em função de sua histórica carência social haja uma efetiva implantação e manutenção das equipes do ESF na Região Nordeste do Brasil, na mesma medida em que é destinada a esta Região uma substancial distribuição de programas assistências por parte do Governo Federal.

Apoiados nessas duas considerações é que tencionamos avaliar os artigos selecionados, tendo em mente que os dois contextos escolhidos atendem à condição estabelecida para a pesquisa, no que diz respeito a dois macrossistemas diferentes.

2.3 CONCEPÇÃO DE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SEUS DESDOBRAMENTOS

*O capital não cuida da saúde
e da vida do operário, senão
tiver sido obrigado pela sociedade
Karl Marx*

Para nortear as discussões deste trabalho, faz-se necessário apresentar conceitos que fundamentem a abordagem teórica do tema pesquisado, tais como o Sistema Único de Saúde, sua construção e seus desdobramentos.

2.3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas públicas são incrementadas periodicamente por meio de decisões político-administrativas e de acordo com as necessidades apontadas pelos membros da sociedade em seus diversos setores.

Para Bobbio (1983, p. 1318) políticas públicas são,

Conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Políticas públicas também podem ser entendidas como o "Estado em ação (Gobert, Muller, 1987); é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade" (HÖFLING, 2001).

Para Souza (2006), "não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública". Para tanto fazemos uma reflexão quanto às pertinentes considerações fornecidas por Fernandes (2007), em seu artigo intitulado Políticas Públicas: Definição, Evolução e o Caso Brasileiro, que faz a seguinte reflexão:

costuma-se pensar o campo das políticas públicas unicamente caracterizado como administrativo ou técnico, e assim livre, portanto do aspecto 'político' propriamente dito, que é mais evidenciado na atividade partidária eleitoral. Este é uma meia verdade, dado que apesar de se tratar de uma área técnico-administrativa, a esfera das políticas públicas também possui uma dimensão política uma vez que está relacionado ao processo decisório. (FERNANDES 2007, p. 1)

No caso da saúde, encontramos uma definição de saúde pública saudável que "se definem como aquelas que têm uma grande repercussão nas condições de saúde das populações" (OPAS, 2009).

Segundo a OPAS na Carta de Adelaide de 1988, "as políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e a equidade e pelo compromisso com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população" (OPAS, 2009).

Nessa perspectiva será apresentada a seguir uma breve exposição dos fatos mais marcantes na trajetória do SUS, seu momento atual e seus desdobramentos na atenção básica.

2.3.1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De acordo com Vasconcelos (1999), o Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu a partir de esforços internacionais como a *Declaração de Alma-Ata*, na URSS, que lançou como estratégia mundial, alcançar a meta de *Saúde para Todos no Ano 2000* tomando como princípio a Atenção Básica em Saúde.

Segundo Rezende (1989, p. 80-2), "a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde, com o Informe de Alma-Ata, entre 6 a 12 de setembro de 1978 (OMS, 1978)", foi o passo mais representativo para uma mudança na forma de conduzir a saúde a nível mundial. Inclusive pelo número de países presentes "cento e trinta e quatro governos, representante de 67 organizações das Nações Unidas, organizações especializadas

governamentais e não governamentais, sob a chancela da OMS e do UNICEF” (REZENDE, 1989, p. 106-7).

No Brasil, para que este projeto tomasse forma foi preciso um longo caminho. Segundo Grisotti e Patrício (2006) no ano de 1963 a III Conferência Nacional de Saúde – CNS - propôs a “municipalização dos serviços de saúde”, mas, ainda de acordo com Grisotti e Patrício o país não apresentava um momento favorável para colocar em prática tais propostas. Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde retoma a proposta de municipalização apoiando-se nos acordos internacionais “com uma nova visão sobre saúde/doença, prática médica, política de saúde, planejamento e formação de recursos humanos” (GRISOTTI e PATRÍCIO, 2006, p.33).

Com a redemocratização do país cresce a necessidade de uma reforma sanitária que, com a promulgação de uma nova Constituição Federal, em 1988, corporifica os anseios de cidadãos de todas as classes sociais que durante muito tempo lutaram por isso.

Segundo Grisotti e Patrício (2006, p. 35), os princípios do SUS que constam da Constituição Federal além de garantir a todos os cidadãos o direito de acesso à saúde, são:

- 1) A universalidade e equidade – entendidas como garantia, a todos os cidadãos, de acesso aos serviços de saúde, sem nenhuma discriminação de natureza econômica, geográfica ou burocrático-institucional; dependendo sua oferta apenas das necessidades específicas de cada indivíduo ou grupo populacional.
- 2) a integralidade – no sentido de que as ações de promoção, prevenção e de recuperação da saúde devem romper com a multiplicidade de iniciativas desordenadas da parte de diferentes instituições, sem áreas de interface e obedecendo a diferentes critérios de racionalidade.
- 3) a regionalização, hierarquização e resolutividade – dos diversos níveis de assistência – de modo a assegurar a máxima suficiência e eficácia de atendimento ao nível de cada município e de cada região, estabelecendo uma rede hierarquizada segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços. As unidades de saúde passam a articular-se segundo os níveis de atenção, estabelecendo mecanismos que garantem a referência e a contra-referência da clientela dentro do sistema.
- 4) a descentralização – entendida como redistribuição das responsabilidades e recursos financeiros sobre ações e serviços, enfatizando-se o esforço do poder municipal.
- 5) a participação – compreendendo a dinamização do processo de planejamento e gestão integrada do sistema, em todas as instâncias, garantindo-se a participação orgânica da população.

A Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2009) é a concretização de anos de luta de vários segmentos da sociedade com o fim exclusivo de garantir a saúde sem impedimentos a todos os cidadãos e como instrumento de organização da atenção básica à saúde, atendendo prioritariamente aos grupos mais vulneráveis da

sociedade, e dispõe sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências”. Para Grisotti e Patrício (2006), esta lei “ênfatisou dois pontos principais para o funcionamento do sistema único: a autonomia municipal e a descentralização efetiva de recursos financeiros” (GRISOTTI e PATRÍCIO, 2006, p.36).

A luta pela reforma sanitária confundiu-se com a luta pela democracia e o fim da ditadura, e para alcançar a efetividade da Lei 8.080/90, o movimento sanitarista brasileiro enfrentou após anos de ditadura, um impedimento inesperado: o Presidente civil, eleito pelo povo, Fernando Collor de Melo. Pois, mesmo fazendo parte do texto constitucional que concedia poder à base, quando a Lei Orgânica da Saúde chega à mesa do presidente ele não hesitou em vetá-la. (BRASIL, 2006, p. 115-116)

O SUS foi aprovado, mas, os artigos referentes à participação da comunidade e outros de interesse direto da reforma sanitária foram vetados. Inclusive implementações de verbas.

Após o impedimento de Collor, ao assumir o governo o vice-presidente Itamar Franco provocou uma “maior abertura e uma interlocução entre Governo Federal, Ministério da Saúde e movimentos sociais que culminaram com a vitória e a promulgação da Lei n.º 8.142/90, que resgatou pontos vetados da Lei original – 8.080/90 - à realização da 9ª CNS, à questão do financiamento da saúde”. (BRASIL, 2006, p. 130).

Para os articuladores do movimento sanitarista o governo Collor representou uma ameaça e um retrocesso à saúde no Brasil.

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso o “movimento de saúde manteve-se articulado” mobilizando esforços que garantissem o direito à saúde e no sentido de impedir a privatização do setor. (BRASIL, 2006, p. 179).

Atualmente, além de um setor (minoritário) gerido diretamente entre médico (incluindo o seu staff) e o paciente, segundo Melamed (2009, p. 51), o Sistema de Saúde Brasileiro é composto por dois subsistemas: o público que é representado pelo SUS, e o privado, representado por diversas operadoras, que de acordo com pesquisas “conta com 40 milhões de beneficiários vinculados a diferentes modalidades de operadoras”. Enquanto nas operadoras privadas o funcionamento visa exclusivamente o lucro, pois é antes de tudo uma atividade econômica, ao SUS cabe, além de atender a todos os cidadãos brasileiros, pois seus recursos advêm das esferas federal, estadual e municipal, reavaliar suas políticas, e, caso necessário redirecionar seus recursos, pois ainda segundo Marinho (2009, p. 50-1)

embora alguns indicadores de saúde do Brasil sejam ruins (como taxa de mortalidade infantil, ou materna, em determinadas regiões do País), como gasto per capita é baixo, o país pode ser avaliado como eficiente, ou ineficiente, dependendo da base de países para comparação. Comparando com países ricos (os EUA, por exemplo), o Brasil gasta pouco, mas obtém bons resultados. Comparando com países pobres (Cuba, por exemplo) o Brasil gasta muito e obtém maus resultados.

De acordo com Langdon (2003), os sistemas de saúde são também sistemas culturais, “um sistema de significados ancorados em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais” (LANGDON, 2003, p. 96), construídos de acordo com os símbolos significantes, e de acordo com Geertz cultura é “um sistema de símbolos que fornece um modelo *de* e um modelo *para* a realidade” (LANGDON, 2003, p. 95).

Esta afirmação faz sentido ao analisarmos os eventos políticos que se desenrolaram durante a criação do sistema de saúde brasileiro. Acontecimentos permeados por representações culturais, moldados de acordo com os fatos e as convicções dos dirigentes no momento da decisão para as questões sociais.

Eugênio Vilaça Mendes (2005) ao refletir sobre o SUS e seus problemas argumenta não ter dúvidas

em afirmar que o maior problema do SUS está na baixa qualidade da atenção primária à saúde. Isso resulta por vários fatores. Um deles é do tipo ideológico. Nós ainda decodificamos a atenção primária como programa para pobres, o que resulta da concepção piramidal do SUS que passa a idéia de que a atenção básica é o menos complexo num sistema de saúde. O que é conceitualmente equivocado, porque o mais complexo num sistema de saúde é a atenção primária à saúde. O grande dilema do Sistema Único de Saúde - SUS é que ele foi pensado para ser um sistema para todos – pobres e ricos - mas vai se conformando dentro do **modelo segmentado, ou seja, num nicho para os pobres**. Isso é grave, porque a evidência internacional mostra que quando se especializa um **sistema para os pobres, ele será sempre subfinanciado**. (grifos do autor).

A Organização Mundial de Saúde, em sua meta (ainda a ser alcançada) “*Saúde para todos até o ano 2000*”, preconizava que os sistemas de saúde deveriam:

estar coordenados nos planos nacional, intermediário (regional) e da comunidade ou local com as de outros setores sociais e econômicos, como a educação, a agricultura, a zootecnia, o abastecimento doméstico de água, a habitação, as obras públicas, as comunicações e a indústria. As atividades sanitárias devem empreender-se ao mesmo tempo em que outras medidas, como as adotadas para melhorar a nutrição, em particular a das crianças e das mães (...) combater a pobreza; e proteger e melhorar o meio ambiente (OMS apud REZENDE, 1989, p. 108).

2.3.1.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O cuidado com a saúde da família significa o cuidado com todos os indivíduos ali envolvidos, pois, para Elsen (1994), “a família também é possuidora de um estado de saúde que pode ser identificado”.

A importância da família na manutenção dos níveis de saúde da sociedade é vital, pois, a partir do convívio familiar se consolidam saberes transmitidos oralmente através das gerações, compensando baixa escolarização e localidades distantes.

Segundo Vasconcelos (1999) “é na família que se elabora, em grande parte, o conhecimento um pouco mais crítico sobre a sociedade”, quer dizer, deste convívio nasce à confiança, ou não, nos modelos apresentados aos cidadãos, seja na saúde, na educação, nos aspectos comerciais ou comportamentais.

