



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO  
DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE



**FÁBIO DE SOUSA E SILVA**  
**SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO SOUSA**  
**TELMA REJANE ALVES GONÇALVES**

---

**PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE  
SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE – PE**

---

RECIFE  
2009

**FÁBIO DE SOUSA E SILVA  
SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO SOUSA  
TELMA REJANE ALVES GONÇALVES**

**PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE  
ARCOVERDE – PE**

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Professora Ms Kátia Rejane de Medeiros

RECIFE  
2009

**FÁBIO DE SOUSA E SILVA**  
**SÍLVIA RENATA GOMES REMÍGIO SOUSA**  
**TELMA REJANE ALVES GONÇALVES**

**PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE – PE**

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

APROVADO EM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

## RESUMO

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), foi implantado na Região Nordeste, em 1991, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde (FNS), com o propósito de contribuir para a municipalização e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da ampliação da cobertura às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando o segmento materno-infantil. Em 1992, o PNACS perde o termo nacional, adotando a sigla PACS. No ano de 1994, o programa havia se expandido para as regiões Norte e Centro-Oeste, contando com 33.488 agentes, em 987 municípios (SILVA; DALMASO, 2002). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), são considerados os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção básica, instituídos pelo governo, servindo de comunicadores e tradutores desses programas para a população, além de serem um elo de ligação entre os outros profissionais e a comunidade (NUNES et al., 2002). Este trabalho teve como objetivo identificar o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Arcoverde-PE. O estudo foi realizado no município de Arcoverde – PE. Teve como população 90 Agentes Comunitários de Saúde que trabalhavam na ESF naquela época. Trata-se de um estudo do tipo, exploratório-descritivo, transversal. Os dados foram coletados através de um questionário, para o processamento foi utilizado o programa MS EXCEL XP, sendo feita a análise estatística por meio de tabelas e gráfico. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM). Com relação às principais características encontradas no estudo, observou-se que os ACS's estavam inseridos na faixa etária entre 31-40 anos de idade, atuavam predominantemente na zona urbana, exerciam suas atividades laborais entre 2-4 anos. A resistência à mudanças foi a mais citada quanto as dificuldades encontradas em relação a atividades exercida frente ao paciente. A relação de trabalho dos ACS's com os profissionais da mesma equipe, de equipes diferentes e com a comunidade foi considerada boa. Sugerimos como continuidade deste trabalho a caracterização do perfil dos demais profissionais que integram a ESF, o qual poderá trazer maiores informações no sentido de identificar necessidades e orientar o trabalho de equipes de saúde, com o compromisso político da atual gestão municipal de Arcoverde: universalização, equidade, integralidade, resolutividade e controle social da política de saúde.

**Palavras-Chave:** Agente Comunitário de Saúde. Saúde da Família. Promoção da Saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

The National Program for Community Health Agents (PNACS) was implanted in the Northeast in 1991, under the coordination of the National Health Foundation (FNS), with the aim of contributing to the municipalization and deployment of the Unified Health System (SUS) through the expansion of coverage to rural and urban neighborhoods, prioritizing the mother-child segment. In 1992, the loose PNACS term national, adopting the acronym PACS. In 1994, the program had expanded to the North and Center-West, with 33,488 agents in 987 municipalities (SILVA; DALMASO, 2002). The Community Health Agents (CHA's) are the pillars of health programs geared to primary care, established by the government, serving as translators and communicators of these programs for the population and are a link between the other professionals and the community (NUNES et al., 2002). This study aimed to identify the profile of Community Health Agents participating in the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Arcoverde-PE. The study was conducted in the municipality of Arcoverde-PE. Population has 90 Community Health Agents who worked in the ESF at that time. This is a type of study, exploratory-descriptive, transversal. Data were collected through a questionnaire, was used for processing the program MS EXCEL XP, and made the statistical analysis by means of tables and graphics. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Center for Research Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM). Regarding the main features found in the study, noted that the ACS's were inserted in the age group between 31-40 years of age, working predominantly in the urban area, carrying their labor activities between 2-4 years. The resistance to change was the most cited as the difficulties encountered in relation to activities performed before the patient. The relationship of ACS's work with the professionals of the same team, different teams and the community was considered good. As we continue this work to characterize the profile of other professionals participating in the ESF, which could bring more information to identify needs and guide the work of teams of health, with the political management of the current municipal Arcoverde: universal, fairness, completeness, resolution and social control of health policy.

**Keywords:** Agent Community Health Family Health. Health Promotion. Nursing.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>06</b>
<b>2</b>	<b>MÉTODOS .....</b>	<b>10</b>
2.1	Caracterização do Município .....	09
2.2	Caracterização da Rede de Saúde Local .....	10
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
	<b>APÊNDICE</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

Nos países do primeiro mundo, os sistemas de saúde começaram, na metade dos anos 70, a ser fortemente questionados, tendo como pano de fundo as novas concepções do processo saúde – enfermidade – cuidado, que procuram articular quatro dimensões explicativas: biologia humana, estilos de vida, ambiente e serviços de saúde (DEVER, 1980; LALONDE, 1996).

Como os sistemas de saúde estão submetidos a forças expansivas como a medicalização, o desenvolvimento tecnológico, a transição demográfica e a mudança no perfil nosológico, a reação é baseada em mecanismos de regulação, como o uso racional de recursos humanos e físicos, o controle financeiro e a ética profissional. O paradoxo entre o uso de mecanismos de regulação cada vez mais custosos e sofisticados e a realidade dos sistemas marcada pela ineficiência, ineficácia, iniquidade e com pouco apoio da opinião pública, leva ao surgimento de novas concepções do processo saúde – enfermidade – cuidado, que articulam saúde e condições de vida (BUSS, 2000).

No caso brasileiro, desde os anos 20, a organização sanitária teve origem e desenvolvimento de forma dicotômica: saúde pública, de um lado, e medicina previdenciária e liberal, de outro. Na década de 80, com o setor saúde em crise (crise fiscal do estado financiador e crise dos paradigmas científicos no que tange às concepções do processo saúde – doença e ético social), o movimento sanitário propunha uma série de mudanças, inclusive a reorganização das práticas de saúde. Entendendo que a saúde é resultante da forma como a sociedade se organiza, considerando sua dimensão econômica, política e cultural, o sistema deveria pensar propostas menos parciais para atender às necessidades de saúde (PAIM, 2003).

