

PERCEPÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PELOS USUÁRIOS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VIÇOSA, MG: TAREFAS REALIZADAS E NORMAS PRESCRITAS¹

ANALYSIS OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT WORK BY USERS SERVED IN BASIC UNITS OF HEALTH FAMILY FROM VIÇOSA, MG: TASKS PERFORMED AND STANDARDS PRESCRIBED

Gracilene Maria Almeida Muniz Braga²
Simone Caldas Tavares Mafra³
Emília Pio da Silva⁴
Andreia Patrícia Gomes⁵
Mônica Santos Souza Melo⁶

1. RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são considerados referência pelas famílias para o acesso aos serviços de saúde. O objetivo deste trabalho foi conhecer a opinião dos indivíduos vulneráveis (hipertenso, gestante, idoso e diabético) sobre o trabalho dos ACS. Usando uma abordagem qualitativa e descritiva, utilizou-se para a coleta de dados a entrevista semiestruturada com 48 indivíduos vulneráveis, que constituíram a amostra do estudo, formada por 13 hipertensos, 9 gestantes, 13 idosos e 13 diabéticos, das 13 Unidades Básicas de Saúde da Família de Viçosa. Para a análise dos dados, foram empregadas a análise do conteúdo e a estatística descritiva. Os dados indicaram que 82% dos entrevistados acreditavam que o trabalho dos ACS contribuía para o acesso aos serviços de saúde, e 62% alegaram conhecer as atribuições e tarefas dos agentes comunitários de saúde. Apenas 40% dos indivíduos associaram as tarefas dos agentes ao acompanhamento das famílias e 23%, à visita domiciliar. Assim, sugere-se um

¹ Este texto é parte da Dissertação de Mestrado em Economia Doméstica apresentada à Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer no 295.361, de 03/06/2013, e financiado pelo CNPq.

² Bacharela em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo e Mestre em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Docente do curso de Serviço Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), ES, Brasil. E-mail: gracilene.muniz@emescam.br; cilene.assistentesocial@gmail.com.

³ Docente do Departamento de Economia Doméstica e do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: <sctmafra@ufv.br>.

⁴ Pós-doutoranda em Economia Doméstica na Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: <emiliapiosilva@yahoo.com.br>.

⁵ Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: <andreia.gomes@ufv.br>.

⁶ Docente do Departamento de Letras e do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. E-mail: <monicamelo@ufv.br>.

reposicionamento do agente para um lugar de maior destaque na Estratégia de Saúde Familiar (ESF) a partir da compreensão do trabalho desenvolvido pelo ACS.

Palavras-chave: Família; Indivíduos vulneráveis; Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

2. ABSTRACT

The Community Health Agent (CHA) is considered a reference by families to access to healthcare services. The aim of this study was to know the opinion of vulnerable individuals (hypertensive, pregnant women, the elderly and diabetics) on the work of CHA. Considering the qualitative and descriptive approach, it was used for data collection semi-structured interview to 48 vulnerable individuals who constituted the study sample, 13 hypertensive, 9 pregnant women, 13 elderly and 13 diabetics from the 13 Basic Health Units Family of Viçosa. For data analysis, we used content analysis and descriptive statistics. The data demonstrated that 82% of the families believe that the work of the CHA contributes to access to health services and 62% claimed to know the duties and tasks of the CHA. Only 40% of individuals associated tasks of the CHA to the monitoring of families and 23% to the home visit. Thus, we suggest a repositioning of the CHA to a place of greater prominence in the FHS based on the understanding of the work done by them.

Keywords: Family; Vulnerable individuals; Work of Community Health Agent.

3. INTRODUÇÃO

Com a reorientação da saúde introduzida pela Estratégia de Saúde Familiar (ESF) fundamentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a família passa a ser o centro de atenção e ações de prevenção e intervenção desse Programa (ROSA; LABATE, 2005).

Além do médico, do enfermeiro e de um auxiliar ou técnico de Enfermagem, a equipe da ESF deve ter em sua formação o mínimo de cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que devem residir na comunidade onde a ESF está instalada. Dessa forma, os ACS terão mais facilidade de acessar as famílias atendidas e conhecer a realidade delas (BRASIL, 2009).