Para a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) hoje nominado Estratégia de Saúde da Família, fez parte das discussões “que modelo de atenção primária à saúde deveria ser expandido” (VASCONCELOS, 1999, p. 173), devendo privilegiar procedimentos que valorizassem o contexto familiar na atenção primária.

No Ceará, se tem o registro de uma experiência de trabalho com agentes de saúde desde o ano de 1988 (SILVA, 2007), que como resultado formou “[...]8.023 agentes de saúde [...]” no ano de 1994, dispostos a absorver a política do PSF (SILVA, 2007, p. 44).

Uma das primeiras experiências para a implantação da ESF foi o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a partir de envolvimento comunitários. O município do sertão cearense de Quixada, no ano de 1993, por meio de uma iniciativa da prefeitura, foi pioneiro na implantação e viabilização de equipes de agentes comunitários (VASCONCELOS, 1999, p. 173) ainda na forma de voluntários, e também sofrendo a influência das equipes da pastoral da Igreja Católica, que nos municípios do interior do país, faziam o papel de representante das políticas públicas.

Em 1994 foi criado pelo Governo Federal o Programa Saúde da Família, como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde com a implantação de equipes de saúde nas Unidades Básicas de Atendimento e envolvimento ativo da comunidade.

Para a formação da equipe a proposta de composição contou com um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A responsabilidade para a implantação do ESF é do município, mas, recebe apoio das secretarias de saúde do estado e do Ministério da Saúde.

A ESF de acordo com o Ministério da Saúde foi ao longo do tempo sofrendo implementações e aderiram ao seu quadro também os profissionais dentistas, um auxiliar de consultório e um técnico de higiene bucal.

A equipe que constitui a ESF é então a porta de entrada do cidadão no serviço de saúde. Um serviço que prioriza uma vigilância à saúde tendo no ACS seu suporte principal.

2.3.1.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Agente Comunitário de Saúde é o mensageiro de saúde de sua comunidade.”
(Dirigente da Fundação Nacional de Saúde, 1991)

A introdução do agente comunitário de saúde no cenário nacional está intimamente relacionada com a criação do ESF e a implantação dos programas que tem como base a atenção básica.

Como foi citado acima, uma das primeiras experiências no país na utilização de ACS foi no Ceará, com voluntários da comunidade, principalmente mulheres, que formaram uma “frente de trabalho” para combater os efeitos da seca na população (BORNSTEIN e STOTZ, 2008).

A formação inicial dos ACS é voltada para ações de vigilância, pois os agentes comunitários “visitam as famílias das comunidades e proporcionam cuidados a doenças comuns, imunização, medicação e educação de saúde” (DAL POZ, 2002, p. 89).

No site do Ministério da Saúde, no link “linha do tempo” consta a data de publicação da portaria n.º 886, de 18 de dezembro de 1997, que aprovou as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família; e o Decreto n.º 3.189 de 04 de outubro de 1999, que reconheceu o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, que passa a ser considerada de “relevante interesse público”. (BRASIL, 2009).

A partir deste decreto inicia-se o monitoramento das informações por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB. O SIAB reúne informações sobre o registro de atividades, procedimentos e notificações, como também sobre o acompanhamento de grupos de risco.

O ano de 2002 trouxe ao agente o reconhecimento de sua atuação enquanto profissão, a partir da criação da lei n.º 10.507 de 10 de julho. Com esta medida o ACS passa de um vigilante de mães e crianças a um acompanhante de procedimentos em outros

grupos específicos da população como os idosos portadores de diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase e outros. (BRASIL, 1994).

Entre os requisitos básicos para ser um ACS de acordo com a lei: residir na área em que atua e ter concluído o ensino fundamental e ter frequentado o curso de qualificação básica para a formação de ACS. (BRASIL, 2009)

Apesar de direcionado a um atendimento de atenção básica, considerado pelas políticas públicas como de baixa complexidade, o agente de saúde lida diariamente com problemas de média e alta complexidade, ao deparar-se com questões como as de gênero, a violência, usuários de narcóticos, cidadãos bem instruídos, e também, muito menos instruídos que eles, necessitando sempre, o ACS, de preparação e acompanhamento para abordar e monitorar sua área de atuação.

2.4 A SOCIOLOGIA E A SAÚDE

Bodstein (1995) narra que, no Brasil o imaginário popular construído sobre o atendimento público tem sido o pior possível. O serviço público gratuito é vinculado aos excluídos do mercado formal de trabalho e aqueles que não podem arcar com os custos de uma assistência médica privada, denotando uma forma muito próxima da indigência.

O imaginário popular é povoado de expectativas quando relacionado com seus direitos e deveres e nos dizeres de Mendes (2001) para ter uma boa saúde, como resultado de uma sociedade equitativa, os serviços de saúde devem ser prestados pelos órgãos competentes, da melhor forma possível.

A garantia de acesso ilimitado ao tratamento público de saúde surge a partir da Constituição Federal, promulgada em 1988, mas, os direitos a serem usufruídos permanecem até nossos dias incompreensíveis por parte dos usuários, em função do imaginário construído e do desconhecimento por parte dos cidadãos do funcionamento do sistema de saúde.

Os serviços públicos de saúde prestados pelo SUS, em suas UBS, são representados pelo atendimento dos profissionais que ali atuam e os resultados obtidos refletem a médio e longo prazo na saúde da população em geral.

Esses profissionais são por vezes moradores de outras regiões da cidade, ou até de outros municípios da mesorregião, ou ainda, residem no próprio bairro como, por exemplo,

os ACS, que por determinação da lei 10.507/2002 só podem assumir esse posto se preencherem esse pré-requisito.

O que nos conduz a uma reflexão quanto ao conceito de *habitus* criado por Bourdieu (1996) que, se feita à reflexão quanto aos agentes, sabe-se que, influenciam e sofrem a influência do meio ao estarem inseridos no mesmo *habitus* de seus interlocutores. Ao mesmo tempo em que o ACS é um morador do bairro e está afeito ao serviço prestado na UBS, impõe-se como autoridade desta mesma UBS, repassando e reafirmando uma visão que não é a sua, então sua posição deve ser resignificada.

Esta posição de influência é reafirmada em Vasconcelos (1997), pois, os agentes de saúde são as representações da informalidade na saúde, transmitem informações importantes para a saúde da população sem necessariamente estarem instituídos do “poder do jaleco” associado à autoridade médica, pois de acordo com Langdon (2003 p. 103 apud Boltanski, 2004) “é importante que o profissional esteja consciente de que a intervenção médica acontece num contexto maior, marcado por relações de poder. Numa primeira instância podemos pensar no poder presente na relação médico/paciente”.

Nesta relação, para Boltanski (2004), a diferença de linguagem representada pelo vocabulário profissional especializado utilizado pelo médico, que também é um representante das classes cultas, quando, em contato com as classes populares evidencia a distância lingüística, dificultando um possível entendimento entre as partes. Soma-se a isto “a raridade dos contatos com o médico ou a pouca duração de cada entrevista” que, “impedem o doente das classes populares de personalizar a relação que mantém com o médico” (BOLTANSKI, 1979, p. 47).

Ao impor sua autoridade o profissional da medicina dispõe sobre o que deve ser realmente considerado doença e o que deve ser descartado, e de acordo com Foucault (1987), a ética médica entra em campo assumindo perante a sociedade quais devem ser os sinais e sintomas relevantes. O que no entendimento do usuário das políticas de saúde pública, é geralmente, o oposto das suas necessidades.

Nesse contexto está inserido o ACS, um profissional representante do poder público no tocante a saúde, com limitações, membro de uma comunidade eclética que lhe desafia a demonstrar habilidades que (talvez) tenha, e, em contato com profissionais que lhe exigem conhecimentos que (talvez) tenha, sobre assuntos, que ele ao assumir o seu cargo, na maioria das vezes, não sabia que deveria saber.

Parte 2
A Pesquisa

3. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: REVISÃO DE ARTIGOS PUBLICADOS

A figura de um morador da comunidade que atua de forma constante no bem estar de todos não é novidade. Os movimentos sociais são constantes em todas as sociedades do planeta. No entanto, quando se trata de ação pró-ativa em situações de risco como desnutrição, seca, enchente ou campanhas que devem mobilizar a população são convocados seus próprios membros com o intuito de, por haver uma maior aproximação entre ambos, que os resultados esperados sejam alcançados.

Pesquisadores como, Roberto Briceño-Leon narram experiências na Tailândia, quando para o controle da malária, houve uma convocação de voluntários, e encontrou a principal oposição a um eficiente controle nos próprios encarregados da fiscalização, pois, o serviço de saúde mal organizado conspirou contra si (BRICEÑO-LEON, 2003), o que nos faz crer que não basta a mobilização, deve haver antes um bom treinamento e conscientização dos voluntários.

Hoje o personagem que intitulamos ACS tem também a importante participação na questão da humanização dos serviços de saúde, que inclui o acolhimento do usuário nos serviços de saúde. Podem, além disso, enfrentar algumas situações particulares em seu trabalho, como o papel de “tradutor” do universo científico ao popular; a entrada no mundo familiar das pessoas; ser facilitador do acesso das pessoas da comunidade aos serviços de saúde; o reconhecimento do seu trabalho; um aumento do conhecimento biomédico; aumento de trabalho e de responsabilidades (KLOTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2006).

Os artigos selecionados para esse TCC foram publicados nas mais variadas revistas científicas do Brasil, com conteúdo-resumo disponível na rede informatizada de computadores com posterior análise estatística. Também foram analisados os artigos apresentados em congressos.

As bases de dados utilizadas para realizar a pesquisa foram às seguintes: LILACS, MEDLINE, SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO. Também foram pesquisados através do portal da CAPES e da biblioteca digital de teses e dissertações da USP. Os descritores utilizados foram: agente de saúde, agente comunitário e agente comunitário de saúde.

O instrumento escolhido para realizar a compilação dos artigos foi o programa ACCESS que facilita a visualização dos mesmos no que diz respeito: a localização do texto, a área em que o texto se insere, a região geográfica em que a pesquisa foi realizada,

a metodologia utilizada na pesquisa, a finalidade do estudo, as palavras chaves, o ano da realização da pesquisa e o ano da publicação da pesquisa.

3.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA DOS ARTIGOS PRODUZIDOS NAS REGIÕES SUL E NORDESTE

3.1.1 REVISTAS

Nesse trabalho de revisão de literatura compilamos um total de 59 artigos científicos que versam sobre o tema “Agente Comunitário de Saúde”. Esses artigos encontram-se publicados em 35 revistas científicas de renome, são elas:

REVISTAS	ARTIGOS PUBLICADOS
Acta Paulista de Enfermagem	1
Acta Scientiarum Health Sciences	1
Boletim do Instituto de Saúde	1
Caderno de Saúde Pública	1
Caderno de Saúde Coletiva	1
Caderno de Saúde Pública	8
Ciência e Saúde Coletiva	7
Ciência e Saúde Coletiva	1
Comunicação Ciência e Saúde	1
Congresso Latinoamericano de Sociologia Rural	1
Congresso Brasileiro de Enfermagem	1
Família Saúde e Desenvolvimento	1
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	2
Interface - Comunicação, Saúde e Educação	5
Online Brazilian Journal of Nursing	2
Pesquisas e Práticas Psicossociais	1
Revista de Psiquiatria do Rio Grande Do Sul	1
Revista APS	1
Revista Brasileira de Educação Médica	1
Revista Brasileira de Enfermagem	2
Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	1
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1
Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	1
Revista de Educação	1
Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo	1
Revista de Saúde do Distrito Federal	1
Revista de Saúde Pública	1
Revista Eletrônica de Enfermagem	1
Revista Latino-Americana de Enfermagem	2
Revista Mineira de Enfermagem	1
Saúde e Sociedade	2
Saúde em Debate	2
Texto Contexto – Enfermagem	1
Trabalho, Educação e Saúde	2
UFES Revista de Odontologia	1
Total	59

3.1.2 ÁREA DA PESQUISA

As pesquisas que deram origem aos artigos foram quase que majoritariamente realizadas na área de saúde (66%). As pesquisas restantes foram realizadas de modo interdisciplinar (18%), salvo uma na Educação, duas na Economia e uma na Psicologia. Na análise realizada encontramos cinco artigos que ou não mencionam a área pesquisada ou não estão disponíveis na rede informatizada.

