

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES (CPqAM)  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS EM  
SAÚDE**

**CLÁUDIA FABIANE GOMES GONÇALVES**

**INVESTIGAÇÃO DAS ATIVIDADES  
DESENVOLVIDAS PELOS ACS NA ZONA  
URBANA APÓS EFETIVAÇÃO DO  
VÍNCULO INSTITUCIONAL NO MUNICÍPIO  
DE PEDRA - PE**

**RECIFE – PE**

**2010**

CLÁUDIA FABIANE GOMES GONÇALVES

**INVESTIGAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ACS NA ZONA  
URBANA APÓS EFETIVAÇÃO DO VÍNCULO INSTITUCIONAL DO MUNICÍPIO DE  
PEDRA ESTADO DE PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços em saúde.

ORIENTADOR: Prof<sup>o</sup>. Ms. Wallacy M. N. Feitosa

RECIFE – PE

2010

CLÁUDIA FABIANE GOMES GONÇALVES

**INVESTIGAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ACS NA ZONA  
URBANA APÓS EFETIVAÇÃO DO VÍNCULO INSTITUCIONAL NO MUNICÍPIO DE  
PEDRA ESTADO DE PERNAMBUCO**

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Professor Mestre Wallacy M.N.Feitosa  
Faculdade ASCES

---

Professor Doutor Petrônio de Lima Martelli  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

A DEUS, o Senhor do universo, da minha vida, que me deste o dom da vida, obrigada por tu me guiares no decorrer desta longa jornada, estando comigo em todos os momentos e me proporcionando força interior para vencer e superar obstáculos. Te agradeço por mais essa etapa concluída.

DEDICO.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu pai, Juarez Gomes, que já partiu, mas me ensinou a percorrer meu próprio caminho. A minha mãezinha Maria do Carmo (Carminha) que durante toda minha vida esteve ao meu lado, ensinando a enfrentar as dificuldades que a vida nos impõe. Ofereço-lhes o mérito da minha vitória.

Aos meus filhos Diego e Camylla razão da minha vida, por compreender a ausência e doar o carinho e amor que me alimenta.

Ao meu esposo e amigo José Agnaldo que compreendeu e aceitou, tanta ausência, que nunca deixou de acreditar no meu sucesso e incentivar a minha caminhada e alicerçar minha vida.

Aos meus irmãos, Juarez, Freed e Karla pelo carinho e por me incentivar no decorrer da minha jornada.

Ao meu Gestor Dr. Guilherme Braz Macêdo defensor do SUS, pelo incentivo e insistência para que eu me escrevesse no curso, acreditando nos meus ideais.

A Selma pela paciência em escutar as minhas dificuldades como profissional e mulher nos momentos difíceis dessa trajetória.

A minha turma, por tantos encontros alegres, cansativos, mas cada contribuindo com suas experiências. Em especial aos colegas Sérgio, Édio, Humberto pelas longas distâncias percorridas até Caruaru.

A minha primeira orientadora, Kátia Medeiros pela compreensão e apoio e encaminhamentos na elaboração deste trabalho, por motivos superiores não concluímos juntas esse trabalho. Meus eternos agradecimentos.

Ao meu orientador Mestre Wallacy Feitosa por me ajudar em um momento delicado, onde com seu conhecimento e calma pode dar um rumo ao meu trabalho.

Um agradecimento especial a todos que aqui não foram relacionados, mas que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho. Obrigada!

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
2.1 Breve Histórico.....	10
2.2 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde.....	11
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
3.1 Geral.....	16
3.2 Específicos.....	16
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>17</b>
4.1 Tipo de estudo.....	17
4.2 Local de estudo.....	17
4.3 População e amostra de estudo.....	17
4.4 Procedimentos de coleta.....	18
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>19</b>
5.1 Caracterização do município.....	19
5.2 Características da rede de saúde do município.....	20
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>

GONÇALVES, Cláudia Fabiane Gomes. **Investigação das Atividades Desenvolvidas pelos ACS na Zona Urbana após Efetivação do Vínculo Institucional no Município de Pedra Estado de Pernambuco.** Monografia – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo cruz, Recife,2010.

## 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 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (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. 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. O estudo foi realizado no município de Pedra – PE e teve como objetivo comparar se as atividades desenvolvidas pelos ACS's na zona urbana no período de um ano antes e um ano depois da efetivação se tiveram uma diminuição na quantidade de procedimentos no município de Pedra - PE. Teve como população 20 Agentes Comunitários de Saúde que trabalhavam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) naquela época. Foram selecionados os ACS's da zona urbana por que no período de julho de 2007 a junho de 2009 não foi realizado nenhuma substituição de ACS. Trata-se de um estudo do tipo, exploratório descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados, na esfera municipal e fontes secundárias de uma base de dados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), sendo feita a análise estatística por meio de gráficos. Os resultados possibilitaram constatar que houve uma diminuição das visitas domiciliares após a efetivação do seu vínculo empregatício, entretanto não foi abordado nesse estudo a qualidade dessas visitas nem satisfação da comunidade.