Ao mesmo tempo, os ACS são considerados pela equipe de saúde da família (ESF) e pelos usuários da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) como o elo entre a ESF, os indivíduos, as famílias e a comunidade. Por isso, o atendimento da família e do indivíduo deve ser de forma integral e contínua, considerando o espaço físico e social para a reordenação da saúde. As equipes têm condições de solucionar 85% dos problemas de saúde apresentados pela comunidade se estiverem com seu quadro completo e funcionando de forma adequada e influenciando positivamente a melhoria da qualidade de vida das famílias e indivíduos atendidos (ROSA; LABATE, 2005).

A qualidade de vida está relacionada à forma como o trabalho é planejado e executado na UBSF, principalmente no que tange à relação entre a equipe e as famílias. Dessa forma, o trabalho do agente é a base para a criação desses vínculos, o qual, pelo fato de residir na comunidade, busca aproximar a realidade das famílias à intervenção dos profissionais da saúde a partir das necessidades locais. Porém, para que as mudanças e melhorias ocorram é necessário pensar nas ações locais de promoção de saúde e prevenção de doenças, o que não vem acontecendo (PINTO; FRACOLLI, 2010; MARTINES; CHAVES, 2007). Dessa forma, compreender e analisar como o trabalho dos ACS é desenvolvido e como os usuários atendidos o percebem, é fundamental para construir o elo entre esse profissional e a comunidade onde estão inseridas suas atividades, bem como verificar se os profissionais da saúde são capazes, a partir da aproximação com os indivíduos e famílias, de motivar mudanças de hábitos que possam garantir a promoção da saúde no meio em que vive e influenciar a qualidade de vida e bem-estar deles e da comunidade em geral. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar como os usuários atendidos nas UBSFs da cidade de Viçosa, MG, percebem o trabalho dos ACS no processo de acesso e promoção da saúde.

Para o desenvolvimento deste estudo, foi necessário compreender as atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS) e como essas tarefas apoiam o planejamento do trabalho no cotidiano.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Atribuições e tarefas do agente comunitário de saúde

Considerando as atribuições das equipes de saúde definidas pela Portaria nº. 648/GM, de março de 2006, Fraga e Araujo (2011) destacaram, entre outras atribuições

do ACS: a integração entre a ESF e a comunidade; o contato permanente com as famílias; o desenvolvimento de ações educativas para a promoção da saúde; e a prevenção de doenças.

As principais atribuições dos ACS são:

- *Visitar no mínimo uma vez por mês cada família da sua comunidade.*
- *Identificar situação de risco e encaminhar aos setores responsáveis.*
- *Pesar e medir mensalmente as crianças menores de 2 anos e registrar a informação no cartão da criança.*
- *Incentivar o aleitamento materno.*
- *Acompanhar a vacinação periódica das crianças por meio do cartão de vacinação e de gestante.*
- *Orientar a família sobre o uso de soro de reidratação oral para prevenir diarreias e desidratação em crianças.*
- *Identificar as gestantes e encaminhá-las ao pré-natal.*
- *Orientar sobre métodos de planejamento familiar.*
- *Monitorar dermatoses e parasitoses em crianças.*
- *Realizar ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama.*
- *Realizar ações educativas referentes ao climatério.*
- *Executar atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade.*
- *Realizar atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil.*
- *Supervisionar eventuais componentes das família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas.*
- *Realizar atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso.*
- *Identificar portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio (BRASIL, 2001, p. 5-6).*

Ampliando essas atribuições, Brasil (2009) destacou que os ACS devem, ainda, realizar visitas domiciliares; planejar e avaliar as ações; orientar sobre higiene bucal; escutar e acolher o usuário e cadastrar as famílias. Dessa forma, pode-se compreender que as atribuições dos ACS são definidas e envolvem o planejamento do trabalho para melhor desempenho de suas tarefas e funções.

A primeira atribuição do ACS é conhecer as famílias que fazem parte da sua microárea, que não deve ultrapassar 750 pessoas. Essa ação requer o empenho dos ACS para refletir com exatidão o número de pessoas residentes na comunidade por faixa etária e sexo (BRASIL, 2009).