ÁREAS DA PESQUISA	ARTIGOS
Sem localização de área	5
Economia	2
Educação	1
Gênero/Saúde/Meio Ambiente	1
Psicologia	1
Psicologia/Educação	1
Saúde	39
Saúde/Educação	6
Saúde/Educação/Ciências Sociais	1
Saúde/Farmácia	1
Sociologia/Saúde	1
Total	59

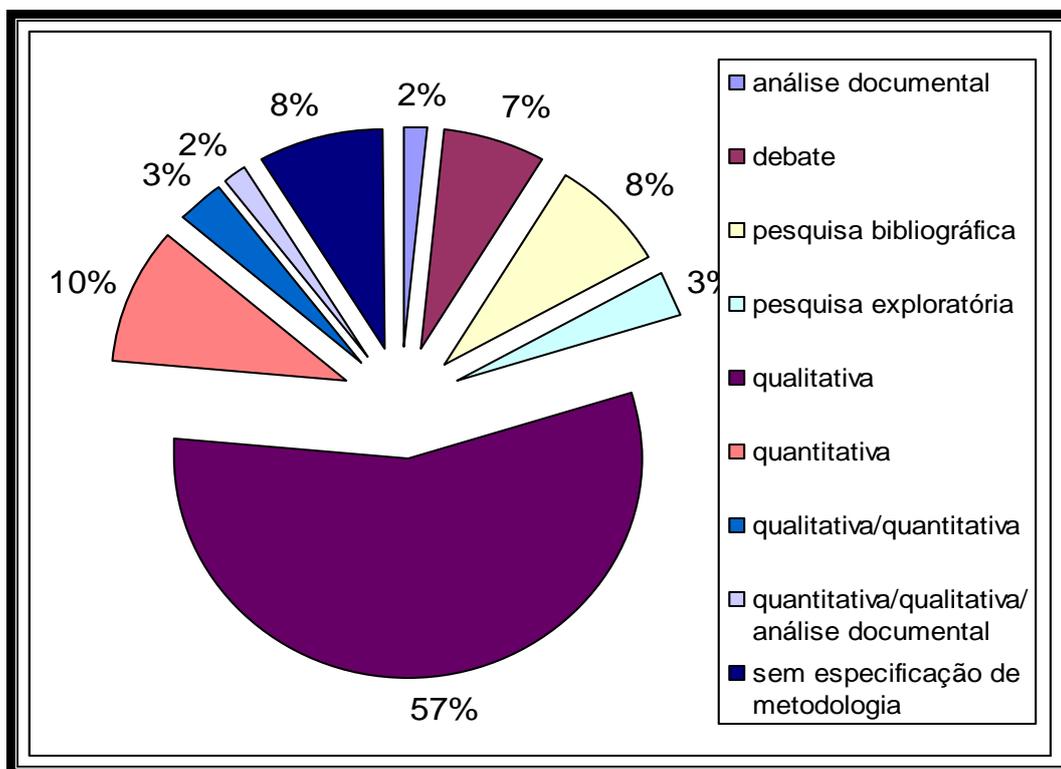
3.1.3 REGIÕES ONDE FORAM REALIZADAS AS PESQUISAS

No quadro abaixo observamos que os municípios da região sul do Brasil foram contemplados com 14 (23%) pesquisas, dentre os municípios pesquisados temos: Cascavel, Iporã e Londrina (PR); Porto Alegre, Lajeado, Rio Grande, Santa Maria e Tuparendi (RS). Nos municípios da região sudeste foram encontradas 20 (34%) pesquisas nos seguintes municípios: Lagoa Santa e Nova Contagem (MG); Bauru, Campinas, Cerquilha, Conchas, Francisco Morato, Itapirapuã Paulista, Ribeirão Preto, Rio Grande da Serra, Sorocaba (SP), também na capital do estado de São Paulo do Rio de Janeiro e Espírito Santo. Na região nordeste foram nove (15%) pesquisas nos municípios: Mossoró e Natal (RN); Recife e Camaragipe (PE); Itabuna (BA); Jucás e Sobral (CE). Na região norte foi localizada uma pesquisa em Xapuri (AC) e por fim, na região centro oeste encontramos duas pesquisas uma no Distrito Federal e outra em Anastácio (MS).

ESTADOS DA FEDERAÇÃO	PESQUISAS
Acre	1
Bahia	3
Ceará	2
Distrito Federal	1
Espírito Santo	2
Mato Grosso do Sul	1
Minas Gerais	2
Paraná	4
Pernambuco	2
Rio de Janeiro	4
Rio Grande do Norte	2
Rio Grande do Sul	10
São Paulo	12
Sem localização	13
total	59

3.1.4 METODOLOGIA UTILIZADA NAS PESQUISAS

A análise dos artigos revelou que a metodologia mais utilizada é a qualitativa (57%) tendo como enfoque: entrevistas semi-estruturadas, entrevistas abertas, com grupo focal e observação participante.



3.1.5 OBJETIVOS DAS PESQUISAS

Os artigos apresentaram pluralidade temática no que se refere aos objetivos das pesquisas e sendo impraticável mencionar todos os temas que foram analisados, escolhemos reuni-los no quadro abaixo de forma bastante sintetizada.

OBJETIVOS DAS PESQUISAS EM RELAÇÃO AOS ACSs
abordagem domiciliar
ações educativas dos ACS
atividades dos ACS
atribuições dos ACS
atuação na comunidade
concepção de saúde/doença/envelhecimento
concepção sobre sua atuação
concepção de educação em saúde
concepção sobre a sua formação
concepção sobre o seu processo de trabalho
condições de trabalho
conhecimentos sobre doenças específicas
construção da identidade do ACS
contribuição sobre os índices de saúde infantil
crenças e valores dos ACSs em relação à saúde
curso de formação
dificuldades no trabalho
dilemas bioéticos no trabalho
educação continuada
formação bioética do ACS
formação profissional dos ACS
incorporação dos ACS nos serviços de saúde pública
informação sobre medicamentos
inserção laboral e institucional do ACS
integração entre o ACS, a equipe de saúde da família e a comunidade
mediação no trabalho
medicamentos na rotina do ACS
papel do ACS no contexto da municipalização
papel do ACS no PSF
papel profissional do ACS
percepção do ACS e da equipe de saúde da família sobre sua incorporação no PSF
percepção do ACS sobre as ações desenvolvidas no PACS
percepção do ACS sobre o programa família saudável
percepção dos ACS em relação aos serviços de farmácia
percepções do ACS sobre a resiliência em famílias monoparentais
perfil do ACS
práticas referentes à doenças específicas
privacidade nas relações entre os usuários e os ACSs
propostas do ACS para o seu trabalho
qualidade de vida do ACS
receptividade da população para com o ACS
reconhecimento do papel do ACS pela população
regulamentação da prática profissional dos ACS
relações entre os ACSs e os usuários
satisfação com o seu trabalho
satisfação da população com o trabalho do ACS
trabalho de cuidado de saúde realizado pelos ACS
vulnerabilidades e o sofrimento dos ACS no cotidiano do trabalho

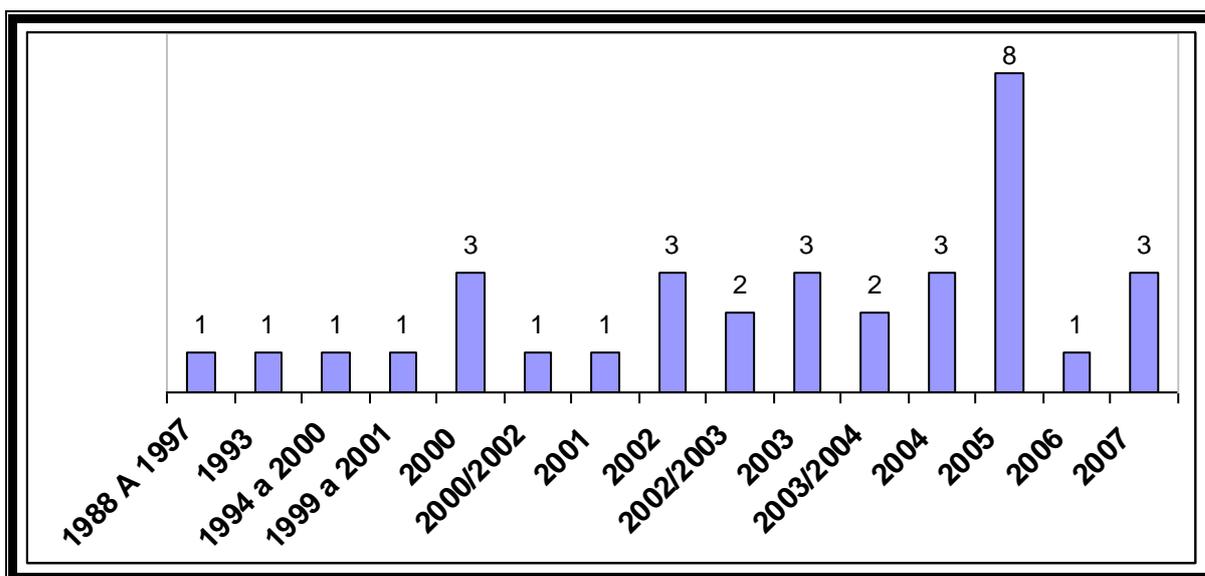
3.1.6 PALAVRAS CHAVES DAS PESQUISAS

Foi encontrado um total de 167 palavras chaves, sendo que, ACS foi a mais utilizada (30 vezes). Na tabela abaixo foram relacionadas somente as palavras chaves mencionadas até duas vezes

PALAVRAS CHAVES	QUANTIDADE
agente comunitário de saúde	30
assistência à saúde	3
atenção básica	2
atenção primária à saúde	5
auxiliares de saúde comunitária	2
bioética	3
comunidade	2
conhecimentos	2
educação em saúde	3
gênero	2
mediação	2
pesquisa qualitativa	2
peçoal da saúde	3
promoção da saúde	3
PSF	13
qualidade de vida	2
saúde da família	10
saúde pública	3
serviços de saúde	4
SUS	3
tuberculose	2

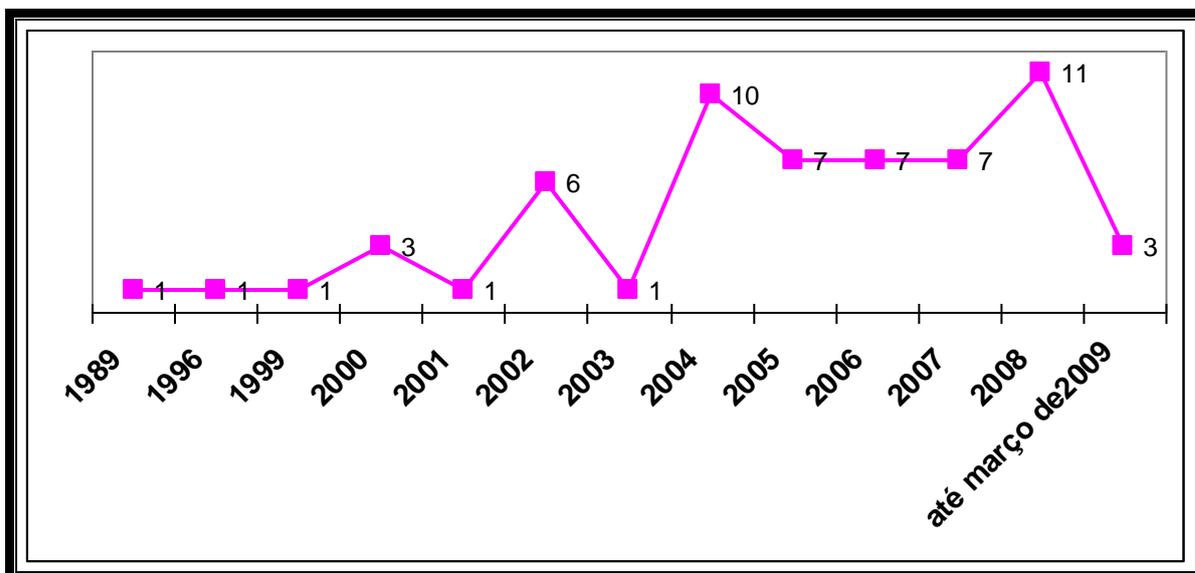
3.1.7 ANO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Detectamos que grande parte das pesquisas (14%) foi realizada no ano de 2005. Entretanto, em 25 artigos não foram mencionadas as datas das pesquisas.