**Palavra-chaves: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde da Família, Efetivação.**

GONÇALVES, Cláudia Fabiane Gomes. **Research Activities Developed by the ACS in the urban area after the Effective Institutional Bond in the City of Pedra State of Pernambuco.** Monograph – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo cruz, Recife, 2010.

## **ABSTRACT**

The National Program for Community Health Workers (PNACS) was implanted in the Northeast in 1991, under the coordination of the National Health Foundation (FNS) for the purpose of contributing to the municipal sphere and implementation of the Unified Health System (SUS ), by extending coverage to rural and urban peripheries, giving priority to maternal and child segment. In 1992, the term loses PNACS national, adopting Community Agents Program (PACS). In 1994, the program had expanded to the North and Midwest, with 33,488 agents in 987 counties. The Community Health Agents (CHA's) are considered the pillars of health programs geared to primary care, established by the government, serving as communicators and translators of these programs for the population, besides being a link between other professionals and community. The study was conducted in Pedra - PE and aimed to compare whether the activities conducted by ACS's in the urban area within one year before and one year after the effective if they had a decrease in the number of procedures in Pedra – PE. Population had the 20 community Health Workers who worked at the Family Health Strategy (FHS) at the time. We selected AC's why the village from July 2007 to June 2009 was not made any replacement of ACS. This is a study of its kind, exploratory descriptive cross-sectional quantitative approach. Data were collected at the municipal and secondary sources from a database of the Information System (SIAB) statistical analysis was done by means of graphs. It was possible to see that there was a decrease in home visits after the execution of his employment, though not addressed in this study the quality of these visits and community satisfaction.

**Keywords: Community Health Agents (CHA), Family Health, Effective.**



## 1 INTRODUÇÃO

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 Ministério da Saúde em 1991 criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), implantado inicialmente na Região Nordeste, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com o objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil e materna. A partir de 1993 o Programa teve seu objetivo ampliado, passando a ser expresso do seguinte modo:

Incorporar ao Sistema Único de Saúde agentes comunitários de saúde, profissionalizados em auxiliares de enfermagem, para desenvolver ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença; desencadear ações de promoção de saúde e prevenção da doença; funcionar como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde, contribuindo, assim, com a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde (BRASIL, 1994a).

Em 1992, o PNACS perde o termo nacional, adotando a sigla PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). 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, como desdobramento, o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de 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).

Neste contexto, no tocante à importância da equipe de saúde para a ESF, destaca-se o ACS, cuja função é “[...] desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, na sua área de atuação” (BRASIL, 1994b). Sendo uma das principais atribuições a realização da visita domiciliar para acompanhamento de todas as famílias sob sua responsabilidade.

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.

Considerando-se a relevância dessas reflexões sobre o ACS no município de Pedra, o trabalho ora apresentado justifica-se, especialmente, em razão da importância da efetividade do vínculo dos ACS's no processo de trabalho, visto serem eles 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.

Desta forma, com base na contextualização do ACS na equipe do PSF, este trabalho teve o objetivo de identificar se o processo da efetivação do vínculo dos ACS's melhorou na sua capacidade de trabalho perante a sua comunidade.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Breve Histórico

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), representa um marco na história das políticas públicas de saúde, organizado segundo diretrizes de descentralização com comando único em cada esfera de governo.

A criação do SUS não aconteceu por acaso. De acordo com Cunha e Cunha (2001), cinco aspectos influenciaram sobremaneira esse processo:

1º) o acirramento da crise financeira da saúde provocada pela privatização da assistência médica. No período de 1969 a 1975, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) destinava 90% das suas despesas ao pagamento de serviços médicos terceirizados;

2º) o contexto internacional, destacando a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a partir da qual a discussão sobre os cuidados primários em saúde passou a ser um compromisso dos países participantes, entre os quais o Brasil, que reconheceram a atenção primária e a participação comunitária como estratégia para a conquista da meta “Saúde para todos no Ano 2000”, tendo como proposta a expansão de cobertura para contingentes populacionais excluídos do modelo previdenciário;

3º) o movimento sanitário, contra-hegemônico, na segunda metade da década de 70, participou do processo de sistematização das propostas de mudança do modelo de saúde, resultando no projeto de Reforma Sanitária;

4º) a redemocratização do país em 1985 e instalação de uma nova conjuntura denominada “Nova República”;

5º) a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com ampla representação de trabalhadores de saúde, governo, usuários e prestadores de serviços de saúde. Esta Conferência significou um marco na formulação das propostas de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1986).

O SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde; Lei nº. 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e pela Lei nº. 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. (BRASIL, 1990a, 1990b).