A segunda atribuição que têm os ACS é a construção na comunidade e a ESF para o mapeamento mais abrangente das áreas de atuação da equipe e microáreas de atuação do agente, bem como as áreas de risco. Estas áreas são:

[...] aqueles espaços dentro de um território que apresentam condições mais favoráveis ao aparecimento de doenças e acidentes. Por exemplo: área mais propensa à inundação, áreas próximas de barreiras ou encostas, áreas com esgoto a céu aberto e sem água tratada, áreas com maior incidência de crimes e acidentes (BRASIL, 2009, p. 46).

Com esse mapeamento, é possível conhecer a realidade local, suas prioridades, as barreiras geográficas, os grupos prioritários e vulneráveis que são os idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de cinco anos, pessoas com deficiência e usuários de drogas, entre outros (BRASIL, 2009). Além das prioridades percebidas pela comunidade, esse mapeamento também facilita a determinação da tarefa dos ACS, principalmente aquelas prescritas para o cargo.

Considerando as tarefas prescritas dos ACS, pode-se destacar:

Cadastramento/diagnóstico – É a primeira etapa do trabalho na comunidade. Consiste em registrar na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) informações sobre cada membro da família assistida a respeito de variáveis que influenciam a qualidade da saúde, como situação de moradia, condições de saúde etc. [...].

Mapeamento – Esta fase consiste no registro, em um mapa, da localização de residências das áreas de risco para a comunidade, assim como dos pontos de referência no dia a dia da comunidade, com o objetivo de facilitar o planejamento e desenvolvimento do trabalho do agente.

Identificação de microáreas de risco – Uma vez realizado o mapeamento, os ACS identificam setores no território da comunidade que representam áreas de risco, ou seja, locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram ali, como inexistência ou precariedade do sistema de tratamento de esgoto sanitário, de abastecimento de água, entre outros.

Realização de visitas domiciliares – Este é o principal instrumento de trabalho dos ACS. Consiste de, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente na área de atuação do agente. A quantidade de visitas por residência varia conforme as condições de saúde de seus habitantes e a existência de crianças e gestantes, as quais recebem atenção especial por comporem grupos prioritários.

Ações coletivas – Com vistas a mobilizar a comunidade, os ACS promovem reuniões e encontros com grupos diferenciados – gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupos em situação de risco ou de portadores de doenças comuns – e incentivam a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades.

Ações intersetoriais – Além de ações específicas na área da Saúde, o agente poderá atuar em outras áreas, como:

- Educação – Identificação de crianças em idade escolar que não estão frequentando a sala de aula.
- Cidadania/direitos humanos – Ações humanitárias e solidárias que interfiram, de forma positiva, na melhoria da qualidade de vida (reforço a iniciativas já existentes de combate à violência e de criação de

comissões em defesa das famílias expostas à fome e a desastres naturais, como secas e enchentes) (BRASIL, 2001, p. 6-8) (grifo nosso).

A literatura aponta que, com o cadastro da família, é possível conhecer a realidade sociofamiliar dos indivíduos, como número de desempregados; condições de habitação; escolaridade; composição familiar; condições de saúde; população quilombola ou indígena; acesso a saneamento básico; identificação dos estabelecimentos e instituições disponíveis, como creche, escola, comércios, instituições de longa permanência para idosos (ILPs), igrejas, cemitério, entre outros (BRASIL, 2009, p. 39).

Destaca-se ainda que os ACS devem, junto com a ESF, conhecer, além dos listados anteriormente, outros indicadores, como dados demográficos, considerando em especial o número de nascimentos e mortes; e dados socioeconômicos, como número de cômodos da residência e renda familiar. Dados epidemiológicos, como número de pessoas diabéticas, hipertensas, gestantes, acamadas, com necessidades especiais, e, por fim, dados sanitários, como acesso a saneamento básico (BRASIL, 2009; BRASIL, 2001).

Seguindo essa linha de ações e tarefas desenvolvidas pelos ACS, a visita domiciliar, indicada pela literatura, é apontada por muitos autores (NORONHA et al.; 2009; BRASIL, 2009; PUPIN; CARDOSO, 2008) como a atividade mais importante do processo de trabalho dos ACS, por possibilitar a aproximação e comunicação com as famílias, foco de atendimento das UBSFs. De acordo com Brasil (2006), os ACS devem acompanhar todas as famílias e indivíduos listados em sua microárea e sob a sua responsabilidade, de acordo com as necessidades identificadas pela ESF (BRASIL, 2006, p. 44).