3.1.8 ANO DE PUBLICAÇÃO DAS PESQUISAS

Os artigos compilados foram publicados entre os anos de 1989 até março de 2009. Em média as publicações acontecem de um a três anos após a realização da pesquisa.



Parte 3
Os Artigos

4. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE QUALITATIVA DOS ARTIGOS PRODUZIDOS NAS REGIÕES SUL E NORDESTE

*A Sociologia constrói — o que já foi pressuposto várias vezes como óbvio —
conceitos de tipos e procura regras gerais dos acontecimentos.
Nisso contrapõe-se à História, que busca a análise e interpretação
causal das ações, formações e personalidades individuais
culturalmente importantes.
Max Weber - Economia e Sociedade*

4.1 ARTIGOS SELECIONADOS DAS REGIÕES SUL E NORDESTE

A proposta de análise desse TCC foi de buscar identificar em revistas eletrônicas do Brasil artigos que tenham como objeto principal o ACS, descrevendo, analisando e discutindo suas potencialidades, seus conflitos, suas atribuições, seus limites e também, se entre os profissionais que realizaram estas pesquisas existem diferenças, ou semelhanças, entre as regiões Sul e Nordeste do Brasil, conforme tabelas abaixo:

ARTIGOS DA REGIÃO SUL DO BRASIL

13 artigos

TÍTULO DO ARTIGO	REVISTA PUBLICADA	LINK ACESSADO	ÁREA DE PESQUISA	REGIÃO	METODOLOGIA	FINALIDADE	PALAVRAS-CHAVE	ANO PESQUISA	ANO PUBLICAÇÃO
O trabalho em saúde bucal do ACS em unidades de saúde da família	Ciência e saúde coletiva, vol.13, nº. 4, p.1343-1354	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232008000400032&lng=pt&nrm=iso	saúde	Londrina - PR	qualitativa	compreender os significados e sentidos que permeiam o saber e o fazer em saúde bucal do ACS	agente comunitário	2005	2008
O cotidiano de trabalho do ACS no PSF em Porto Alegre	Ciência e saúde coletiva vol.10, nº. 2, p.347-355	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232005000200012&lng=pt&nrm=iso	saúde	Porto Alegre - RS	qualitativa	Estudar o cotidiano de trabalho do ACS no PSF de Porto Alegre	Agente comunitário de saúde, programa saúde da família, cotidiano de trabalho	2000	2005
Avaliação da qualidade de vida geral de ACS: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da QV	Revista de psiquiatria do rio grande do sul, vol.29, nº. 2, p.176-183	http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=s0101-81082007000200009&lng=pt&nrm=iso	saúde	município do interior do Paraná - PR	quantitativa	investigar a qualidade de vida do ACS	agente comunitário de saúde, qualidade de vida, organização mundial da saúde	2004	2007
Percepções e crenças de ACS sobre resiliência em famílias monoparentais pobres	Texto contexto - enfermagem, vol.14, nº especial, p.24-31	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-07072005000500003&lng=pt&nrm=iso	psicologia educação	Rio Grande - RS	qualitativa	investigar que idéias, crenças e percepções de resiliência em famílias monoparentais emergem dos	agente comunitário de saúde, educação em saúde da família	2005	2005

Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: 'um vendedor de saúde'	Saúde em debate v. 28, nº. 66, p. 58-67	http://cebes.org.br/media/file/publicacoes/rev%20saude%20debate/saude%20em%20debate_n66.pdf	saúde	Porto Alegre - RS	qualitativa/quantitativa	discursos dos ACS caracterizar o perfil sociodemográfico dos ACS e seu papel no PSF em Porto Alegre, segundo a óptica da equipe, da comunidade e dos próprios agentes	agente comunitário de saúde, atenção primária à saúde, programa saúde da família	2000	2004
Visita domiciliar: atividade do ACS no PSF	Família saúde e desenvolvimento, v.4, nº2, p.106-118	http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/5070/3835	saúde	Iporã - PR	qualitativa	analisar a abordagem domiciliar executada pelo ACS enquanto membro da equipe do PSF	saúde da família, agentes comunitários de saúde, visitantes domiciliares	2001	2002
A importância da educação continuada para os ACS	Revista de educação vol. 2 nº 3 p. 261-265	http://200.201.8.27/index.php/educereeteducare/article/view/668/560	saúde/educação	Cascavel - PR	qualitativa	relatar o desenvolvimento de um projeto de educação continuada junto as ACS e refletir sobre a importância da educação continuada para os ACS a partir da vivência da aplicação dessa prática	educação continuada, enfermagem, agente comunitário de saúde	sem data	2007

O medicamento na rotina de trabalho dos ACS da unidade básica de saúde Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, Brasil	Saúde e sociedade, vol.17, nº. 1, p.85-94	http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-12902008000100008&script=sci_abstract&tlng=pt	saúde/farmácia	Porto Alegre - RS	qualitativa	em aulas práticas supervisionadas examinar o papel do medicamento na rotina dos ACS estabelecer sua percepção em relação aos serviços da farmácia de uma unidade básica de saúde e identificar as necessidades de informação sobre medicamentos para elaboração de treinamento	SUS, agentes comunitários de saúde, informações sobre medicamentos, uso racional de medicamentos	sem data	2008
Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos agentes comunitários de saúde; estudo qualitativo	online brazilian journal of nursing, Niterói vol. 7, n. 3 (2008)	http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/14454	saúde	Porto Alegre - RS	qualitativa	analisar as concepções dos ACS sobre o atendimento prestado a usuários com comportamento suicida nas unidades básicas de saúde	tentativa de suicídio; atenção primária à saúde; saúde da família.	2007	2008
Agentes comunitários	Congresso brasileiro de	http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4887/0005	saúde	Tuparendi - RS	qualitativa	descrever as percepções de			2004

de saúde: a busca pela confiança e reconhecimento	enfermagem (56: 2004: Gramado, RS	05997.pdf?sequence=1				ACS sobre sua atuação afim de conhecer a subjetivação da identidade e espaço de atuação dos mesmos			
A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do programa saúde da família de Porto Alegre, rio grande do sul, Brasil	Cad. saúde pública vol.20 no. 5 rio de janeiro set./oct. 2004	http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x2004000500025	saúde/educação	Porto Alegre - RS	qualitativa	analisar o entendimento de ACS do PSF de Porto Alegre - RS sobre a noção de "negociação de sexo seguro" veiculada nas campanhas de prevenção à AIDS que são endereçados às mulheres	sexo seguro; síndrome de imunodeficiência adquirida; televisão; gênero	1994 a 2000	2004
Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa	Rev. soc. bras. fonoaudiol; 13(3): 258-266, jul.-set. 2008	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1516-80342008000300010&lang=pt	saúde	Santa Maria RS	qualitativa	analisar a eficácia de um processo de formação sobre a fonoaudiologia, desenvolvido com agentes comunitários de saúde, embasado na concepção teórica da educação radical em	prevenção primária; promoção da saúde; saúde pública; educação em saúde; saúde da família	2007	2008

Convivendo com agentes de transformação : a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde	Rev. bras. educ. med., abr 2006, vol.30, no. 1, p.32-38	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0100-55022006000100006&lng=pt&nrm=iso	saúde/ educação/ ciências sociais	Rio Grande do Sul	pesquisa exploratória	saúde conhecer as atribuições do ACS e qual a amplitude e o limite das suas ações	programa saúde da família, ACS, relações interprofissionais, educação profissional em saúde pública	sem data	2006
--	---	---	-----------------------------------	-------------------	-----------------------	--	---	----------	------

ARTIGOS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

9 artigos

TÍTULO DO ARTIGO	REVISTA PUBLICADA	LINK ACESSADO	ÁREA DE PESQUISA	REGIÃO	METODOLOGIA	FINALIDADE	PALAVRAS-CHAVE	ANO PESQUISA	ANO PUBLICAÇÃO
O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico	Caderno de saúde pública vol.18, n°. 6, p.1639-1646	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x2002000600018&lng=pt&nrm=iso	sociologia/saúde	Bahia - BA	qualitativa	analisar o processo de construção de identidade dos ACS a partir de sua inserção na equipe do PSF e da interação com os moradores dos bairros onde atuam	agente comunitário de saúde, redes comunitárias, serviços de saúde, programa saúde da família	1999 a 2001	2002
Saberes e fazeres de ACS frente à experiência da loucura	pesquisas e práticas psicossociais, 2(1)	http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/10artigoword.doc	psicologia	Natal - RN	qualitativa	mapear as concepções e as práticas desenvolvidas pelos ACS inseridos no PSF frente à experiência da loucura	agente comunitário de saúde, programa de saúde da família, saúde mental, reforma psiquiátrica	2005	2007
Agente comunitário de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional	Revista de odontologia da universidade cidade de São Paulo	http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_odontologia/pdf/1_janeiro_abril_2006/agentes_comunitarios.pdf	saúde	Mossoró - CE	qualitativa	analisar como os ACS desenvolvem suas atividades, qual o seu nível de satisfação e quais as afinidades que eles têm com a profissão	agentes comunitários de saúde, assistência à saúde, saúde pública	2003	2006

O agente comunitário de saúde e sua incorporação ao programa saúde da família no ceará: houve mudanças?	Cad. saúde colet., (rio j.); 12(2): 137-154, jul. 2004	http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2004_2/resumos/cad20042_francisco.pdf	saúde	Jucas - CE	qualitativa	escolhida, verificando também o nível de integração entre o agente e os demais membros da equipe, além da receptividade da população caracterizar o ser, o pensar e o fazer do ACS e sua percepção sobre a formação antes e após sua incorporação ao PSF, bem como conhecer a percepção da ESF e do ACS sobre esse processo	saúde pública, promoção à saúde, atenção primária à saúde, profissionais da saúde	2004
Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva	Cad. saúde pública vol.25 no. 4 Rio de Janeiro apr. 2009	http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x2009000400021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt	saúde	Itabuna - BA	qualitativa	analisar a produção do cuidado pelo agente comunitário de saúde (ACS) na saúde da família, tendo como marcadores seu processo de trabalho, as tecnologias de cuidado e a	assistência à saúde; saúde da família; tecnologia em saúde	2009