A hegemonia do modelo médico – assistencial privatista e do modelo sanitarista, no sistema de saúde brasileiro, não impediu a iniciativa da construção de modelos assistenciais alternativos, entre eles a Vigilância da Saúde e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), na perspectiva de se aproximar do atendimento às necessidades de saúde da população, articulando-se com as propostas de promoção da saúde (PAIM, 2003).

Segundo Martins et al. (1996), precedente à formalização do modelo da Vigilância da Saúde e à ESF, no contexto da deterioração do sistema de saúde,

ganha força a retomada de propostas de assistenciais alternativas, calcadas em experiências ocorridas nos anos 60, como o emprego de agentes não profissionais ao processo de trabalho em saúde: os feldshers soviéticos; os médicos de pés descalços na China; os assistentes médicos e o movimento de medicina comunitária, nos Estados Unidos.

No Brasil, os reflexos desses programas fizeram-se presentes nas ações de extensão da cobertura. O II Programa Nacional de Desenvolvimento (II PDN) de 1975 a 1979, apesar de concentrar seu conteúdo nas definições da política econômica, implantou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que adotou como princípio a utilização de agente de saúde (MACEDO. SANTOS; VIEIRA, 1980).

Em meados da década de 70, iniciativas municipais para resolver demandas na área de saúde adotaram programas dentro dos princípios da Atenção Primária, sendo o Programa de Agentes de Saúde uma destas vertentes (SILVA; DALMASO, 2002).

No cenário mundial da saúde o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um elemento do processo de trabalho antigo, pois em 1920, no Canadá, ele aparece para auxiliar no movimento de organização comunitária nas Américas. Há décadas, diversos grupos religiosos e organizações não governamentais treinaram agentes de saúde. Na América Latina, apesar da resistência a esses trabalhadores, os mesmos foram utilizados nos últimos 20 anos como estratégia de extensão de cuidados básicos em comunidades rurais e periurbanas (SOLLA, 1996).

No Brasil, desde a institucionalização inicial dos agentes comunitários de saúde, a partir de um projeto emergencial de incorporação das mulheres nas frentes de emergência nos períodos de seca, no Ceará, nos anos 80 até os dias atuais, o seu número tem crescido constantemente (SILVA; SANTOS, 2003).

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), foi implantado na Região Nordeste, em 1991, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde (FNS), com o propósito de contribuir para a municipalização e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da ampliação da cobertura às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando o segmento materno-infantil. Em 1992, o PNACS perde o termo nacional, adotando a sigla PACS. No ano de 1994, o programa havia se expandido para as regiões Norte e Centro-Oeste, contando com 33.488 agentes, em 987 municípios (SILVA; DALMASO, 2002).



Após a criação do PACS em 1991, surge em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), para contribuir com uma reorientação do modelo de atenção à saúde, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e comunidade de forma integral e contínua (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

Segundo Souza (2000) a Estratégia de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de riscos, aos quais ela está exposta, e nele intervindo de forma apropriada (SOUZA, 2000).

Cada equipe atua com um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro e seis agentes de saúde. As famílias são visitadas, no mínimo, uma vez por mês pelo médico, enfermeira e auxiliares. Uma equipe atende entre 800 a 1000 famílias cadastradas em área geográfica definida onde se localiza a unidade de saúde, responsabilizando-se pela atenção à saúde de todas as pessoas, desde recém-nascidos até idosos (BRASIL, 1997).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, sendo responsável, no máximo, por 150 famílias ou 750 pessoas, beneficiadas pela visita domiciliar pelo menos uma vez por mês. Os requisitos para ser ACS são: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades e haver concluído o ensino fundamental. Este último requisito foi incorporado a partir da Lei nº 10.507/02 (BRASIL, 2002). Antes da promulgação da mesma, em relação à escolaridade, era exigido apenas 'saber ler e escrever'. Além dessas exigências, o ACS deve também concluir, com aproveitamento, o curso de qualificação básica para a formação do agente (BEZERRA, 2005).

Os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, são considerados os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção básica, instituídos pelo governo, servindo de comunicadores e tradutores desses programas para a população, além de serem um elo de ligação entre os outros profissionais e a comunidade (NUNES et al., 2002). A regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde ocorreu

em 10 de julho de 2002, respaldada pela Lei nº 10.507, que determina que essa profissão existirá exclusivamente no âmbito do SUS.

A inserção do ACS no contexto da Atenção Primária à Saúde está pautada na representação de vínculo e no elo na relação serviço-comunidade, o que o torna também um potente mediador de tensões da clientela, por atender às inúmeras demandas de saúde. Mas, simplificar o papel do agente comunitário de saúde é, no mínimo, desconhecer o avanço que sua atuação proporcionou, especialmente nas pequenas localidades que até então não tinham acesso a algum tipo de atenção à saúde (SILVA; RODRIGUES, 2000).

Atualmente no Brasil são 234.947 Agentes Comunitários de Saúde, desses 191.986 estão em Equipes de Saúde da Família e 42.961 no Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em Pernambuco são 14.660 Agentes; 12.062 estão em Equipes de Saúde da Família e 2.598 são Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2008).

Silva e Dalmaso (2002) descrevem que a partir do PACS, o ACS tornou-se um elemento efetivo do trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação e reestruturação da atenção básica em saúde, visando especialmente a ampliação da cobertura assistencial, com aumento do acesso a partir do acolhimento feito por ele, identificando, encaminhando e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população.

Segundo Pedrosa e Teles (2001), a população começou a valorizar mais o agente, devido principalmente à diminuição dos índices de agravos à saúde, como mortalidade infantil e adulta, controle das diarreias, presença do médico nas visitas domiciliares agendadas pelos agentes, etc., o que, de certa forma, trouxe resolubilidade aos problemas da população e maior satisfação do usuário.