Outros instrumentos que possibilitam a operacionalização do Sistema são as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB). Por meio delas se descreve a trajetória do SUS a partir de 1991. Traçando as estratégias de operacionalização, as NOB funcionam como um instrumento regulador do processo

de descentralização das ações e serviços de saúde. Pelo seu caráter transitório pode ser substituída por outra Norma, possibilitando a atualização das regras nos diferentes estágios de implementação do SUS (SILVA, 2003).

Até o momento foram editadas as NOB-SUS 01/91 (BRASIL, 1991), 01/92 (BRASIL, 1992), 01/93 (BRASIL, 1993), 01/96 (BRASIL, 1996) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/01 e 01/02 (BRASIL, 2001a, 2002a).

Do ponto de vista de impacto para a operacionalização do SUS as NOB-SUS 01/93 (BRASIL, 1993) e 01/96 (BRASIL, 1996) foram muito importantes.

A NOB-SUS 01/93 destacou que o objetivo mais importante da descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial centrado na assistência médico-hospitalar individual, deslocando-o para a assistência integral, universalizada, equânime, regionalizada e hierarquizada e resolutiva (ANDRADE, 2001a).

A NOB-SUS 01/96 apresentou um avanço ao criar as bases para o novo modelo de atenção à saúde, elegendo o Programa Saúde da Família, atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família. A fim de garantir sustentabilidade à nova proposta, esta NOB instituiu o Piso da Atenção Básica - PAB, para o financiamento das ações básicas, definido com base em uma referência *per capita* nacional, repassado de forma regular, fundo a fundo, rompendo com a lógica de pagamento por procedimento. Além disso, estabeleceu um valor adicional de Incentivo aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (ANDRADE, 2001b).

## **2.2 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde**

Desde sua inauguração como política oficial de governo, a inserção do agente comunitário de saúde (ACS) na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado polêmica a respeito da forma mais adequada de relação de trabalho que deve ser adotada para que se possa contar de modo sustentável com esse tipo de recurso humano. Essa polêmica é alimentada, em parte, pela demanda de atendimento a direitos trabalhistas e sociais, visto que, atualmente, em sua grande maioria, os ACS's estão submetidos a relações informais de trabalho. Também

surge do fato de que algumas das alternativas propostas — tal como sua admissão ao quadro de servidores públicos — são muitas vezes encaradas como inadequadas para uma função que exige um relacionamento estreito e permanente com a comunidade onde esses trabalhadores são recrutados. Essa discussão, tendo ocorrido reiteradamente em âmbito nacional e municipal, ficou conhecida como “a questão das modalidades de contratação”.

Os 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). 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 operacionalização das atividades do ACS subordina um aporte de recursos financeiros, parte integrante da lógica de financiamento do SUS. O repasse de recursos é feito do nível federal ao municipal e compõe o Piso de Atenção Básica – PAB (BEZERRA, 2005a).

O 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, 2005b).

São atribuições dos ACS's na equipe da Saúde da Família, entre outras:

- a) Realizar mapeamento de sua área;
- b) Cadastrar as famílias e atualizar, permanentemente, este cadastro;
- c) Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- d) Identificar área de risco;

- e) Orientar as famílias para utilização adequada do serviço de saúde, encaminhando-as até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- f) Realizar ações e atividades, no nível de sua competência, na área prioritária da atenção básica;
- g) Estar sempre bem informado e informar aos demais membros da equipe sobre a situação das famílias acompanhadas, principalmente, aquelas em situação de risco;
- h) Desenvolver ações educativas e de vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- i) Promover a educação e mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente;
- j) Realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade.

Após esta lista de atividades pelo exposto, identifica-se que 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). 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.

Suas atividades contribuem para o diagnóstico demográfico de comunidades; promoção de ações educativas; participação da população nas políticas públicas e visitas domiciliares.

Frente a tais características, de vínculo com a comunidade e continuidade das ações, a questão da forma de vinculação institucional tem um papel fundamental no sistema.

Aqui o conceito da *vinculação institucional*, que abrange a dimensão jurídica da relação de trabalho e a dimensão administrativa da relação institucional. A relação jurídica de trabalho pode ser dada pelo regime celetista, enquanto a relação institucional pode realizar-se mediante uma associação comunitária conveniada com a Secretaria de Saúde do município. As duas noções de relação — de trabalho e institucional — entram, assim, no conceito de vinculação institucional.

A respeito de cada uma das formas de vinculação institucional cabe a aplicação de dois tipos de juízo: *a)* se é adequada do ponto de vista do trabalhador, no que se refere à garantia de direitos associados ao trabalho; e *b)* se é adequada do ponto de vista do alcance social das estratégias adotadas por essa política.

Quanto ao primeiro aspecto, parece haver hoje um consenso, nas três esferas de governo e na sociedade de um modo geral, de que os ACS's devem desfrutar dos direitos que são garantidos à maioria dos trabalhadores urbanos e rurais. Isso diz respeito tanto aos benefícios previdenciários quanto aos trabalhistas (férias, abono natalino, licença maternidade etc.), assim como a livre associação para defesa de seus interesses.