O significado que o ACS atribui ao seu trabalho no processo de construção no SUS no Brasil	Acta paulista de enfermagem, v. 17 nº 3	http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_3/pdf/art1.pdf	saúde	interior da Bahia - BA	qualitativa	caracterização da reestruturação produtiva conhecer o significado que o ACS atribui ao seu trabalho no processo de construção do SUS	SUS, programa saúde da família, agente comunitário de saúde	2002/2003	2004
Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental	Ciência. saúde coletiva vol.14 no. 1 Rio de Janeiro jan./feb. 2009	http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232009000100028&lang=pt	saúde	Sobral - CE	qualitativa	conhecer os saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental	gente comunitário de saúde, transtorno mental, estratégia saúde da família	2003/2004	2009
Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso	Revista saúde pública vol.39 no.5 São Paulo oct. 2005	http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26303.pdf	saúde	Camaragipe - PE	qualitativa	analisar as principais concepções entre agentes comunitários referentes ao processo de envelhecimento	agente comunitário de saúde. saúde do idoso. idoso. envelhecimento. conhecimentos, atitudes e prática em saúde bioética, pessoal de saúde, assistência à saúde	2000/2002	2005
dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde	rev. saúde dist. fed; 15(3/4): 67-77, jul.-dez. 2004	http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20-%20htm/biblio/htm_mono/mono_04/08_dilemas_bioeticos_agente_comunitario_saude.pdf		Recife - PE	qualitativa	Identificar e descrever questões bioéticas encontradas na abordagem individual e coletiva dos usuários de			2004

serviços de
saúde em sua
situação
cotidiana; e
apontar
potencialidades
e fragilidades
no processo de
formação
bioética desses
trabalhadores

Após agrupar os artigos encontrados em dois quadros divididos por região, foi feita uma nova seleção a partir de leitura, que buscou identificar as categorias já listadas. Novamente procedeu-se uma seleção dos artigos mais relevantes que por concentrarem suas pesquisas exclusivamente no ACS e seu cotidiano de trabalho receberam o tratamento mais acurado a seguir.

4.1.1 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE: UM VENDEDOR DE SAÚDE (FERRAZ, 2004).

“Ser agente comunitário de saúde foi uma oportunidade de reingresso no mercado de trabalho e que, para outros, ser agente representou reconhecimento e remuneração do trabalho já desenvolvido como voluntário na comunidade.”
Conclusão dos autores.

O artigo intitulado Agente Comunitário de Saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde, publicado na Revista Saúde em Debate, do Rio de Janeiro em 2004, de autoria de uma enfermeira, mestranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da ULBRA/RS e de uma médica, docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da ULBRA/RS, partem da constatação de que há uma crescente aderência dos municípios nos programas PACS e PSF, para traçar um “perfil sociodemográfico do ACS e seu papel no PSF em Porto Alegre”.

O procedimento metodológico foi à análise de conteúdo das entrevistas realizadas em um grupo composto por “114 ACS, 46 profissionais das equipes de saúde e 48 membros da comunidade”.

O artigo apresenta um breve histórico do PACS e do PSF que de acordo com as autoras, “é uma nova estratégia de organização da atenção primária, tendo suas ações dirigidas às famílias de forma personalizada e contínua” além de sua estratégia de atenção primária tendo como personagem recente o ACS. Também faz uma breve exposição da evolução do PSF na cidade de Porto Alegre que em 2004 “atingia 25% da população de baixa renda” e por atender “regiões carentes do município onde a qualidade de vida era baixa e o acesso aos serviços de saúde era difícil” sua ampliação estava entre as reivindicações do Orçamento Participativo naquele momento.

Os dados estatísticos apresentados são: dos 114 ACS entrevistados, 71% estavam na faixa etária de 30 a 49 anos; 22,8% tinham entre 19 e 29 anos. Quanto à distribuição em gênero houve um predomínio do sexo feminino de 88,6%. O grau de escolaridade 48,2% apresentou entre nove e 11 anos de estudo, enquanto 44,7% de cinco a oito anos; 4% quatro anos de estudo, o que equivale ao ensino fundamental completo e somente 1,7% mais de 12 anos de estudo equivalente à conclusão do ensino médio. A renda per capita dos ACS foi “menor que um salário mínimo em 14% dos casos [...] e 60% recebiam menos de dois salários mínimos. O último item é o que se refere ao tempo de moradia na comunidade: 38,6% apresentaram 10 a 19 anos de moradia; 24,6% 20 a 29 anos; 22,8% quatro a nove anos; 9,6% 30 a 39 anos e 4,4% tempo igual ou superior a 40 anos.

Estes dados geraram a base de reflexão das autoras formando três eixos para discussão pensando qual o papel o ACS representa da seguinte forma: o ACS por ele mesmo, o educador em saúde; o ACS para a equipe da saúde, o elo de ligação com a comunidade; e, para a comunidade o papel de elo entre a equipe de PSF e a comunidade e também o de vigilante em saúde.

Como dados relevantes neste artigo destacam-se o fato de perceber uma tendência nacional na preferência por ACS do sexo feminino; o grau de escolaridade; ser na cidade obrigatório um processo seletivo, que exige saber ler e escrever faz com que os candidatos tenham pelo menos o ensino fundamental, enquanto em cidades que não realizam a seleção, é comum ser feita à indicação política para a função – na época de elaboração do artigo. Quanto à renda, o fato de estar o ACS em uma faixa de renda baixa, segundo as autoras, o aproxima da população carente, seu alvo principal.

Este mesmo artigo foi publicado um ano depois, em 2005, sob o título: **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre**. A base de dados estatísticos foi a mesma, acrescentada de questões referentes ao número de famílias que todos os ACS tinham sob sua responsabilidade, qual atividade desenvolvia e qual o período mais adequado para fazer visitas, além de quantas visitas diárias é possível proceder.

Neste segundo artigo houve uma maior preocupação das autoras com o ACS e sua formação emergindo questões como: qual a formação religiosa do ACS e sua influência em sua atividade? A baixa escolaridade pode influir na comunicação do ACS com a comunidade? E com a equipe de saúde?

Quanto aos fatores culturais, foram levantadas questões relevantes como respeito à diversidade sexual, religiosa e a pluralidade de famílias não só mais mantidas por homens, mas, também só por mulheres ou só por idosos.

Outro ponto de relevância para o ACS foi percebido nesse artigo que é o fato de ser este profissional responsável por preencher papéis e dever exercer nas UBS atividades burocráticas o que causa desagrado por parte de todos os ACS que preferem o “serviço na rua”. Além de o número de famílias geralmente ser alto o que não garante visitas de qualidade a todas as famílias.

Algumas sugestões apontadas pelas autoras são, “incorporar um auxiliar administrativo nas equipes de PSF; diminuir o número de famílias por ACS; e oferecer mais capacitações e educação permanente no Programa”, ressalta também ser de vital importância a “ação de vigilância exercida pelos ACS”.

4.1.2 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO PACS E PSF: UMA ANÁLISE DE SUA VIVÊNCIA PROFISSIONAL (ESPÍNOLA, 2006).

“Isso aponta para a responsabilidade do gestor local em estimular esses atores sociais, criando condições favoráveis em todos os sentidos, de maneira que motivados individualmente possam, no exercício de suas atividades, gerar mais saúde e conseqüentemente melhor qualidade de vida para a população.”
Conclusão dos autores.

O presente artigo de autoria de um cirurgião-dentista do PSF da cidade de Mossoró no Rio Grande do Norte e de uma professora do curso de Pós-Graduação em Odontologia da UFRN foi publicado na Revista de Odontologia da USP em 2006.

Seu objeto de estudo é o ACS e “como desenvolve suas atividades, qual o seu nível de satisfação e quais afinidades que eles têm com a profissão escolhida”. Os procedimentos metodológicos utilizados foram “questionários com questões abertas, fechadas e de múltipla escolha”, aplicados em um total de 286 ACS que se prontificaram respondê-lo.

A linha de raciocínio escolhida pelos autores para responder a sua questão é inicialmente uma revisão bibliográfica amparando-se em artigos que estão presentes nesse TCC. Não há referência a textos das ciências sociais. Além de amparar-se no site do Ministério da Saúde para as informações oficiais referentes ao SUS, ESF e ACS.

A época da realização do artigo o município de Mossoró contava com 27 UBS, e um total de 286 ACS. Desses foram selecionados “aleatoriamente 134 agentes que se dispuseram a participar [...] um total de 46,85% do total de agentes atuantes”.

Após a apresentação dos dados estatísticos coletados na pesquisa os autores constataram, de acordo com a fala dos ACSs, que há a necessidade de uma carreira com “melhores salários e reconhecimento da categoria e condições adequadas de trabalho”. O artigo aponta direções divergentes, pois, ao mesmo tempo em que os ACSs garantem sentir satisfação por exercer a função, acreditam não ter “condições de trabalho” e, ao perceberem salários muito aquém do merecido, têm sob sua responsabilidade um “alto número de famílias” a que devem atender e uma “falta de valorização profissional” por parte dos gestores.

Com este estudo os autores concluíram ser necessário o estímulo individual do profissional para que possa surtir efeito no grupo durante o exercício das atividades, gerando com isto “mais saúde e conseqüentemente melhor qualidade de vida para a população”.

No entanto não foram bem exploradas questões como a formação continuada, pois durante a pesquisa houve referência a que ACSs tenham participado de mais de um curso, no entanto, não houve por parte desses, reclamação no sentido de pedir uma renovação no conteúdo ou sugestões para que o curso fique mais interessante colaborando para a melhoria das condições de trabalho.

4.1.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA GERAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO RELATIVA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA (KLUTHCOVSKY, 2007)

*“Parece claro que qualidade de vida é eminentemente interdisciplinar, sendo necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o aprimoramento metodológico e conceitual.”
Uma das conclusões dos autores.*

Este artigo foi elaborado por uma equipe multidisciplinar composta por dois médicos, uma enfermeira e uma doutora em estatística, todos Professores Universitários dos estados de São Paulo e do Paraná. Foi publicado na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul em 2007, e seu campo de estudo foi o interior do Paraná, município não nominado na pesquisa.

O objetivo da pesquisa foi “avaliar a contribuição relativa de cada domínio da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e das variáveis sociodemográficas para a qualidade de vida dos ACS”.

Tendo como base teórica autores como Da Matta e Geertz, os autores buscaram descrever a construção da identidade do ACS “a partir de sua inserção no ESF e da interação com os dos moradores do bairro”.

O artigo destacou a partir das pesquisas aspectos relacionados “aos conflitos de interpretações e as relações de poder que se estabelecem entre os usuários” repetindo um recurso metodológico utilizado em outro artigo analisado, o de partir de três perspectivas: analisar a identidade “que vem inscrita na formação oficial desses agentes, aquela produzida pelo próprio agente acerca de si mesmo e da sua prática e aquela veiculada pela comunidade”.

Um dado relevante apontado pelos autores foi o fato de serem os ACSs de maior idade considerados os que “tendem a conhecer melhor a comunidade, possuir mais vínculos e amizades”, no entanto, podem ter “algumas inimizades ou conflitos com outros moradores”. Ainda com relação ao indicador faixa etária, o fato de “ter seus próprios conceitos sobre saúde e doença, podem ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde”.

Como qualidade de vida é “eminentemente interdisciplinar” para os ACSs, a melhoria dessa envolve “boa saúde física, boa saúde psicológica e boa remuneração além de bom ambiente de trabalho”. Vale ressaltar que se percebeu que os ACSs do sexo feminino apresentaram um maior cuidado com a saúde.

4.1.4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DESSE PERSONAGEM HÍBRIDO E POLIFÔNICO (NUNES, 2002).

“Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referências biomédicas, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.”
Parte das conclusões dos autores.