Considerando o grande crescimento da Estratégia de Saúde da Família e a inserção obrigatória do desse trabalhador, Agente Comunitário de Saúde, e seu importante papel na Atenção Básica em Saúde, este trabalho teve como objetivo identificar o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde que integram as ESF no município de Arcoverde-PE. Esse conhecimento faz-se necessário para subsidiar políticas públicas que desenvolvam e incrementem o atendimento às comunidades por eles assistidas.

## **2 MÉTODOS**

A pesquisa trata-se de um estudo do tipo, exploratório-descritivo, transversal. Foi desenvolvida no município de Arcoverde, situado no Estado de Pernambuco.

A população do estudo foi composta 90 (noventa) Agentes Comunitários de Saúde, desse total 92,2% participaram da pesquisa voluntariamente. Logo, 7,8% foram excluídos, por recusarem-se a responder o questionário, ou não estavam presentes. A coleta de dados foi realizada durante o mês de dezembro de 2008. Os questionários foram aplicados na oportunidade da apresentação do Plano de Ação das Equipes do NASF, do município de Arcoverde, realizada no auditório da Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde – AESA, para tanto antes da entrega dos questionários foi feita uma breve explanação sobre os objetivos da pesquisa. Não houve a necessidade da realização de estudo piloto, haja vista o mesmo já ter sido testado em estudo anterior.

A pesquisa foi conduzida segundo as recomendações da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. Cumpre salientar que o instrumento de coleta, questionário semi-estruturado de auto-preenchimento com perguntas abertas, semi-abertas e fechadas, já havia sido validado no Projeto “Consolidação do Sistema Único de Saúde: A Estratégia de Saúde da Família enquanto instrumento de reorganização do sistema de saúde local e estímulo a participação social” –Processo nº 075/05 – 2005, realizado no Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa-MG.

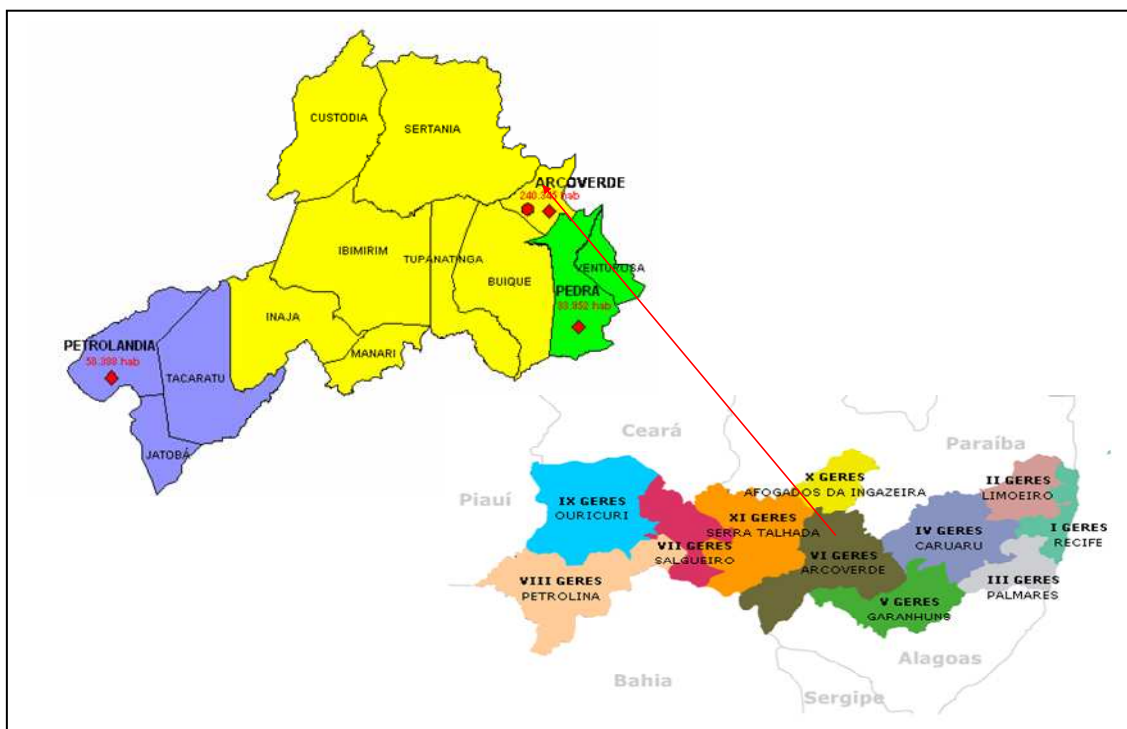
Os dados foram organizados e processados em banco de dados elaborado através do programa MS EXCEL XP e conferidos mediante dupla digitação. De cada variável abordada foi calculada a sua frequência absoluta (n) e percentual (%), e posteriormente, procedida apresentação e discussão com base em pesquisas relacionadas à temática.

### **2.1 Caracterização do município**

O município de Arcoverde localiza-se na mesorregião Sertão, microrregião Sertão do Moxotó e região de desenvolvimento sertão de Moxotó-Pajeú. Dista 256

km do Recife, capital do estado. O município possui uma área territorial de 353 km<sup>2</sup>, tendo como limites municipais, ao Norte o Estado da Paraíba, ao Sul os municípios de Buíque e Pedra, ao Leste o município de Pesqueira e ao Oeste o município de Sertânia. Arcoverde tem 65.905 habitantes, 59.172 residentes na zona urbana e 6.098 na zona rural (IBGE, 2007).

Arcoverde é considerado o “Portal do Sertão Pernambucano”, serve como referência para os municípios do sertão do Moxotó, para o comércio, educação e prestação de serviços principalmente saúde.



**Mapa 1 – Municípios que compõem a VI GERES.**  
**Fonte: VI GERES – Arcoverde, PE.**

O Município faz parte da Gerência Regional de Saúde VI (GERES), conforme mapa 1, e de acordo, com NOAS – SUS 01/ 02 estabelece o processo de regionalização com estratégias de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da Assistência, Arcoverde se qualifica em município sede de módulo da sua regional de saúde, com a perspectiva de garantir o acesso a integralidade e a igualdade, a um conjunto de serviços e ações de saúde.