As alternativas de vinculação institucional têm de ser ajuizadas considerando igualmente o quanto elas podem facilitar ou dificultar o cumprimento pelo ACS de seu *perfil social*.

Em relação ao processo de seleção dos ACS, na época, este se dava da seguinte maneira: a Coordenação Estadual, aliada à Regional e a Municipal, executava todo o processo de seleção e fazia uma divulgação do Programa na comunidade em conjunto com lideranças comunitárias e conselheiros municipais de saúde. Eram inscritos os candidatos, realizava-se a seleção e, posteriormente, a divulgação era feita pelos meios de comunicação do município.

A profissionalização dos ACS se deu no ano de 2002, através da Lei Nº 10.507, de 10 de Julho (BRASIL, 2002). A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo 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 local deste.

As características da atuação dos (ACS) exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e relacionamento com a comunidade. Não somente pela exigência de adequar as modalidades de contratação ao perfil social do agente, os dirigentes vêm utilizando as mais diversas formas para contratar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (NOGUEIRA et al., 2000).

Segundo Nogueira, Silva e Ramos (2000), algumas das mais usuais formais de contratação do trabalho dos Agentes Comunitárias de Saúde utilizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde são: Contrato regido pela CLT com prazo

indeterminado (via administração direta, via Associação e via empresa); estatutário (via administração direta); cargo comissionado (via administração direta); contrato excepcional por tempo determinado (via administração direta); contrato autônomo (via cooperativa); prestação de serviços (via administração direta). Algumas destas formas de contratação utilizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, em suas maiorias típicas das formas de terceirização do trabalho em saúde, contribuem marcadamente para a precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

A organização dos agentes comunitários propiciou a edição do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades e, posteriormente, a elaboração de um projeto de lei que culminou na publicação da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 que cria a profissão de agente comunitário de saúde (BRASIL, 2004), no entanto a regulamentação da profissão não esgota outros problemas relacionados à inserção dessa categoria no âmbito do sistema municipal de saúde.

O Ministério da Saúde e o Ministério Público do Trabalho, o Congresso Nacional, com intuito de oferecer base legal para a inserção do ACS e disciplinar sua forma de contratação, iniciou uma discussão de Propostas de Emendas à Constituição (PEC) e finalmente, em fevereiro de 2006, promulgou a Emenda Constitucional nº 51, estabelecendo mais uma forma de ingresso no serviço público – o Processo Seletivo Público - para os Agentes Comunitários de Saúde e que incluiu os Agentes de Combate às Endemias (ACEs). Face à demanda de regulamentação desta norma, foi editada a Medida Provisória nº. 297, que posteriormente, foi convertida, sem alterações, na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.

O município da Pedra considerando a Emenda Constitucional nº 51 e a Lei nº 11.350, acima citada e a Lei Municipal nº 1.155/2007 de 02 de Outubro de 2007, resolve nomear os Agentes Comunitários de Saúde em caráter efetivo para compor o quadro de pessoal permanente da Secretaria Municipal de Saúde.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

O objetivo desse estudo é comparar se o processo de efetivação dos ACS's do município de Pedra influenciou na oferta de serviço (visita domiciliar) possibilitando processo de trabalho.

#### **3.2 Específicos**

- a) Apresentar a evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município da Pedra,
- b) Descrever as quantidades das visitas domiciliares realizados pelo ACS's do município da Pedra no período de julho de 2007 a junho de 2009,
- c) Relacionar através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a quantidade de procedimentos mensais dos ACS's,
- d) Analisar os indicadores construídos baseados nos relatórios do SIAB, a partir de sua utilização como ferramenta de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS's.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

O presente estudo trata-se de um estudo exploratório descritivo do tipo transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido em um nível de análise, na esfera municipal e serão fontes secundárias de uma base de dados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Segundo Lakatos e Marconi (2006), a pesquisa exploratória tem a finalidade de descrever com exatidão fatos e fenômenos ou aprofundar - se no mundo dos significados.

### **4.2 Local da pesquisa**

O presente estudo foi desenvolvido no Município de Pedra no Estado de Pernambuco. O período de referência foi dos meses de julho de 2007 a junho de 2009, em virtude da efetivação ter sido em junho de 2008, logo um ano antes e um ano depois.

### **4.3 População e amostra do estudo**

A população do estudo foi composta 55 (cinquenta e cinco) ACS, desse total 20 (vinte) são da zona urbana e 35 (trinta e cinco) da zona rural. Foram selecionadas as UBS da zona urbana por que no período de julho de 2007 a junho de 2009 não foi realizado nenhuma substituição de ACS e por estas unidades estarem localizadas na zona urbana, viabilizando o estudo de maneira que poderíamos contemplar a amostragem.