Durante as visitas domiciliares, o ACS poderá realizar orientações de higiene, como a troca de fraldas dos idosos acamados e de crianças, exercendo o papel de educador, ouvinte, conselheiro e monitor. Assim, a visita domiciliar deve, assim como as outras atividades, ser planejada e seus resultados, avaliados (BRASIL, 2009).

Os ACS devem ser capazes de, durante as visitas domiciliares, desenvolver um bom relacionamento com a comunidade local e saber trabalhar questões relacionadas a preconceitos, sigilo profissional e ética (MARTINES; CHAVES, 2007).

De acordo com esses autores, é necessário, ainda, que os ACS tenham facilidade para se comunicar, organizar, planejar e executar ações de vigilância em saúde a cada

família na sua microárea; devem incentivar as gestantes ao pré-natal e ao aleitamento materno; devem, também, realizar na comunidade a busca ativa de doenças crônico-degenerativas; e devem, ainda, fazer a identificação precoce de doenças, bem como desenvolver nas famílias o conceito de humanização da assistência e participação popular como corresponsável nas ações e controle da qualidade da assistência em saúde proposta pelo SUS (MARTINES; CHAVES, 2007, p. 428).

Diante dos aspectos apontados pela literatura, buscou-se, neste estudo, conhecer se os usuários dos serviços de saúde, considerados pela ESF como vulneráveis (hipertensos, gestantes, idosos e diabéticos), compreendem as atribuições e tarefas dos ACS.

5. METODOLOGIA

5.1. Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa trata-se de um estudo de natureza quali-quantitativa com abordagem descritiva, tendo como estratégia o estudo de caso. Neste, analisou-se a percepção de 48 indivíduos vulneráveis sobre o trabalho dos ACS das 13 Unidades Básicas de Saúde da Família em Viçosa, MG, quanto ao acesso aos serviços de saúde.

5.2. Local do estudo

O estudo foi realizado com os usuários atendidos nas UBSFs de Viçosa, Zona da Mata mineira, com uma população, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), de 73.333 habitantes (DAB, 2013).

As principais atividades econômicas do Município de Viçosa estão na área de serviços, segundo Carmo (2010) e Bressan (2011). De acordo com o primeiro autor, em Viçosa, no ano 2009, estavam cadastradas 46.760 pessoas nas UBSFs.

No momento da coleta de dados, Viçosa contava com 16 ESF, distribuídas em 14 UBSFs, nos seguintes bairros: Amoras, Bom Jesus, João Braz/Violeira, Nova Era, Nova Viçosa/Posses, Novo Silvestre, São José do Triunfo, Barrinha, São Sebastião, Cachoeirinha, Silvestre, Santa Clara, Santo Antônio I e Santo Antônio II

5.3. Caracterização da população e amostra

O estudo foi realizado com 13 UBSFs do Município de Viçosa, MG. A participação foi voluntária, por isso o não envolvimento de duas UBSF na pesquisa.

Foram selecionados em cada UBSF participante quatro indivíduos do grupo dos vulneráveis (hipertensos, gestantes, idosos e diabéticos). Em quatro UBSFs, quatro gestantes não aceitaram participar da pesquisa, razão por que a amostra se configurou em 13 hipertensos, 13 idosos, 13 diabéticos e 9 gestantes, totalizando 48 indivíduos.

A participação na pesquisa foi voluntária, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e como critério de inclusão os participantes deveriam pertencer ao grupo dos indivíduos vulneráveis. Foi realizado contato com cada UBSF participante, para identificar os dias de realização de consultas ou de reuniões de grupo, para efetivação da entrevista com os usuários das referidas unidades. As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto e outubro de 2013.

Em grande parte das UBSF, foi disponibilizada uma sala para as entrevistas. Naquelas UBSFs onde isso não foi possível, buscou-se realizar as entrevistas longe dos locais de maior movimento de usuários ou de funcionários das UBSFs. Assim, o local escolhido para as entrevistas foi do lado de fora da unidade.

Após esclarecer os objetivos da entrevista e do estudo aos participantes, estes autorizaram o uso dos conteúdos de suas falas por meio de assinatura TCLE. Alguns participantes autorizaram a gravação da entrevista em áudio, que foi transcrita na íntegra. Aqueles que não autorizaram a gravação, a entrevista foi transcrita manualmente.