A Secretaria Municipal, responsável pela organização dos Serviços de Saúde tem como meta desenvolver as ações preconizadas pelos programas do Ministério da Saúde nas áreas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Família, Controle do Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Tuberculose, Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, Assistência Farmacêutica, exames de apoio e diagnóstico. Possui serviços de média complexidade, incluindo leitos de pronto atendimento, permitindo que desenvolva atendimento na atenção Primária e Secundária, e está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica.

## **2.2 Caracterização da rede de saúde local**

A rede assistencial de saúde municipal é composta por uma rede mista com 17 (dezesete) Unidades de Saúde da Família desenvolvendo atividades do Programa de Saúde da Família e Saúde Bucal; 06 (seis) Postos de Saúde; 01 (um) Centro de Saúde, desenvolvendo ações de saúde, centradas no atendimento clínico; 01 (um) Centro de Atenção ao Idoso; 01 (um) Centro de Saúde da Mulher; 01 (um) Centro de Testagem e Aconselhamento CTA/ COAS; 01 (um) Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) tipo I; 01 (um) Centro de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental; 01 (um) Centro de Especialidades Médicas (serviço de diagnóstico); 01 (um) Laboratório de Análises Clínicas; 01 (uma) Unidade Móvel Clínica Odontológica; 01 (uma) Policlínica e 02 (duas) equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo I. Contamos ainda com 01 (um) Hospital Regional, 01 (uma) Casa de Saúde, privada e conveniada com o SUS e 01 (um) Hospital Privado além de outros serviços privados.

17 ESF  
01 PACS

03 UNID.  
HOSP.

06 UBS

01 CENTRO  
DE SAÚDE

01 CENTRO  
DO IDOSO

01 CS DA  
MULHER

01  
CTA/COAS

01 CEO

01 CENTRO  
DE  
VIGILÂNCIA

01 CENTRO  
ESP. MED.

01 LAB.

01 U. M.  
ODONT

01 POLICLÍNICA

02 NASF I

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 Perfil sócio-escolar dos ACS's**

Estes dados correspondem a população do estudo, que foi composta por 83 Agentes Comunitários de Saúde, correspondendo a 92,2% do total de ACS's que trabalhavam no período na Estratégia de Saúde da Família que participaram da pesquisa voluntariamente. Os resultados serão apresentados em 6 blocos, quais sejam: perfil sócio-escolar, condições e situação de trabalho, condições para exercício de suas atividades profissionais, opinião em relação a estrutura física da Unidade de Saúde da Família onde exerce suas atividades, relação de trabalho com os profissionais da mesma equipe, de equipes diferentes e com a comunidade e oferta de treinamento/capacitação para trabalhar na ESF.

**Tabela 1 Perfil sócio-escolar dos ACS's, de Arcoverde, PE, 2008.**

<b>Característica/Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
21-30 anos	17	20,48
31-40 anos	37	<b>44,57</b>
41-50 anos	23	27,71
51-60 anos	06	7,22
<b>Sexo</b>		
Feminino	72	<b>86,70</b>
Masculino	11	13,30
<b>Área de atuação</b>		
Zona urbana	70	<b>84,33</b>
Zona rural	13	15,66
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	01	1,20
Fundamental completo	05	6,02
Médio incompleto	03	3,61
Médio completo	74	<b>89,15</b>
Superior	10	12,04
<b>Área de nível superior</b>		
Licenciatura em Biologia	04	<b>40,00</b>
Licenciatura em Letras	03	30,0
Licenciatura em Matemática	02	20,0
Educação Física	01	10,0
<b>Especialização (pós-graduação)</b>		
Sim	02	<b>20,0</b>
Não	08	80,0
<b>Outros Cursos</b>		
Técnico de Enfermagem	08	<b>20,00</b>
Técnico de Eletrônica	01	2,50
Técnico de Contabilidade	11	27,50
Auxiliar de Enfermagem	20	<b>50,00</b>

De acordo com a Tabela 1, observou-se que estavam na faixa etária entre 31-40 anos (44,57%), se assemelhando com o estudo realizado por Nascimento (2008), cujo universo da pesquisa 42,5%, tinha como faixa ACS's dos 30-39 anos. O Ministério da Saúde preconiza idade acima de 18 anos, mas não estabelece um limite máximo (BRASIL, 2001). O sexo feminino foi predominante, sendo 86,7% composto por mulheres e 13,3% por homens. Dados que corroboram com o estudo de Nascimento (2008) e Ferraz e Aertz (2004), que encontraram amostras compostas, em sua maior parte, por mulheres.

A área de atuação dos sujeitos se concentrou predominantemente na zona urbana (84,33%). Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dão conta de que a população está sendo assistida com uma cobertura de 78,0% dos



Agentes Comunitários de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE DE ARCOVERDE, 2008).

Com relação a escolarização verificou-se que 89,15% dos ACS possuíam o ensino médio completo, desses 12,04% haviam concluído curso superior e ainda 02 possuíam o curso de pós-graduação. Dados que corroboram com estudos realizados em Pernambuco, Rio Grande do Sul e Paraná (BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005; FERRAZ; AERTES, 2005; KLUTHCOVSKY et al., 2007). A Lei que regulamenta a profissão de ACS exige, para o exercício da função, o Ensino Fundamental completo, portanto o grau de escolaridade encontrado no município de Arcoverde é superior a essa exigência legal (BRASIL, 2002).

Quanto a outros cursos profissionalizantes 50,0% já haviam feito o curso de Auxiliar de Enfermagem. Viu-se que dos ACS que possuíam curso de qualificação 70,0% optaram por cursos em profissões típicas de saúde como técnico e auxiliar de enfermagem. Nascimento (2008) destaca que se o ACS dispuser de uma organização de trabalho e de uma formação profissional adequada, pode tornar-se um recurso humano em potencial, que poderá causar impacto positivo na saúde da população assistida, fortalecendo assim, a atenção básica.