#### **4.4 Procedimentos de coleta e análise dos dados**

Os dados foram secundários provenientes do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como relatórios gerados a partir das fichas SSA2 e PMA2, consolidados mensalmente pela ESF e as bases de dados eletrônica do Ministério da Saúde (MS). Os dados foram compilados, analisados de forma quantitativa, processados utilizando os aplicativos o Excel para construção das tabelas e gráficos contendo números absolutos e percentuais.

A análise e discussão dos dados estão fundamentadas à luz da literatura que abordam o objeto de investigação.

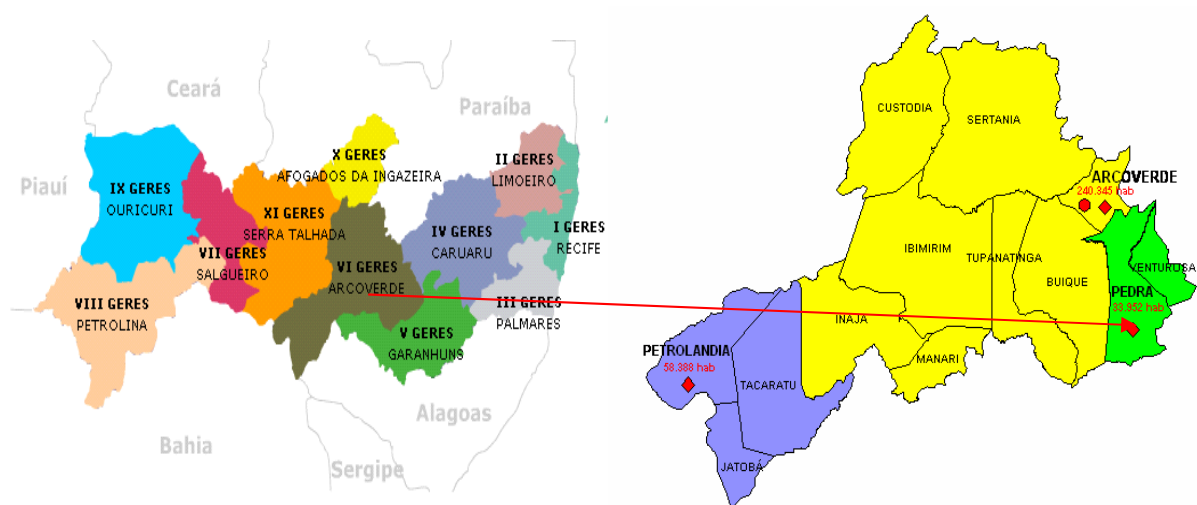
## 5 Resultados e discussão

Os dados provenientes do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a partir das fichas SSA2 e PMA2, consolidados mensalmente pela ESF estão apresentados e discutidos neste capítulo.

### 5.1 Caracterização do município

O estudo foi realizado no município de Pedra que está localizado na mesorregião Agreste e na Microrregião Vale do Ipanema do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Pesqueira e Arcoverde, a sul com Águas Belas, a leste com Venturosa, Paranatama e Caetés, e a oeste com Buíque e faz parte da VI Regional de Saúde. Com uma população estimada em 2000 de 20.244 habitantes, dividida em população urbana de 10.267, população rural 9.977 habitantes.

No setor saúde, o município é habilitado na gestão plena do sistema municipal nos termos da norma operacional Básica 01/96 (NOB-SUS 01/96 desde agosto de 2008).



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

## 5.2 Características da rede de saúde do município

A rede própria de serviços de saúde em Pedra é composta da seguinte forma:

a) Nove Unidades de Saúde da Família, com equipes tradicionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar de cirurgião-dentista), cobrindo 100% do território municipal, a cobertura registrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) estava assim distribuída:

- \* USF Prateado – 3.920 habitantes/1.224 famílias/08 microáreas;
- \* USF José Campelo Salviano –3.890 habitantes / 1.222 famílias / 07 microáreas;
- \* USF Alto da Boa Vista – 2.657 habitantes / 759 famílias / 05 microáreas;
- \* USF Antônio de Melo Cavalcanti – 1.897 habitantes/542 famílias/04 microáreas;
- \* USF Ana Enedina A. de Moura –1.176 habitantes/336 famílias/05 microáreas;
- \* USF Joana Cordeiro da Silva – 1.554 habitantes / 444 famílias / 04 microáreas;
- \* USF Deilza Alves de Almeida – 1.253 habitantes / 358 famílias / 04 microáreas;
- \* USF Coronel Lourenço Tenório – 2.093 habitantes/598 famílias / 06 microáreas;
- \* USF João Galindo – 2.457 habitantes / 702 famílias / 07 microáreas;

Sendo 03 Unidades na zona urbana e 06 na zona rural.