Para analisar a construção da identidade do ACS os autores, vinculados ao Instituto de Saúde Coletiva e do Departamento de Sociologia da UFB, ao tentar captar como se processa a construção da identidade do ACS, se propuseram uma pesquisa de “cunho etnográfico”, por meio de “entrevistas domiciliares” e “grupos focais”.

Além de buscar a formação do profissional ACS, houve um interesse em perceber as relações de poder e os conflitos que dela advém no interior das equipes e nas relações ACS comunidade.

Dentre as necessidades apontadas as principais foram, “munir o ACS com conhecimento biomédico” e “saberes que o habilitem no processo de interação com as famílias”. Também se identificou a necessidade de treinar o ACS para realizar “procedimentos técnicos como medida de peso e altura de crianças” e mais especificamente, “hábitos higiênicos e alimentares”.

Quanto aos conflitos pode-se perceber uma “insatisfação quanto à irregularidade ou insuficiência da educação que recebem”, os conflitos com relação à hierarquia e o prestígio na comunidade, pois, com a chegada da equipe de saúde, segundo os autores, pode causar “desarmonia na condução das ações” e sentimentos de “ciúme”, por parte dos ACSs e/ou da equipe médica.

Outro ponto conflitante apresentado pelos autores é a diferença salarial *versus* a responsabilidade com a saúde do usuário. Se, por um lado os profissionais da saúde percebem salários “entre R\$ 1.200,00 a R\$ 2.500,00 para enfermeiras e R\$ 3.000,00 a R\$ 3.500,00 para médicos”⁴ os ACS estão na faixa de um salário mínimo (R\$ 429,00) o que, segundo os autores, causa insatisfação por parte de alguns ACS.

Os autores nominaram como “miscigenação cultural” ao encontro entre os saberes médico e popular, e perceberam alguma resistência por parte dos ACS em transmitir conceitos que conflitavam com sua experiência de vida.

4.1.5 CONVIVENDO COM AGENTES DE TRANSFORMAÇÃO: A INTERDISCIPLINARIEDADE NO PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZADO EM SAÚDE ((BUCHADQUI, 2006).

*“Uma saúde que seja não apenas (apenas?) cuidado do corpo e da mente, mas também um campo estratégico para a construção de um mundo possível”
Conclusão dos autores.*

O presente artigo foi escrito por um Professor mestre em epidemiologia, um Professor doutor pesquisador da Faculdade de Medicina e um aluno da graduação em Ciências Sociais, todos integrantes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A

⁴ Valores referentes à época da pesquisa: 1999 a 2001.

pesquisa foi elaborada no ano de 2005 e publicada na Revista Brasileira de Educação Médica em 2006.

Partindo da frase: saúde é filosofia, é ideologia e é política, este artigo busca analisar a educação em saúde em nível técnico e universitário bem como os métodos de pesquisa em saúde.

Para refletir sobre a educação em saúde os autores partem de um conceito político desenvolvido por Robert Michels, cientista político do início do século XX, que referia ser “uma das consequências advindas do acirramento das disputas eleitorais o acirramento dos discursos e das práticas”, e dos estudos de Michel Foucault que ao refletir sobre a medicina percebeu um “saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores”.

A partir destas premissas os autores buscam refletir sobre qual a melhor forma de pensar e fazer saúde coletiva e contribuir para um SUS alicerçado na “democracia e permeado pelo sentimento de respeito aos direitos a autonomia dos sujeitos”.

Ao efetuarem um estudo de caso na UFRGS no Programa Unisaúde, elegeram como objeto de estudo o ACS e quais suas atribuições e possibilidades. Nessa discussão propuseram “uma pesquisa com um olhar dialético quanto ao seu papel de articulador junto ao PSF” inserindo-o em um campo que abrange a saúde e a educação, se partirmos do princípio de que o ACS é um educador em saúde.

Para embasar este argumento buscaram subsídios em Paulo Freire, e seu conceito de educação popular, e a necessidade de “o educador conhecer a realidade na qual estão inseridos os educandos” e com isso “construir o processo pedagógico”.

Utilizam-se os autores de um argumento antropológico – o afeto – que a autora Jeanne Favret-Saada em o **Ser afetado**, expõem com clareza, o sentido de “deixar-se afetar”, consideram que “sem vínculo nada é possível”, trabalham a questão de um envolvimento quase emocional entre ACS e comunidade.

A grande preocupação dos autores com relação à educação dos ACSs não se restringe aos processos de treinamento pedagógicos e biomédicos a que os ACSs são submetidos enquanto exercem a função, mas, uma educação mais abrangente que se inicie na escola nos primeiros anos e seja um crescente alcançando todos os cidadãos conscientizando-os de sua real posição na sociedade.

Dentro dessa perspectiva de mudança pedagógica os autores sugerem uma mudança arquitetônica em UBS e Hospitais para que esses procedimentos promovam uma mudança de paradigma partindo das equipes de saúde e atingindo a população, assim acreditam haverá uma mudança na forma de pensar a saúde e o doente.

Para concluir fazemos à transcrição de uma parte do artigo que em nosso entender reflete o pensamento dos autores,

não se faz saúde só com médicos, enfermeiros e sociólogos sanitaristas. Não se faz saúde só com farmacêuticos e psicólogos. Não se faz saúde só com nutricionistas e fonoaudiólogos. A saúde se faz nos gestos, nos olhares, na felicidade e na promoção da autonomia. Faz-se no cuidado do outro e de si. Faz-se com a construção de novas mitologias do cuidado, que devem ocupar o lugar de antigas verdades, rígidas, e que não conseguem mais dar conta de toda a complexidade da vida e das dinâmicas sociais. Precisamos urgentemente resgatar a dimensão do sonho, da transgressão, da capacidade de ousar ir além dos cânones, de ampliá-los, de ultrapassá-los. E este sonho há que ser coletivo, múltiplo e plural. Há de ser lúdico, como lúdico e cidadão devem ser o fazer em saúde que se quer construir. Afinal, esta saúde de que se fala não cabe mais em palavras que não sejam poemas, e nem em gestos que não sejam dança.

4.1.6 VISITA DOMICILIAR: A ATIVIDADE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (FABRI, 2002).

*“...o agente vê os resultados mas dá impressão que os outros não vê os resultados, as pessoas perguntam... o que o agente de saúde faz? ...parece que você está trabalhando em vão... mas em relação a sociedade ele nunca vê, sei lá é meio em vão o que a gente faz.”
Fala de um agente mencionado no artigo.*

Este artigo é parte de monografia de especialização apresentado pela autora e sua orientadora na Escola de Saúde Pública da Universidade Estadual de Maringá.

Parte da análise da abordagem do ACS na visita domiciliar, tendo como procedimentos metodológicos uma pesquisa exploratória descritiva de análise qualitativa com entrevistas semi-estruturadas e observação participativa.

O artigo se inicia com a constatação de que nas instituições de saúde os “profissionais são viciados em atender a população se distanciando dos problemas reais [...] sem solucionar os problemas [...] preocupados em atender bem na alta rotatividade do paciente”.

Após uma reflexão quanto às premissas do SUS e do ESF percebeu a autora que devido aos constantes programas de treinamento direcionados aos ACSs esses se tornam

profissionais capacitados para oferecer à população maior qualidade na atenção básica em saúde.

Mas, segundo a autora, para atender as atribuições ditadas pelo MS para a atuação do ACS é preciso que primeiro a família esteja disposta a recebê-lo, podendo, portanto, “acontecer desvantagens e contratempos como rejeições por parte da família”, relata também que esta rejeição pode partir também do visitador, no entanto há casos em que a família “faz um vínculo com o ACS expondo seu problema com mais naturalidade”, despertando o usuário para os benefícios de participar das ações em saúde.

Suas questões mais importantes para verificar a atuação do ACS foram: será que estão sendo adequadas as abordagens do ACS às famílias? Há segurança dos ACSs na execução desta função? Durante as visitas domiciliares quais são as dificuldades mais comuns que enfrentam?

Ao final da pesquisa a autora considerou que o ACS na visita domiciliar “cumpriu o objetivo esperado da pesquisa [...] se comportou como um profissional de saúde responsável com a família, [...] coletando informações, ajudando e buscando soluções para os problemas levantados”. Dentre as entrevistas realizadas somente em três registraram “colocações negativas sobre a resistência da família [...] por problemas políticos com os administradores públicos”.

Quanto ao relacionamento ACS e família “foi caracterizado no início como difícil e resistente, mas com o tempo conseguem conquistar a família passando a ter confiança estima e amizade”.

Como consideração final a autora expõem um fato a ser analisado mais detidamente que é a capacitação de ACS que torna esse “um disseminador de conceitos de prevenção e saúde” com isto conclui “estamos divulgando mais informações sobre saúde, do que sobre doença”.

4.1.7 O SIGNIFICADO QUE O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE ATRIBUI AO SEU TRABALHO NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL (ROSA, 2004).

*“Eu acho que o agente faz parte do SUS.
Se é o sistema de saúde o agente é o elo de
ligação da comunidade com o posto, com o sistema.”
Depoimento de ACS.*

Este artigo foi produzido por dois graduandos do curso de enfermagem da Unifesp, orientados por uma Professora doutora em enfermagem da mesma instituição, entre os anos de 2002 e 2003, com publicação na Revista ACTA Paulista de Enfermagem no ano de 2004.

O campo de pesquisa qualitativa foi um município do interior da Bahia, com predominância de população rural. Utilizando-se de entrevistas, os autores buscaram perceber qual o significado que o ACS inserido no PACS e ESF atribui ao seu trabalho.

As conclusões a que chegaram apontam no sentido de um reconhecimento da “importância de seu trabalho na comunidade [...] como facilitador da saúde pública”, no entanto, conhecem pouco o SUS, associando-o ao cartão de agendamento de consultas.

Apoiando no método da História Oral, que busca “uma reflexão social por meio do resgate da memória” foram levantadas as seguintes questões pelos autores: o que significa ser ACS? Que trabalho exerce o ACS? Qual a relação do ACS com o PSF e o SUS?

Os depoimentos colhidos são muito importantes porque refletem o perfil médio do ACS: nível escolar e cultural de fundamental a médio, o que faz com que os ACSs não correlacionem informações importantes sobre saúde e doença, nem seu papel enquanto agente transformador e as diretrizes do SUS.

Para responder a primeira questão, entre as respostas que estão no artigo, uma das mais significativas é a em que o ACS se localiza na posição de “ajudar as pessoas” principalmente “gente carente”, mesmo estando ele em muitos casos, atuando nesta função após longo período de desemprego e também ser carente.

Para descrever qual trabalho exerce, a fala mais significativa é uma em que o ACS descreve suas atividades: “a gente olha o cartão de vacina, pesa, orienta as grávidas, avisa as mães para vacinar os filhos”.

Quanto à relação ACS-ESF-SUS os comentários foram de um total desconhecimento como o de um ACS que diz: “PS., esse programa, eu não sou assim bem entendido [...]” e outros que demonstram um entendimento e esclarecimento quanto às leis trabalhistas e o vínculo empregatício: “PSF é o Programa de Saúde da Família, aqui praticamente não foi implantado [...] eu tenho uma boa informação que o PSF é o médico, o enfermeiro e um agente em cada localidade”[...] “o problema hoje é que a gente trabalha sem segurança, não tem carteira assinada, não tem 13º, não tem férias...”

Para os autores ficou claro que os ACSs daquela cidade e naquele momento não dimensionavam a extensão de sua atividade profissional. A regulamentação da profissão de

ACS se deu por meio da lei 10.507, de 10 de julho de 2002, garantindo a partir de então vínculo empregatício e curso de formação dando respaldo e subsídios para estes profissionais. Provavelmente estas entrevistas foram feitas antes desta data, o que justificaria as queixas quanto ao abandono legal referido pelos ACS.