**Tabela 2 Condições e situação de trabalho dos ACS's, Arcoverde-PE, 2008.**

<b>Característica/Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Como se tornou profissional do PSF</b>		
Concurso	20	24,09
Seleção	61	<b>73,49</b>
Em branco	02	2,40
<b>Tempo que trabalha na ESF</b>		
<1 ano	18	<b>21,67</b>
2-4 anos	30	<b>36,13</b>
5-7 anos	10	12,03
8-10 anos	11	13,23
+ 10 anos	03	3,60
Em branco	11	13,25
<b>Como classifica sua remuneração</b>		
Boa	10	<b>12,04</b>
Razoável	42	<b>50,60</b>
Baixa	21	25,30
Em branco	05	6,02
<b>Jornada de trabalho na ESF</b>		
6 horas/dia	57	<b>68,67</b>
8 horas/dia	26	31,32
<b>Exerce outra atividade profissional</b>		
Sim	09	<b>10,84</b>
Não	70	84,33
Em branco	04	4,81

Na Tabela 2 observa-se que o meio para o ingresso na profissão de Agente Comunitário de Saúde ocorreu por meio de seleção (73,49%). Ferraz e Aerts (2005), em estudo no município de Porto Alegre enfatizam que todos os agentes comunitários passaram por um processo seletivo, o que acaba se refletindo no nível de escolaridade, pois a maioria apresentava o ensino fundamental completo. vale salientar que quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e melhor orientar as famílias sob sua responsabilidade.

O tempo de exercício profissional na função de ACS no município de Arcoverde, foi entre 2-4 anos (36,13%), embora seja importante notar que 21,67% exerciam a função há menos de um ano, pois iniciaram suas atividades em serviços recém-implantados. O tempo acima de 3 anos é importante para o entendimento do papel do agente, que é construído nas suas práticas cotidianas e no seu tempo de permanência e vínculo de contato com a comunidade (SCHIMITH; LIMA, 2004). A oportunidade de emprego e o reconhecimento social estão entre as principais motivações para os ACS trabalharem nessa função, e isso pode explicar a permanência deles no serviço por um período maior (NUNES et al., 2002; RONZANI; SILVA, 2008; SILVA, 2000).

O município de Arcoverde-PE criou o cargo de ACS's por meio da Lei Complementar Municipal Nº 08/2007 de 12/11/2007 e a Portaria nº 59/2008 de 31/03/2008 efetivou-os na função. Outrossim, a Portaria 078/2008 de 19 de fevereiro de 2008, da Secretaria Estadual de Saúde, publicou a relação dos Agentes Comunitários de Saúde, que foram submetidos e aprovados em Processo Seletivo Público, no período de 1991 a 2006 (PERNAMBUCO, 2008).

Quanto a remuneração os entrevistados classificaram sua remuneração como boa (12,04) ou razoável (50,60%). Para o Ministério da Saúde, um agente comunitário de saúde deve ganhar pelo menos um salário mínimo por mês. Os recursos para efetuar o pagamento do seu salário provêm em parte do governo federal, do governo municipal e, em menor proporção, do governo estadual (BRASIL, 2001).

A jornada diária de trabalho 6 horas foi citada por 68,67%, divergindo do que recomenda o Ministério da Saúde, que define como requisito para a função ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, 2004), ou seja, 8 horas diárias.

O exercício de outra atividade profissional, além da de ACS, foi constatada em 10,84% das respostas, apontando para a possibilidade de cumprimento das múltiplas atribuições deste profissional, mediante carga horária de 8 horas diárias.

**Tabela 3 Condições dos ACS's para exercício de suas atividades profissionais, Arcoverde- PE, 2008.**

<b>Característica/Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dificuldades encontradas em relação a atividade executada frente ao paciente</b>		
Visita domiciliar	02	2,40
Aglomerção de pessoas nos postos (madrugada)	05	6,00
Não segue as orientações	05	6,00
Analfabetismo	07	8,40
Resistência à mudança	19	<b>22,90</b>
Sedentarismo	06	7,20
Baixa condição financeira	05	6,00
Não tenho dificuldades	21	<b>25,30</b>
Em branco	13	15,70
<b>Dificuldades encontradas em relação a atividade executada e o serviço</b>		
Falta de medicamentos	04	4,82
Horários dos profissionais	09	10,84
Mau atendimento	10	12,05
Referência	04	4,82
Visita domiciliar	01	1,20
Grande quantidade de famílias	09	10,84
Não tenho dificuldades	30	<b>36,14</b>
Em branco	16	19,28
<b>Dificuldades encontradas em relação a atividade executada e o atendimento domiciliar</b>		
Grande distância	03	3,61
Pouco horário do profissional (superior)	06	7,23
Falta de material didático	02	2,41
Falta de carro	06	7,23
Falta de material	02	2,41
Não tenho dificuldades	28	<b>33,73</b>
Em branco	36	43,37

Analisando a Tabela 3, 22,90% dos entrevistados responderam que a principal dificuldade encontrada no exercício da profissão frente ao usuário é a resistência à mudanças, é importante também o fato de 25,30% terem dito que não tinham dificuldade alguma. De acordo com Kluthcovsky e Takayanagui (2006), os ACS sofrem resistência da população com relação às orientações. Os ACS encontram grandes desafios no cotidiano de sua prática profissional, em razão disso é necessário que possam agir refletindo criticamente acerca das necessidades da população e que ele possa respeitar os valores, a cultura e a individualidade da comunidade atendida por ele (SOSSAI, 2008).

Dos entrevistados 36,14% responderam não ter dificuldades com relação a atividade e o serviço, assim como 33,73% no atendimento domiciliar. Um estudo de Levy, Matos e Tomita (2004) mostrou que, de forma geral o trabalho do ACS passa por uma fase inicial de desconfiança por parte da população, mas que, em função da dinâmica interacional e das tarefas que ele realiza em suas visitas domiciliares, isso evolui para uma participação efetiva e uma melhora crescente da relação agente/comunidade. A população começa a valorizar mais o agente, devido principalmente à diminuição dos índices de agravos à saúde, como mortalidade infantil e adulta, controle de diarreias, presença do médico nas visitas domiciliares agendadas, o que, de certa forma, trouxe resolubilidade aos problemas e maior satisfação do usuário (PEDROSA; TELES, 2001).