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer nº 295.361, de 03/06/2013, e contou com o financiamento do CNPq.

5.4. Método de coleta e análise de dados da pesquisa

Por se tratar de pesquisa quali-quantitativa, que enquanto “qualitativa” assume diferentes significados no campo das Ciências Sociais, sejam esses de interpretar, descrever e codificar os fenômenos do mundo social, como colocado por Zanelli (2002), e diminuir a distância entre *indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação*, como mencionado por Neves (1996, p. 1), fez-se o uso de entrevistas semiestruturadas.

Como mencionado para a coleta dos dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas por meio da análise do conteúdo e estatística descritiva. Os dados coletados foram analisados qualitativamente a partir dos métodos mencionados.

Com a entrevista, foi possível conhecer como os usuários reconhecem o trabalho dos ACS e se esse trabalho contribui para eles acessarem os serviços de saúde ofertados pelas UBSFs.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas com os usuários atendidos nas UBSFs de Viçosa, MG, possibilitou conhecer a opinião dos usuários em relação ao trabalho dos ACS.

Em geral, verificou-se que 82% dos entrevistados acreditam que o trabalho dos ACS contribui para que elas acessem os serviços de saúde ofertados pela ESF. Mesmo que muitos entrevistados não conheçam as atribuições e tarefas desses profissionais, eles acabam atribuindo aos ACS a obtenção de vagas em consultas, exames ou medicamentos.

Ao avaliar como os usuários compreendem o trabalho dos ACS, apesar de 62% dos participantes alegarem conhecer as atribuições dos ACS, apenas 40% desses disseram que a atribuição dos ACS era acompanhar as famílias, e apenas 23% relacionaram essa atribuição à visita domiciliar.

Dos respondentes, 10% consideravam que a atribuição dos ACS era realizar agendamentos, como marcação de consultas e exames, e 13% dos entrevistados acreditavam ser tarefa dos ACS providenciar medicamentos ou troca de receitas, o que pode ser consequência da ampliação dos vínculos dos ACS aos usuários da ESF. Outros 10% dos entrevistados compreenderam ser tarefa dos ACS realizar pequenos procedimentos, como medir a pressão ou a glicose dos pacientes hipertensos ou diabéticos.

Considerando o preconizado por Brasil (2009), que relacionou as competências dos ACS, destacam-se: cadastramento das famílias, mapeamento da área de atuação, visita domiciliar, trabalho de educação em saúde, participação comunitária, atuação intersetorial e planejamento das ações. Dessa forma, considerando tais competências, pode-se afirmar que a população desconhece a delimitação profissional dos ACS, fato que compromete suas ações. Verificou-se ainda que os entrevistados consideravam, em sua maioria, os ACS como o elo entre as famílias e a ESF, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família na microrregião de Viçosa, Minas Gerais, sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 2013

| Compreensão sobre as atribuições e tarefas dos ACS | | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Variáveis | Hipertenso (n = 13) % | Gestante (n = 9) % | Idoso (n = 13) % | Diabético (n = 13) % |
| Compreendem | 61,5 | 78 | 54 | 61,5 |
| Não compreendem | 38,5 | 22 | 46 | 38,5 |
| O trabalho dos ACS contribui para os usuários acessarem os serviços de saúde | | | | |
| Contribui | 85 | 89 | 61,5 | 92 |
| Não contribui | 15 | 11 | 38,5 | 8 |
| ACS é o elo entre os usuários e a ESF | | | | |
| Considera o elo | 85 | 67 | 77 | 77 |
| Não considera o elo | 15 | 33 | 23 | 23 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os entrevistados, 85% dos hipertensos e 77% dos idosos e diabéticos consideravam os ACS o elo entre eles e a ESF. Tal dado corrobora os de outros estudos que discutiram tal aspecto, como apresentado nos parágrafos subsequentes.

De acordo com Pinto e Fracolli (2010), “na prática, o trabalho dos ACS mantém-se como ‘ponte’ entre os serviços de saúde e comunidade, porém o que se pretendia era que o ACS fosse um facilitador do diálogo” (PINTO; FRACOLLI, 2010, p. 767).

Nascimento e Erdmann (2005) referiram-se aos ACS como uma *ponte* entre as famílias e a ESF. Outros autores, como Cotta et al. (2006), consideraram que os ACS fortalecem “o elo entre indivíduos/famílias/comunidade e serviços de saúde” (COTTA, 2006, p. 16).