Apesar de ter sido elaborado já há muito tempo e não contemplar mudanças importantes, uma das conclusões relevantes a que chegaram os autores e que ainda nos dias de hoje pode, e deve ser considerada, foi a queixa dos ACS da alta rotatividade dos profissionais da área médica e enfermeiras nas UBS, dificultando o processo de continuidade de demandas estabelecidas.

Parte 4
Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comentário não tem outro papel, sejam quais forem as técnicas empregadas, senão o de dizer enfim o que estava articulado silenciosamente no texto primeiro. Deve, conforme um paradoxo que ele desloca sempre, mas ao qual não escapa nunca, dizer pela primeira vez aquilo que, entretanto, já havia sido dito e repetir incansavelmente aquilo que, no entanto, não havia jamais sido dito.
Michel Foucault - *L'ordre du discours* (1971, p. 27)
Everardo Nunes (1999, p. 18)

O único pré-requisito para a escolha dos artigos foi o de ter obrigatoriamente como descritor a palavra-chave o Agente Comunitário de Saúde, o que demonstrou a princípio ser seu objeto imediato de pesquisa.

Os artigos por nós analisados apresentaram certa repetição de referências, quando o assunto é o ACS, o ESF e o SUS. Todos se iniciam com a mesma reflexão, partem das idéias e metas, divulgadas em Alma Ata, e dos dados encontrados no site do Ministério da Saúde, relevantes, porém maçantes quando lidos a exaustão.

A denominação “preferida” dos autores é o ACS ser o **elo de ligação** entre a comunidade e a equipe do ESF. Outro termo utilizado foi o de tradutor, a ponte ou o comunicador, como que traduzindo a posição de mediador ou intermediário entre os saberes.

Ainda são apresentados termos como: solucionador, vigilante da saúde e da família, educador em saúde e observador. Todos os termos citados tanto por profissionais da equipe de saúde, quanto por ACSs e comunidade.

Estes termos de designação acabam por influenciar o próprio ACS no seu cotidiano, pois, de acordo com os artigos ele mesmo se refere à função de ACS como um elo de ligação entre o usuário e a UBS.

A própria lei já o define como educador em saúde, mas, devido à deficiente dinâmica de formação dos ACSs este conceito de acordo com os artigos, não está bem incorporado.

O ACS descrito nos artigos apresentou como principal atividade a visita domiciliar, seguida da educação em saúde e apoio as equipes dentro da UBS. São reconhecidos como pessoas respeitáveis e de confiança. Ao mesmo tempo esta descrição conduz a algumas dificuldades.

Dentre as dificuldades narradas pelos ACSs nos artigos podemos citar o ato de não se sentirem a vontade para falar de higiene em uma comunidade onde não há por parte da

Prefeitura a manutenção do serviço de saneamento básico, ou em locais em que o caminhão do lixo não faz coleta regular, situações nas quais os ACSs geralmente não dispõem de argumentos apesar de ser o representante do sistema de saúde.

Outras dificuldades apontadas foram à rejeição por parte do usuário diante da iniciativa do ACS em buscar informações relevantes na comunidade; a não aceitação por parte de alguns usuários à ACSs do sexo masculino; e, o levantamento de informações que são relevantes, mas, que por falta de treinamento não tem acesso.

As potencialidades e os limites dos ACS foram amplamente discutidos nestes artigos. Percebeu-se uma preocupação por parte dos autores para com a formação cultural, intelectual e grau de escolaridade do ACS para melhor exercer sua função tanto no contato com a comunidade como com as equipes de profissionais da saúde.

O ACS pode fazer muito em matéria de vigilância e prevenção, desde que bem treinado, no entanto, muitos dos profissionais que recebem treinamento, logo após sua integração ao grupo do ESF, devido às constantes mudanças na administração das secretarias de saúde, por serem estes cargos comissionados indicados politicamente, são demitidos, substituídos por outros na troca de favores político, que obedecem a um rodízio.

Atualmente, há a lei nº 11.350 - de 5 de outubro de 2006 que regulamenta o processo seletivo para contratação do ACS, em caráter celetista, inclui prova escrita e entrevista, e garante ao ACS estabilidade no emprego. Estas mudanças incorporaram também a formação continuada do ACS com um curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde com duração de 1.200 horas.

Encontramos uma publicação do Ministério da Saúde em parceria com a Fiocruz (BATISTELLA, 2007, p. 31), em que o autor trata do treinamento do ACS lembrando que,

na perspectiva da formação de profissionais de saúde [...] é fundamental que se reconheça e respeite a expressão de crenças e práticas na sociedade, viabilizando um encontro de saberes que possa conferir maior efetividade às ações de promoção, prevenção e cuidado, realizadas pelos serviços de saúde.

Especificamente quanto aos limites e potencialidades do ACS descritos nos artigos, há uma grande lacuna referencial, pois, a maior fonte de dados disponíveis é relativa ao site do Ministério da Saúde descrevendo em seus dados oficiais quem é o ACS, o que se espera dele e quais suas expectativas.

A produção de artigos não preencheu esta lacuna por produzirem poucos dados novos e se utilizarem de conceitos e dados já estabelecidos.

Esses apontaram algumas necessidades dos ACS, mas, timidamente questionam ou colocam o ACS no dever de ser mais “curioso” em sua atividade. O incentivo deve ser do gestor ao mantê-lo informado, formado e constantemente integrado em sua equipe. No entanto, deve partir do profissional o interesse em saber mais, para poder solucionar pendências referentes à saúde, dentro da sua área de atuação.

Os cursos de formação de ACS que são ministrados em todos os estados brasileiros por Escolas Técnicas de Saúde, são geralmente cumpridos por cidadãos que anseiam por um diploma que poderá em breve lhe render um aumento salarial e não contam com uma avaliação qualitativa por parte dos órgãos governamentais e tampouco os ACS demonstram ter-se integrado ao SUS.

Também se percebe uma incoerência da política de educação continuada do SUS que determina que todos os ACSs devem ser formados, mas, não garante a estes estabilidade, permitindo os processos seletivos com duração de dois anos apenas, apesar de a lei ser clara quanto ao regime de trabalho ser celetista.

Com isso muitos ACSs formados e aptos ao trabalho buscam novas oportunidades e o custo governamental em sua formação “vai pelo ralo”.

Quanto às potencialidades, só serão bem trabalhadas se ao abrir um edital para seleção de ACS's for esclarecido aos candidatos quais serão suas atividades, o caráter biomédico e preventivo desta função e quais as expectativas que terá a equipe do ESF com relação a sua atuação.

A possibilidade de exigir maior escolaridade beneficiará o ACS com o consequente aumento de salário e um maior entendimento do profissional das atividades a serem cumpridas.

A conclusão a que chegou um determinado artigo de que enquanto “a comunidade o inscreve em uma demanda de tipo predominantemente pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica” (NUNES, 2002), nos faz perceber o tipo de conflito identitário a que está inscrito o ACS, com um “choque de culturas” que só podem ser analisadas a partir de conceitos sociológicos.

Todos os artigos apresentaram como necessária e urgente uma capacitação que envolva questões antropológicas e sociológicas para o ACS no intuito de fazê-lo perceber a variedade de conflitos e saberes a que está exposto diariamente.

Quanto as possíveis diferenças percebidas entre os profissionais ACS nas regiões Sul e Nordeste, há uma uniformidade de narrativas quanto às atribuições e potencialidades

deste profissional que iniciou sua caminhada como um “amigo da comunidade”, alguém conhecedor de seu ambiente, afeito às necessidades de seus vizinhos e que deveria buscar sanar as dificuldades referentes à saúde quando da descentralização da saúde e a implantação da atenção básica nos municípios brasileiros.

Nas duas regiões se percebe nos artigos uma preocupação constante com uma melhor formação dos ACSs quanto às questões biomédicas e uma integração constante entre equipe de profissionais em saúde e “agentes educadores em saúde” os ACS.

Outra preocupação dos profissionais é um empenho maior dos gestores na escolha de profissionais com certo nível cultural que permite trabalhar questões étnicas, de gênero, de religião e ético-políticas.

Quando um artigo coloca em suas considerações finais que há uma “disseminação de conceitos de prevenção e saúde e não sobre o que é doença”, nos faz refletir sobre os saberes populares e o saber médico instituído, que por não haver diálogo entre esses dois campos de conhecimento divergem, quando poderiam, caminhar junto.

Este acontecimento não é isolado, pois, tanto nos estados do nordeste quanto nos do sul a preocupação é a mesma: saberes populares perdidos por divergências que deveriam ser superadas e saberes médicos que são ignorados assim que o paciente cruza a porta da UBS.

Muitas das práticas em saúde da população não são aceitas e nem entendidas pelos profissionais que compõem a equipe do ESF, erguendo barreiras de comunicação que quando apresentadas aos ACS na maioria das vezes ficam sem solução, por esses acreditarem que não haverá um diálogo amigável que solucione estas questões.

Quanto ao possível interesse dos profissionais da sociologia em pesquisar questões que envolvam o ACS, somente dois artigos apresentaram especificamente um profissional das Ciências Sociais como autor. As próprias referências não foram as mais capacitantes.

Observou-se em Espínola (2006), algo que despertou a curiosidade. Como um profissional da Odontologia se capacitou para tentar analisar as questões referentes à integração do agente com os membros de sua equipe, afinidade com a profissão e receptividade da população?

Houve a intenção destes profissionais da saúde em contemplar conceitos antropológicos e sociológicos como família, cultura, religião e sociedade e então tentar responder às angústias dos ACS.

Mas, quais são os paradigmas a que estão afeitas as análises destes profissionais?

Houve inclusive por parte destes autores a apropriação de termos como “atores sociais” e em suas referências não constam nenhuma literatura sociológica, antropológica, ou seja, pertencente à área das ciências sociais que possa subsidiar seus dizeres.

Ao refletirmos sobre nossa proposição inicial de perceber o ACS tipo ideal, ou o preconizado pela lei, e, o descrito pelos artigos, se percebe um grande vazio, pois muitos dos ACSs têm baixa escolaridade e baixa compreensão da real importância de sua função. Ao mesmo tempo todos os artigos partem do princípio estabelecido pela lei e aos quais o ACS deve corresponder diariamente.

O tipo ideal ACS não pode ser incorporado ao dia a dia dos profissionais desta função, pois, muitos não dispõem ainda de recursos intelectuais para compreender seu real papel dentro da sociedade, trilhando um caminho de incertezas e dúvidas, que acabam por culminar em pedidos de demissão em busca de “um emprego melhor”.

A função social exercida pelo ACS é um trabalho minucioso que deve ser comparado a de um único construtor que decide erguer uma pirâmide como as existentes no Egito. Cada bloco que deve ser removido exige não só conhecimento técnico e científico, mas também boa dose de sabedoria popular para observar antes e traduzir com simplicidade códigos científicos acessíveis a todos, mas, compreendidos por poucos.

O agente eminentemente social – agente comunitário de saúde – é para a sociologia da saúde uma porta de entrada para compreender como se estrutura o SUS e como acessa o cidadão comum a serviços de baixa, média e alta complexidade, dos procedimentos mais simples aos mais sofisticados, influenciado com toda a força pelo capital cultural, intelectual e econômico que formam o *habitus* que o cerca.

Quanto à reflexão a partir do conceito de tipo ideal, ou seja, o ACS que a lei preconiza e o ACS descrito nos artigos percebemos uma excelente estruturação das atribuições do ACS que constam na lei, mas, por se sentir despreparado pedagógica e emocionalmente o ACS não dispõe de mecanismos de ação para cumprir suas atividades a contento. Deixando muito a desejar em suas tarefas diárias.