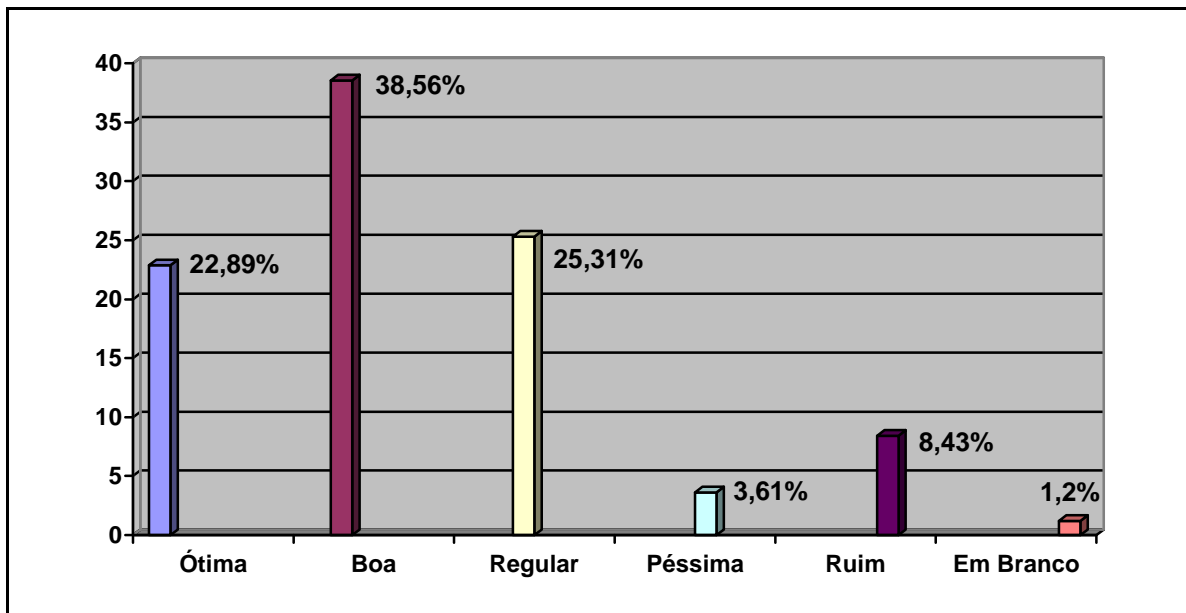


Gráfico 1 Opinião dos ACS's em relação a estrutura física da Unidade de Saúde da Família onde exerce suas atividades, Arcoverde, PE.

O Gráfico 1, mostra que 38,56% dos entrevistados consideram boa a estrutura física da Unidade de Saúde da Família onde exercem suas atividades. Segundo o Ministério da Saúde é necessário que uma Unidade de Saúde da Família disponha de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação da equipe. Reforçando a possibilidade de compartilhamento dos espaços físicos, permitindo a utilização dos mesmos entre diferentes profissionais e atividades da unidade entre programações diversas e ainda, atividades extra-muros (BRASIL, 2006).

**Tabela 4 Relação de trabalho dos ACS's com os profissionais da mesma equipe, de equipes diferentes e com a comunidade, Arcoverde, PE.**

<b>Característica/Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Relação de trabalho entre os profissionais da mesma equipe</b>		
Há uma boa relação	61	<b>73,49</b>
Há indiferença de um para com o outro	09	10,84
Há subgrupos dentro da equipe	10	12,05
Há muita divergência	02	2,41
Sem resposta	01	1,20
<b>Relação de trabalho entre os profissionais de equipes diferentes</b>		
Há uma boa relação	54	<b>65,06</b>
Há indiferença de um para com o outro	09	10,84
Há cooperação mútua	13	15,66
Há muita divergência	03	3,61
Sem resposta	04	4,82
<b>Relação de trabalho da equipe com a comunidade</b>		
Muito boa	18	21,69
Boa	53	<b>63,86</b>
Regular	10	12,05
Sem resposta	02	2,41

Verifica-se na Tabela 4, que 73,49% consideram boa a relação de trabalho dos ACS entre os profissionais da mesma equipe, assim como 65,06% com equipes diferentes e, 63,83% com a comunidade. O estudo de Pedrosa e Teles (2001), também cita um bom relacionamento entre a equipe de saúde. Peduzzi (2001), relatou no seu trabalho que a comunicação e interação entre os profissionais é ponto fundamental no trabalho em equipe. Segundo Ferraz e Aertez (2004), o agente comunitário tem facilidade de estabelecer o elo entre a equipe e a comunidade, isso se dá pelo fato de o agente fazer parte da comunidade e ser um conhecedor dessa realidade, facilitando, assim, a comunicação, na medida em que leva informação das famílias para a equipe.

**Tabela 5 Oferta de treinamento/capacitação para trabalhar na ESF, Arcoverde- PE, 2008.**

<b>Característica/Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Recebeu/recebe algum tipo de treinamento específico para trabalhar na ESF</b>		
Sim	43	<b>51,80</b>
Não	30	36,14
Sem resposta	10	12,04
<b>Se sim, qual o tipo?</b>		
Capacitação	37	<b>86,05</b>
Treinamento	06	13,95

A Tabela 5 mostra que 51,80% dos entrevistados recebeu/recebe algum tipo de treinamento específico para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família e que 86,05% desses foi capacitação. Para desempenhar cada vez melhor sua função, os Agentes Comunitários de Saúde necessitam de capacitação e treinamentos adequados, que incluam desde procedimentos técnicos, como, aferição de peso e altura das crianças, até o desenvolvimento de atividades educativas e preventivas junto à população, além de ensinamentos para que possam transmitir de forma decodificada alguns saberes que envolvem a Medicina como um todo (NUNES, et al., 2002).

Como a formação dos ACS é fundamental para a regulamentação da profissão, além do curso de qualificação básica, os agentes realizaram também a primeira etapa do Curso Técnico de Agentes Comunitário de Saúde, oferecido pela Secretaria Estadual de Saúde, através da Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco (ETESPPE), no ano de 2006. Onde os mesmos já exerciam suas atividades no PACS e passaram para a ESF com a criação de novas equipes, sendo dessa forma, incorporados gradativamente.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, a implantação da Estratégia de Saúde da Família é considerada uma das principais estratégias para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS e pretende devolver para a Atenção Básica que é de responsabilidade dela, resgatando o seu papel de porta de entrada do sistema. O enfoque do trabalho da Estratégia de Saúde da Família-ESF é a família, onde a atuação das equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e dos ACS compreendem um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, e ampliou o papel do Agente Comunitário de Saúde - ACS. O agente de saúde é o primeiro passo, onde é ele quem faz inicialmente o cadastro dos moradores.