- b) Cinco unidades avançadas de suporte às equipes de saúde da família, todas equipadas com consultórios odontológicos, para facilitar o acesso e o atendimento em áreas de difícil acesso: Lagoa Seca, Tenebre, Panelas, Olhos D'Água e Soledade;
- c) Um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- d) Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- e) Um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF);
- f) Um Hospital Municipal, com 21 leitos.

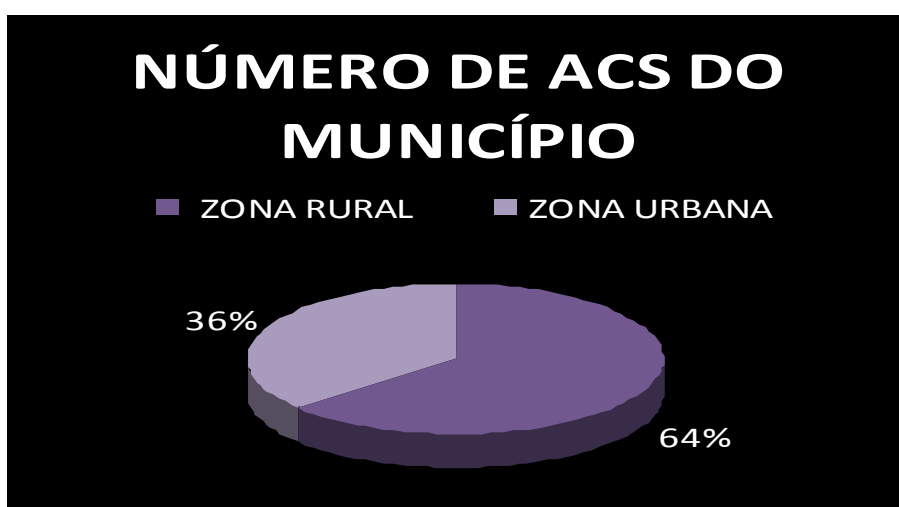
O SIAB em 2009 registrou um total de 20.897 habitantes acompanhados pelos profissionais da Estratégia da Saúde da Família.

A demanda especializada, tanto ambulatorial como hospitalar, não disponível na rede municipal, tem sido regulada pelo serviço de assistência social da Secretaria Municipal de Saúde, que tem conseguido agendar e garantir tratamento fora de

domicílio para centenas de usuários (1.553 agendamentos em 2009). As principais referências são: Arcoverde, Garanhuns e Recife.

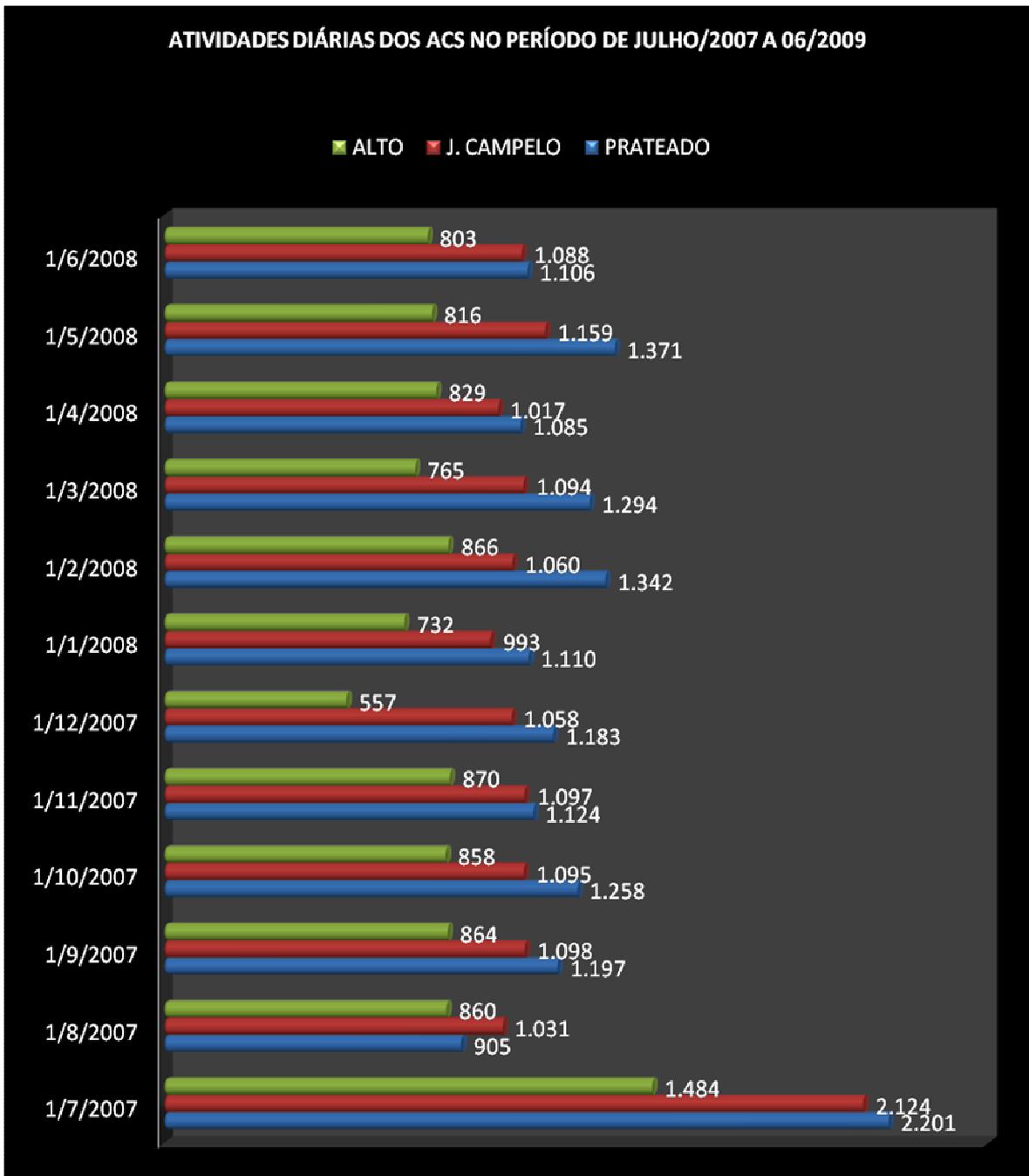
A ausência de encaminhamentos realizados pelo serviço de assistência social da Secretaria Municipal de Saúde para municípios com cotas pactuadas (Caruaru e Serra Talhada), denota a necessidade de reprogramação da PPI municipal, para melhor utilização dos recursos de média complexidade do município.