Os autores pesquisados foram unânimes em indicar como solução para as lacunas que existem entre as exigências da lei e os serviços prestados pelo ACS que o único meio de solucionar é com mais atenção à questão do treinamento.

A formação a que se referem os autores e por nós percebidos deve abranger aspectos de cultura, religião, gênero e conhecimentos biomédicos que possibilitem ao

profissional, mesmo o de nível escolar deficitário, buscar perceber em sua área de atuação necessidades que devem ser sanadas.

O tipo ideal ACS que tem como atribuição: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar o cidadão comum usuário do SUS, juntamente com todos os problemas levantados sobre ele pela literatura, não está muito distante da realidade em grandes centros aonde as facilidades de acesso o conduzem mais facilmente às novidades e conseqüentemente a uma maior integração com o sistema.

Quanto aos moradores de regiões mais afastadas, as necessidades são maiores, e maiores também as dificuldades quanto às condições de vida da população e do ACS. Nestes a convicção de que não há esperança e nem necessidade de mudanças tende a ser maior e a dependência do poder público para sua formação e para atender as reivindicações também assumem maiores proporções.

Recentemente, na continua busca por informações sobre o ACS, encontramos um edital de concurso público para ACS publicado em um site especializado da Prefeitura Municipal de Mato Grosso do Sul, para a Capital Campo Grande.

O edital elaborado segue as normas legais para seleção que dispõe: “provimento efetivo do Quadro Reserva de Pessoal da Agência Municipal de Prestação de Serviços à Saúde - AGÊNCIA DE SAÚDE”.

O que chama a atenção neste edital são as especificidades:

- o vencimento do cargo de Agente Comunitário de Saúde é de R\$ 477,84 (quatrocentos e setenta e sete reais e oitenta e quatro centavos).
- a jornada de trabalho dos ocupantes do cargo de Agente Comunitário de Saúde é de 40 (quarenta) horas semanais e 180 (cento e oitenta) horas mensais.
- O candidato para se inscrever no Concurso deverá recolher o valor de R\$ 40,00 (quarenta reais).
- A Prova Escrita Objetiva envolverá questões de múltipla escolha com 5 (cinco) alternativas, das quais constará uma única alternativa correta, sobre língua portuguesa e conhecimento gerais.

E como particularidades do cargo:

as atividades do Agente Comunitário de Saúde compreendem o trabalho de visitas domiciliares, a pé ou de bicicleta, podendo percorrer até 5 km por dia, carregando uma bolsa pesando 5k que contém seus materiais, sob condições climáticas variadas (calor, frio, sol e chuva). É de responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde, o uso obrigatório dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI (chapéu, camiseta de manga comprida, calça comprida e sapato fechado).

A reflexão a que nos propomos, ao apresentar esses dados, é a de qual postura espera o poder público representado pelo SUS ao disponibilizar condições de trabalho exaustivas para os ACSs na execução diária de suas funções, e oferecer como incentivo salarial um valor menor que o salário mínimo vigente?

Como conciliar o ACS tipo ideal e suas atribuições com jornadas de oito horas, sem poder fugir das intempéries?

Percebe-se uma falha na estruturação das atividades do ACS, o campo de trabalho oferecido e a diversidade de informações à que deve estar atento. O próprio ACS relata que, devido a suas condições de trabalho e o salário percebido, não há como prestar contas de tantas exigências. Esta angústia foi descrita por muitos ACSs nas entrevistas dos artigos.

Há em muitos estados *blogs* – páginas de relacionamento na web – onde os ACSs contam suas experiências, trocam informações e se unem para reivindicar direitos como aumento salarial, o recebimento de insalubridade e benefícios a que estão sujeitos os trabalhadores em geral.

Esta pesquisa nos fez perceber que não só educação continuada fará do ACS um profissional engajado e apto a buscar agravos, mas, para que haja evolução no quadro da saúde em detrimento das doenças no Brasil há que se observar as condições de trabalho a que são expostos nossos ACSs. Mas, esse já é tema para uma próxima pesquisa.

REFERÊNCIAS

BACHELARD, Gaston. **Epistemologia: textos escolhidos**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1983.

BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira e QUINTANEIRO, Tânia. Max Weber. In: QUINTANEIRO, Tânia et al. **Um toque de clássicos**. Belo Horizonte, Ed. UFMG, 2007. p. 107-149.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. Angélica Ferreira Fonseca (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-51.

BOBBIO, Noberto, MATTEUCCI, N., PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Ed. Universidade de Brasília, 1983. 1318 p.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. Políticas e Serviços de Saúde. In: **Ciências Sociais em Saúde**. Ana Maria Canesqui (org.) São Paulo: Editora Hucitec Abrasc, 1995.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas sobre a teoria da ação**. Campinas: Ed. Papyrus, 1996.

BOLTANSKI, Luc. A relação doente-médico. In: **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004, p. 33-60.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. In: **Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura**. Ciência & Saúde Coletiva. Vol.13 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb 2008.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. 7ª edição. Campinas: Papyrus, 1996

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176 > Acessado em 25/7/2009.

_____. **Lei Orgânica 8080**. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> > Acessado em 28/6/2009.

_____. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab> > < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> >. Acessado em 25/7/2009 e 31/8/2009.

_____. **Linha do tempo na saúde 1994**. Disponível em: < <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/94.htm> > Acessado em: 18/8/2009.

_____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Disponível em: <
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>> Acessado em: 02/9/2009.

_____. **Portaria 1886/1997, item 8.5**. Disponível em: <
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf> Acessado
em:
02/9/2009.
Disponível em:< http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23095 >

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde** : comentários à Lei Orgânica da Saúde : leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90 . Campinas: Editora da UNICAMP. 4. ed. rev. e atual, 2006.

DAL POZ, Mário Roberto. O Agente Comunitário de Saúde: algumas reflexões. In:
Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Vol. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, I. R. et al. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-77.

FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo. **Políticas Públicas: Definição, Evolução e o Caso Brasileiro**. Disponível em: <
http://serv01.informacao.andi.org.br/b6d71ce_114f59a64cd_-7fcc.pdf > Acessado em
31/8/2009.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 11, n. 3. p. 669-681, 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf> Acessado em 03/9/2009.

FAVRET-SAADA, Jeanne. “Ser afetado”. In _____ **Cadernos de Campo**. São Paulo: USP/FFLCH, ano 14, n. 13, 155-161, 2005. [1990].

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

GIL, Antônio Carlos. **Com elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GRISOTTI, Márcia.; PATRÍCIO Zuleica Maria. **A saúde coletiva entre discursos e práticas**: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no Município de Florianópolis. Florianópolis: EDUFSC, 2006.

HOFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e Políticas (Públicas) Sociais**. Cad. CEDES vol.21 no.55 Campinas Nov. 2001.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia G. C; TAKAYANAQUI, Angela Maria M. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, v.2, n° 5, abr / jun 2006. Disponível em <
http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/be1722fb/05_rbmfc_05_artigo_03.pdf >
Acessado em: 20/8/2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LANGDON, J. Cultura e os Processos de Saúde e Doença. In: **Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença**. Leila Sollberger Jeolás e Marlene de Oliveira, org. Londrina, Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina, e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina. 2003. p. 91-107.

LE BRETON, David. **A Sociologia do Corpo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

MARINHO, Alexandre. Avaliação da eficiência em sistemas de saúde. In: **Desafios do Desenvolvimento**. IPEA: Brasília - DF, maio 2009. Ano 6, n. 50, p. 50-51.

MASSUQUETTI, Angélica; FRANCO Jr., Manoel Carlos Rivas. O Sul e o Nordeste no Brasil: uma análise das diferenças no desenvolvimento sócio-econômico destas regiões. In: **II Encontro de Economia Catarinense**. Chapecó, 2008. Disponível em:
<http://www.apec.unesc.net/II%20EEC/Especiais/Artigo7.pdf> Acessado em: 03/9/2009.

MELAMED, Clarice. Análise de eficiência, uma tarefa urgente. In: **Desafios do Desenvolvimento**. IPEA: Brasília - DF, maio 2009. Ano 6, n. 50, p. 51.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário**. Editora Hucitec: São Paulo, 1995. P. 20-25.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Entrevista**. Juiz de Fora, 2005. Disponível em:
<<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n2/entrevista.pdf> > Acessado em 25/7/2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência, direitos humanos e saúde. In: **Ciências Sociais em Saúde**. Ana Maria Canesqui (org.) São Paulo: Editora Hucitec Abrasc, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hubitec, 2004.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. **Pierre Bourdieu e a saúde: uma sociologia em *Actes de la Recherche en Sciences Sociales***. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(7): 1588-1598, jul, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/14.pdf>>

NUNES, Everardo Duarte Nunes. **Sobre a sociologia da saúde**. Editora Hucitec: São Paulo, 1999.

OHIRA, Maria de Lourdes Blatt; DAVOK, Delsi Fries. **Caminhos do TCC** . Roteiro para elaboração de projeto de pesquisa. Florianópolis: UDESC, 2008.

PARSONS, Talcott. Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. In: **El sistema social**. Madrid: Alianza Editorial, 1982.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. Cortez Editora: São Paulo, 1989. P. 80-82; 101-117.

SILVA, Anamaria Cavalcante e. **Saúde da família, saúde da criança: a resposta de Sobral**. São Paulo: Hucitec. 2007.

SOUZA, Celina Maria de. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, (UFRGS), Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf> > Acessado em 14/8/2009.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999. p. 158-175.

WEBER, Max.(1991a) Conceitos sociológicos fundamentais. In: **Economia e Sociedade: fundamentos da Sociologia Compreensiva**. Brasília: UNB, p. 3-35.

WEBER, Max. **Sociologia**. 7ª ed. São Paulo: Editora Ática, 1999. p. 106 (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

LINKS

<http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?area=Conceito&id=25>
<http://www.pciconcursos.com.br/concurso/prefeitura-de-campo-grande-ms-383-vagas>

REFERENCIAS DOS ARTIGOS ANALISADOS

BUCHABQUI, Jorge Alberto; CAPP, Edison; PETUCO, Denis Roberto da Silva. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizagem em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V.30. n.1 Rio de Janeiro, jan/abr. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0100-55022006000100006&lng=pt&nrm=iso>

ESPÍNDOLA, Fabrício Dantas da Silva; COSTA, Íris do Céu Clara. Agentes Comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. Jan/abr. 2006. Disponível em: < http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_odontologia/pdf/1_janeiro_abril_2006/agentes_comunitarios.pdf >

FABRI, Clicie Arrias; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Visita domiciliar: a atividade do agente comunitário de saúde no programa saúde da família. **Revista Farm. Saúde Desenv.** V. 4. n. 2. Curitiba, jul/dez. 2002. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/5070/3835> >

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Agente Comunitário de Saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. **Revista Saúde em Debate**. V. 28. n. 66. Rio de Janeiro, jan/abr. 2004. Disponível em: < http://cebes.org.br/media/file/publicacoes/rev%20saude%20debate/saude%20em%20debate_n66.pdf >

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O Cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 2005, vol.10, n.2, pp. 347-355. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf>

KLUTHCOVSKY, Ana Claudia G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. V.29. n.2. Porto Alegre, maio/ago. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0101-81082007000200009&lng=pt&nrm=iso >

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 18 n.6 Rio de Janeiro, nov/dez. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x2002000600018&lng=pt&nrm=iso >

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela. O significado que o agente comunitário de saúde atribui no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista ACTA Paulista de Enfermagem**. V. 17. n 3. São Paulo, jul/set. 2004. Disponível em: < http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_3/pdf/art1.pdf >