Pupin e Cardoso (2008) chamaram a atenção para esse fato, pois os ACS, ao residirem na comunidade e compartilharem de seu universo privado, cultural e linguístico das famílias, podem se tornar meramente receptores e transmissores de informações. De acordo com esses autores, há ainda outro problema a definir pelos ACS, ou seja, como esse elo entre a equipe e a comunidade pode ser considerado fator de risco, pois pode ser também a *porta de entrada* para as insatisfações das famílias com o serviço prestado pela ESF.

Nogueira (2002) vai além nessa discussão, afirmando que:

Se analisarmos objetivamente a proposta universalmente aceita de que o ACS **é um elo de ligação entre o Estado e a comunidade**, resulta evidente que, de um ponto de vista filosófico e administrativo, **ele não deveria ser considerado como membro da equipe da ESF – primeiro porque não é**

um profissional, segundo, porque deveria manter um vínculo permanente de pertinência com a comunidade e suas organizações. Mas Esta proposta está longe de receber uma expressão organizacional e política adequada de tal modo que o ACS se mistura e se confunde, na prática, com tudo o que é feito pela ESF, pelo SUS e pelo Estado, de um modo geral. Assim, as ambiguidades e a polêmica que cercam a figura do ACS continuam e, provavelmente, ainda vão continuar por muito tempo. Com um preço que, infelizmente, é pago pelo próprio ACS (NOGUEIRA, 2002, p. 93) (grifo nosso).

Quanto à importância do trabalho dos ACS, os usuários avaliaram a relação com os profissionais e a orientação sobre saúde. Verificou-se que todos os entrevistados hipertensos e as gestantes consideraram muito importante o trabalho dos ACS. Da mesma forma, a avaliação dos idosos e diabéticos foi positiva (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise dos usuários vulneráveis em relação ao trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família na microrregião de Viçosa, Minas Gerais, 2013

| Análise da importância do trabalho dos ACS | | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Variáveis | Hipertenso (n = 13) % | Gestante (n = 9) % | Idoso (n = 13) % | Diabético (n = 13) % |
| Muito importante | 100 | 100 | 92 | 84 |
| Razoavelmente importante | - | - | - | 8 |
| Não considera importante | - | - | 8 | 8 |
| Relação dos usuários com os ACS | | | | |
| Amigo | 54 | 55,5 | 54 | 39 |
| Inconveniente | - | - | - | - |
| Profissional | 38 | 33,5 | 46 | 46 |
| Mais um visitante | 8 | 11 | - | 15 |
| Orientação sobre saúde | | | | |
| Fácil compreensão | 54 | 44,5 | 54 | 54 |
| Difícil compreensão | 23 | 11 | 31 | 31 |
| Não faz orientações | 23 | 44,5 | 15 | 15 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Muitos entrevistados consideraram os ACS um amigo, ao descreverem sua relação com os usuários, fato esse justificado por serem residentes na comunidade ou pela frequência com que realizavam as visitas domiciliares. Esse dado reafirma a importância do vínculo estabelecido pelo profissional com a comunidade. No entanto, o vínculo que se cria entre o profissional e os usuários deve considerar as questões éticas e de sigilo. Porém, os ACS devem ser capazes de orientar o usuário que as questões que dizem respeito à saúde serão repassadas, de forma também sigilosa, para a ESF. Portanto, a confiança estabelecida entre eles deve ser mantida e renovada a cada visita domiciliar. No que tange à questão de saúde, deve-se ter o cuidado ético ao transmitir a

informação para a ESF, para que não gere discriminação em relação ao usuário, como afirmam Pupin e Cardoso (2008):

[...] alguns autores questionam a necessidade do agente repassar para a equipe todas as informações recebidas através do vínculo estabelecido, o que poderia ferir, assim, a esfera de confiabilidade construída entre o agente comunitário de saúde e o usuário (PUPIN; CARDOSOS, 2008, p. 161).