De acordo com os resultados, da referida investigação, foram obtidos os seguintes resultados:



**Gráfico 1 – Número de ACS participantes da pesquisa**  
Fonte: SIAB, Pedra, agosto, 2010.

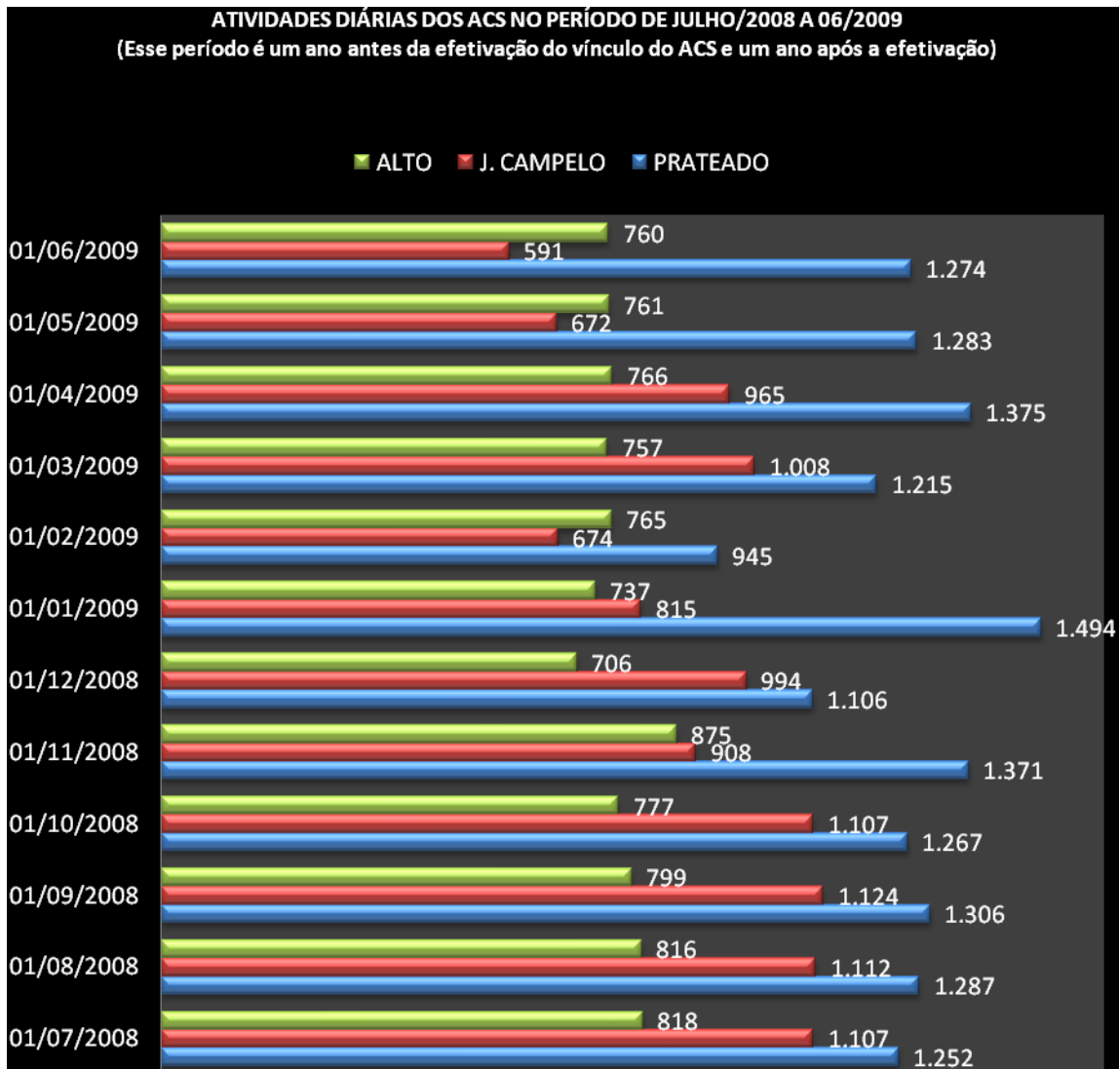
No gráfico 1, apresenta-se o número total dos ACS's. Na zona urbana tem-se um total de 3.205 famílias cadastradas que contam com 20 ACS trabalhando nestas 03 Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que equivale a 36%. Na zona rural 2.980 famílias cadastradas e um total de 35 ACS trabalhando nas 06 UBS responsáveis por esta população que equivale a 64%. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) uma equipe de saúde da família pode ser responsável por uma área onde reside, no máximo 1.000(mil) famílias ou 4.500(quatro mil e quinhentas) pessoas. Logo, o município investigado não está dentro das normas preconizada pelo Ministério da saúde, acredita-se que este fato é um ponto negativo, e que permita a cada equipe de saúde desenvolver sua capacidade de resposta aos problemas da comunidade.