Os resultados aqui apresentados possibilitaram conhecer o perfil dos ACS's do município de Arcoverde-PE, constatando que, eles são trabalhadores na faixa etária entre 31-40 anos, exercendo suas atividades laborais majoritariamente na Zona Urbana.

Sabemos que esse novo papel do ACS exige novas competências, onde os entrevistados possuem grau de escolaridade acima do requerido para o ingresso no cargo. O fato de 70% dos ACS já ter feito qualificação/capacitação na área de saúde, como o curso de técnico ou auxiliar de enfermagem, pode proporcionar mais subsídios e conhecimentos para que possam atuar junto as comunidades, aderindo a um perfil profissional comprometido, onde é fato que qualificação/capacitação do profissional de saúde, é um dos desafios para que se alcance maior qualidade dos serviços de saúde.

Este trabalho corrobora com pesquisas anteriores quanto à constatação de mudanças ocorridas passados 15 anos, têm-se muitos avanços a comemorar, a cada dia nos confrontamos com obstáculos e desafios a serem enfrentados, e com certeza se tivermos um maior número de ACS preparados, teremos mais chances de conquistar e constatar mudanças ocorridas. Onde há evidências de que um aumento de 10% na cobertura da saúde da Família possa levar a um decréscimo de 4,5% na mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal, captação precoce da gestante no primeiro trimestre para o início do pré-natal (MACINKO; SOUZA, 2006).

O ingresso no serviço aconteceu por meio de seleção torna-se um dado relevante sobre a forma de contratação dos ACS, que garantem maior estabilidade e

fortalece o vínculo empregatício, onde estão na função de ACS em atividade na ESF de 2-4 anos e consideram de boa a razoável seus vencimentos, demonstrando o grau de satisfação da remuneração que percebem.

Com relação ao relacionamento com a equipe na qual trabalha, com equipes diferentes e com a comunidade foi considerado bom, onde estudos apontam que “a ausência de integração gerencial de habilidades e talentos individuais em uma competência coletiva produz serviços menos eficientes e de menos efetividade” (COTTA; SCHOTT; AZEREDO, 2006).

É preciso aprender que cada um de nós é importante no processo de construção na transformação de um serviço de saúde, acessível, igualitário e humanizado para toda a população. E para isso precisamos trabalhar em conjunto como já dizia o grande educador Paulo Freire: “Ninguém liberta ninguém. Ninguém se liberta sozinho. Os homens se libertam em comunhão”. Os profissionais precisam entender que precisamos uns dos outros para desenvolver um trabalho eficaz. A essência do trabalho é totalmente construída coletivamente.

Esperamos que este estudo possa dar subsídios e momentos de reflexão identificando necessidades de saúde e orientando o trabalho dos ACS de equipes de Saúde da Família, ajudando-os no enfrentamento das problemáticas presentes no âmbito do trabalho e na comunidade, rompendo paradigmas que impeçam a concretização dos princípios do SUS, apresentando maior potencial de impacto sobre a efetividade do trabalho na atenção em saúde e sobre qualidade da vida da população arcoverdense.

Sugerimos como continuidade deste trabalho a caracterização do perfil dos demais profissionais que integram a ESF, o qual poderá trazer maiores informações no sentido de identificar necessidades e orientar o trabalho de equipes de saúde, com o compromisso político da atual gestão municipal de Arcoverde: universalização, equidade, integralidade, resolutividade e controle social da política de saúde.



## 5 REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. F. B.; ESPIRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, out. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000500017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jan. 2009.

BRASIL. **Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2002/10507.htm>>. Acesso em: 04 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde, PACS**. Portaria nº 1886/GM. Anexo 1. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF, 2009. Disponível em <[http://cnes.datasus.gov.br/lista\\_Es\\_nome.asp?Vtipo=0](http://cnes.datasus.gov.br/lista_Es_nome.asp?Vtipo=0)>. Acesso em: 28 jan. 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.5, n.1, p. 163-177, 2000.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.7-18, set. 2006. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2009.

DEVER, G.E. A. Holistic health: an epidemiological model for policy analysis. In: **Community health analysis**. Baltimore: Aspen, 1980.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr. 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 dez. 2008.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF): comentado**. Goiânia: AB, 2003. 124p.

IBGE. **Cidades**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em 11 nov. 2008.

KLUTHCOVSKY, A. C. 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. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 2, ago. 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082007000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jan. 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M.. Community health agente: a literature review. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 957-963. nov./dez. 2006.

LALONDE, M. El concepto de 'campo de la salud': uma perspectiva canadense. In: OPAS. **Promoción de la salud**: uma antologia. Washington, 1996.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000100036&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100036&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2009.

MACÊDO, C. G. de S; SANTO, I. dos; VIEIRA, C. A. B. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. In: **OPS**. Antologia de experiencia en servicio y doencia enfermeria em América Latina. Washington, 1980. p. 141-153. (Publicación Científica, 393).

MACINKO, J. G.; SOUZA, F. F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, n. 60, p. 13-19. Disponível em: <<http://http://jech.bmj.com/cgi/content/abstract/60/1/13>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

MARTINS, C. et al. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. **Saúde em Debate**. n. 51, p. 38-43, 1996.

NASCIMENTO, C. M. B. **Análise do cumprimento das práticas dos agentes comunitários de saúde em municípios da região metropolitana do Recife**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008. 158p.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, dez. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 jan. 2009.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 161-174.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, jun. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000300014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jan 2009

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2009.

PERNAMBUCO. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. **Portaria nº 078 de 02/02/2008**. Disponível em: [http:// http://www.fisepe.pe.gov.br/cepe/diario.htm](http://www.fisepe.pe.gov.br/cepe/diario.htm).>. Acesso em 20 dez 2008.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2009.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 dez. 2008.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do projeto QUALIS: Agente institucional ou agente de comunidade**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. 321p.

SILVA, M. H.; SANTOS, M. R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte do município de Juiz de Fora. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, jul./dez. 2003.

SILVA, J. A, DALMASO A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 2002.