Outro fator relevante discutido neste estudo foi a tarefa dos ACS de realizar ações educativas em saúde. No geral, verificou-se que 52% dos participantes não achavam as orientações difíceis de compreender. Enquanto 24% dos entrevistados afirmaram que não compreendiam as orientações realizadas pelos ACS, e os outros 24% disseram que os ACS não realizavam orientações de saúde, situação exposta por 44,5% das gestantes. Tal fato se torna complexo, visto que a educação em saúde é mais uma importante atribuição dos ACS, perpassando novamente pela falta de capacitação dos ACS. As principais orientações que os ACS realizavam eram sobre higiene pessoal, calendário de vacina, cuidados com idosos, crianças e gestantes, além de orientar sobre a forma correta de administrar os medicamentos. Porém, o que se questiona é a capacidade técnica de realizar tais orientações, considerando que em pesquisas atuais os ACS relatam não terem preparo e capacitação para desempenhar tais funções (BRAGA, 2014; PINTO; FRACOLLI, 2010).

Ao mesmo tempo, entrevistados demonstraram, em sua maioria, que se sentiam felizes com o atendimento desses profissionais e consideravam que eles estavam preparados para desempenhar as funções de ACS, como se pode observar na Tabela 3.

Tabela 3 – Avaliação dos indivíduos sobre a capacidade técnica dos ACS das UBSFs de Viçosa, MG, 2013

| Variáveis | Análise da capacidade profissional dos ACS | | | |
|----------------|--|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| | Hipertenso (n = 13) % | Gestante (n = 9) % | Idoso (n = 13) % | Diabético (n = 13) % |
| Capacitado | 92 | 78 | 85 | 85 |
| Não capacitado | - | 22 | 15 | 15 |
| Não informou | 8 | - | - | - |

Fonte: Dados da pesquisa.

No geral, 85% dos entrevistados consideraram os ACS capacitados para desempenhar suas funções, porém apenas 2% deles correlacionaram a capacidade dos ACS ao fator de confiança e vínculo estabelecidos, enquanto outros 2% a relacionaram à formação técnica.

Sobre essa questão, Pinto e Fracolli (2010) afirmaram que as poucas capacitações que os ACS recebem ainda são pautadas no antigo processo de saúde-doença, não envolvendo a comunidade no processo da promoção da saúde, e que é necessário haver ações prioritárias para ensinar os ACS a transmitirem o conhecimento recebido à comunidade. Por isso, a literatura destaca a atuação técnica e política desse profissional:

[...] O **componente técnico** se relaciona ao atendimento aos indivíduos e famílias com o objetivo de prevenção de agravos ou monitoramento de grupos ou problemas específicos. No **componente político**, explora-se o ACS como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, que apoia o autocuidado, fomenta a cidadania e a transformação social. Porém, outras dimensões precisam ser consideradas na discussão das expectativas de atuação do ACS e dos desafios para o “novo” perfil desse profissional, como mecanismos de seleção, processos de capacitação (treinamento introdutório e educação continuada) e a sistemática da supervisão adotada (PINTO; FRACOLLI, 2010, p. 768) (grifo nosso).

De acordo com Imbrizi et al. (2012), poucas instituições realizam cursos e, quando isso ocorre, não envolvem todos os ACS. O modelo de aprendizado é o tradicional, sem envolver temas vivenciados pelos ACS, tampouco as angústias e dificuldades enfrentadas diariamente por eles.

É necessário realizar com a equipe reflexões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de evitar a visão fragmentada e reducionista que ainda representa a prática desses profissionais, que não incorporam, muitas vezes, a realidade das famílias e da comunidade e fazem das orientações meras reproduções de significados (GOMES et al., 2009). Para Imbrizi et al. (2012), a atuação dos ACS está vinculada, muitas vezes, ao assistencialismo ou a crenças religiosas, o que impede o profissional de avançar e fortalecer sua prática em saúde.

Essa situação pode ser percebida nas entrevistas, principalmente em relação à expectativa das famílias no atendimento e acompanhamento dos ACS. Em muitas falas, os indivíduos retrataram a atenção prestada como caridade, não relacionando essa tarefa à promoção de saúde ou à prevenção de doenças, como mostrado na Tabela 4.

Tabela 4 – Expectativa dos usuários quanto ao atendimento e avaliação da capacidade profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família, na microrregião de Viçosa, Minas Gerais, 2013

| Expectativa com o atendimento prestado | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| Variáveis | Hipertenso (n = 13) % | Gestante (n = 9) % | Idoso (n = 13) % | Diabético (n = 13) % |

| | | | | |
|--------------------|-----|----|----|----|
| Sente-se feliz | 100 | 78 | 92 | 92 |
| Não se sente feliz | - | 22 | 8 | 8 |
| Não informou | - | - | - | - |

Fonte: Dados da pesquisa.