**Gráfico 2 – Número de visitas domiciliares realizadas pelos ACS no período de julho de 2007 a junho de 2008**

Fonte: SIAB, Pedra, agosto, 2010.

No gráfico 2 analisando o mês de julho de 2007, os três postos tiveram um aumento na produtividade significativa, justamente o mês que antecedeu a efetivação dos ACS's. Na USB do Prateado a média mensal de visitas domiciliares é de 1.379, na USB José Campelo a média mensal é de 1.071 e na USB do Alto da Boa Vista é 801.



**Gráfico 3 – Número de visitas domiciliares realizadas pelos ACS no período de julho de 2008 a junho de 2009**

Fonte: SIAB, Pedra, agosto, 2010.

No gráfico 3 mostra que após um ano da efetivação dos ACS's a quantidade de visitas domiciliares diminuíram em média 135 visitas por UBS. Entende-se que os trabalhadores da saúde devem ter assegurado o vínculo de trabalho, com todos os direitos trabalhistas e previdenciários, bem como a democratização quanto às relações de trabalho, porém em relação a atividade diária dos ACS, houve essa diminuição das visitas domiciliares.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos podemos concluir que a implantação da Estratégia de Saúde da Família é considerada uma das principais estratégias para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS e seu enfoque do processo de trabalho das equipes é a família, onde compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, o ACS é o primeiro passo, onde é ele que faz inicialmente o cadastro das famílias o qual deve visitar mensalmente.

Os resultados aqui apresentados possibilitaram constatar que houve uma diminuição das visitas domiciliares após a efetivação do seu vínculo empregatício, entretanto não foi abordado nesse estudo a qualidade dessas visitas nem satisfação da comunidade.

Esperamos que este estudo possa ter alguns momentos de reflexão sobre o processo de trabalho dos ACS na Estratégia de Saúde da Família, ajudando-os no sentido de conscientizar que o vínculo formal é muito importante no âmbito do trabalho, mas a efetividade do trabalho poderá romper muitos paradigmas.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. O SUS passo a passo: gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

BEZERRA, A. F. B.; ESPIRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 5, p.35, out. 2005.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 20 mar.2011.

BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In \_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 32.ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, cap.2, seção 2.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 3 mar.2010.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 3 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias nº. 15, de 8 de jan. de 1991. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/91. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 3 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias nº. 234, de 7 de fev. de 1992. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde 01/92. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 3 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas de agentes comunitários de saúde. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.203, de 6 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde 01/96. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 3 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, 2000.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília; 2001a.

Conferência Nacional de Saúde, 8ª., 1986, Brasília, DF. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CUNHA, J. P. P. CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, Brasil. Ministério da Saúde, 2001.p.285-304.

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

NUNES, B. C.; BARBOSA, M. A. M. Saúde da família, Nossa história rumo à Saúde da Família, Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 58, p. 103-106, dez. 2000. Número especial.

SILVA, A. A. Programa de Saúde da Família: trajetória institucional no âmbito do Ministério da Saúde. 2003. Dissertação ( Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

SILVA, J. A, DALMASO A. S. W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Ed. 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. 2, n. 1, 2000. Disponível em:<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/678/748>>. Acesso em: 2 jan. 2010.

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, p.64, jul./dez. 2003.

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.