SILVA, M. J.; RODRIGUES, R. M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 02, n. 1, 2000. Disponível em:<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/678/748>>. Acesso em: 02 jan. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE DE ARCOVERDE. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Arcoverde. nov. 2008

SOLLA, J. J. S. P. et al. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 5, n. 51, p. 4-15, 1996.

SOSSAI, L. C. F. Atenção primária à saúde no município de Marília-SP: repensando o trabalho d agente comunitário de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP**. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03092008-131001/>>. Acesso em 03 jan 2009.

SOUSA, M<sup>a</sup> Fátima de. **A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF**. Rev. Brasileira de Enfermagem: saúde da família. v.53, n<sup>o</sup> especial. Brasília: ABEn, dez. 2000. p. 25–30.

## **APÉNDICE**

## APÊNDICE 1 - Questionário Profissional de Saúde

### 1. Identificação

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

EQUIPE DO PSF \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_

#### 1.1 Dados Pessoais do Entrevistado

Função no PSF: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) ACS ( ) Dentista

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1.2.1 Área onde trabalha: ( ) Zona Urbana ( ) Zona Rural ( ) Urbana/Rural

#### 1.2.2 Escolaridade

( ) 1º Grau Completo ( ) 1º Grau Incompleto

( ) 2º Grau Completo ( ) 2º Grau Incompleto

( ) Nível Técnico ( ) Nível Superior

Formação \_\_\_\_\_

Instituição onde se graduou \_\_\_\_\_

Ano de conclusão do Curso Superior ou Técnico \_\_\_\_\_

Residência ( ) Sim ( ) Não Se sim, data \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Pós-Graduação ( ) Sim ( ) Não Se sim, data \_\_\_\_\_

( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Área: \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

#### 1.2.2 Como se tornou profissional do PSF:

( ) concurso

( ) indicação Neste caso especificar \_\_\_\_\_

( ) outros Neste caso especificar \_\_\_\_\_

1.2.3 Tempo de trabalho neste PSF \_\_\_\_\_

1.2.4 Contrato de Trabalho (Vínculo Contratual) \_\_\_\_\_

#### 1.2.5 Como você classifica sua remuneração como profissional do PSF?

( ) boa ( ) razoável ( ) baixa ( ) muito baixa

#### 1.2.6 Jornada de trabalho no PSF

( ) 6 horas/dia

( ) 8 horas/dia

( ) 12 horas/dia

( ) outros Neste caso especificar \_\_\_\_\_

1.2.7 Exerce outra atividade profissional? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual a jornada de trabalho?

( ) 6 horas/dia

( ) 8 horas/dia

( ) 12 horas/dia

( ) outros Neste caso especificar \_\_\_\_\_

## 2. Avaliação sobre o SUS

2.1 Nível de conhecimento do SUS e Programas

2.1.1 Você saberia dizer o que significa o SUS?

---

---

2.1.2 Você saberia dizer o que significa o PSF?

---

---

2.2 Imagem do SUS

	<b>Discorda Totalmente/ Tende a discordar</b>	Nem concorda e nem discorda	Tende a concordar/ Concorda totalmente	Não sabe/ Não responde
Todo cidadão tem direito a qualquer serviço do SUS				
Serviços são prestados sem qualquer preconceito				
SUS presta serviços completos para cada caso				
SUS informa à população sobre serviços que existem				
SUS investe na melhoria/expansão dos serviços				
Cidadão sabe que pode contar com o SUS				
SUS é um sistema no qual se pode confiar				

### 2.3 Avaliação geral do SUS segundo tipo de atendimento

	Funciona mal/ Não funciona	Funciona mais ou menos	Funciona bem/muito bem	NS/NR
Atividades de promoção e prevenção em Saúde				
Atividades de assistência à saúde				
Atividades de reabilitação				

### 2.4 Evolução na qualidade dos Serviços prestados pelo SUS

#### 2.4.1 Depois da implantação do PSF, os serviços:

- ( ) Melhoraram
- ( ) Não melhoraram, nem pioraram
- ( ) Pioraram
- ( ) NR/NS

### 3.0 trabalho no PSF

#### 3.1 Atividades que o entrevistado realiza, especificar:

\_\_\_\_\_

#### 3.1.1. Condições de trabalho para realizar estas atividades/ Principais problemas enfrentados:

3.1.1.1 Em relação ao paciente: \_\_\_\_\_

3.1.1.2 Em relação ao serviço: \_\_\_\_\_

3.1.1.3 Para a realização do atendimento domiciliar: \_\_\_\_\_

#### 3.2 O que você acha da estrutura física da USF?

- ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) ruim ( ) péssima

#### 3.3 Como você define a relação de trabalho entre os profissionais da sua equipe?

- ( ) há boa relação entre os diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, ACS)
- ( ) há indiferença de um para com o outro
- ( ) há cooperação mútua
- ( ) há subgrupos dentro da equipe
- ( ) há muita divergência
- ( ) outros \_\_\_\_\_



**3.4** Como você define a relação de trabalho entre os profissionais de equipes diferentes?

( ) há boa relação entre os diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, ACS)

( ) há indiferença um para com o outro

( ) há cooperação mútua

( ) há muita divergência

( ) outros \_\_\_\_\_

**3.5** Como você avalia o relacionamento da equipe com a comunidade?

( ) bom      ( ) muito bom      ( ) nem bom, nem ruim      ( ) ruim

**3.6** Você recebeu/recebe algum tipo de treinamento específico para trabalhar no PSF?

( ) Sim    ( ) Não    Se sim, especificar

Tipo: \_\_\_\_\_

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

Periodicidade: \_\_\_\_\_

**3.7** Na sua opinião quais profissionais devem ser incorporados à equipe PSF?

\_\_\_\_\_

**4.** Considerações sobre o PSF

**4.1** Para você quais os aspectos positivos?

\_\_\_\_\_

**4.2** Para você quais os aspectos negativos?

\_\_\_\_\_

**4.3** Na sua opinião quais os benefícios do PFS para a população?

\_\_\_\_\_

**4.4** Na sua opinião quais as principais dificuldades enfrentadas para o funcionamento e eficiência do PSF?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observações do Entrevistador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_