Dessa forma, a percepção dos usuários sobre o trabalho dos ACS está diretamente explicada pelas dificuldades enfrentadas por esses profissionais. Tais dificuldades influenciam diretamente a efetivação da cidadania e dos direitos sociais dos usuários das UBSFs, em especial aqueles que compõem o grupo dos vulneráveis, interferindo na qualidade de vida deles enquanto usuários dos serviços de saúde.

7. CONCLUSÕES

O maior avanço da Estratégia Saúde da Família (ESF) é a possibilidade de aproximação com a realidade das famílias/indivíduos e comunidades. Porém, não há divulgação entre as famílias atendidas sobre as atribuições e tarefas dos ACS, e tal atitude desvaloriza e desmotiva o planejamento das ações, comprometendo o vínculo criado com os usuários.

A falta de investimento e de recursos é fator que agrava o desempenho das equipes de saúde, tendo reflexo direto no trabalho dos agentes que estão no início do processo de atendimento.

Compreendeu-se com este estudo que os usuários participantes de grupos vulneráveis acreditam acessar o direito à saúde quando são bem atendidos nas unidades pelo médico, enfermeiro e agente e quando não lhes faltam consultas, exames e medicamentos de uso contínuo. Entretanto, os usuários não compreendem as atribuições dos ACS e não fazem distinção entre tarefa prescrita e tarefa real, porém acreditam que esses profissionais podem contribuir, de forma positiva, para o acesso de bens e serviços de saúde e qualidade de vida. É o que se pode concluir deste estudo.

Os usuários, porém, por manterem uma relação de vínculo estreitado com o trabalho realizado pelos ACS, não percebem a falta de preparo destes e acreditam que, pelo fato de terem participado de um processo seletivo, possuem competência e preparo para assumir as tarefas que lhes cabem realizar. Dessa maneira, o trabalho dos ACS deve ser reposicionado para um lugar de destaque nas ESF. Isso porque o usuário, por ser morador da comunidade e reconhecer a cultura local e os problemas diários, garantiria maior confiabilidade perante os usuários e valorizaria a profissão, passando

esta a ser a base sólida de um relacionamento em prol da saúde dos indivíduos e suas famílias. Espera-se que tal relacionamento seja construído com vínculos reais e expandidos para influenciar as ações de promoção em saúde e prevenção de doenças, garantindo a ampliação da participação social e os avanços nas políticas públicas de saúde nos municípios.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pelo aporte financeiro disponibilizado a este estudo com a concessão de bolsa.

8. REFERÊNCIAS

BRAGA, Gracilene Maria Almeida Muniz. **O planejamento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua interface com o acesso dos usuários aos serviços de saúde de Viçosa, Minas Gerais**. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2009.

BRASIL. **Política nacional de atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FRAGA, Otávia de Souza; ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão. **Agente comunitário de saúde: elo entre a comunidade e a equipe da ESF?** 2013. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2665.pdf>>. Acesso em: 21 Nov. 2013.

GOMES, Karine de Oliveira; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; MITRE, Sandra Minardi; BATISTA, Rodrigo Siqueira. A práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Estratégia Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, 2007, p. 426-33. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf>>. Acesso em: 23 Nov. 2013.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Perfil dos agentes comunitários de saúde e as ações de cuidado aos clientes portadores de hipertensão arterial. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 95-104, 2005.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa – Características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 2, 1996.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; CARDOSO, Paloma Sodré; MORAES, Tatiana Nemoto Piccoli; CENTA, Maria de Lourdes. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009.

PINTO, Adriana Avanzi Marques; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica Enfermagem** [Internet], v. 12, n. 4, p. 766-9, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a24.htm>>. Acesso em: 23 Nov. 2013.

PUPIN, Viviane Milan; CARDOSO, Cármen Lúcia. Agentes comunitários de saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 157-163, 2008.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Estratégia saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 22 Nov. 2013.

ZANELLI, José Carlos. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estudos de Psicologia**, v. 7, p. 79-88, 2002. Número especial.