



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE



CARLA DA SILVA GONÇALVES
ROSA LIDIA DIOGO FREIRE DA SILVA NOVAIS
SILVANA CAVALCANTI DOS SANTOS

**ANÁLISE DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DA
COMUNIDADE COM RELAÇÃO AO PAPEL DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS), NO
MUNICÍPIO DE VENTUROSA-PE**

RECIFE

2009

CARLA DA SILVA GONÇALVES
ROSA LIDIA DIOGO FREIRE DA SILVA NOVAIS
SILVANA CAVALCANTI DOS SANTOS

**ANÁLISE DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DA COMUNIDADE COM RELAÇÃO AO
PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS), NO MUNICÍPIO DE
VENTUROSA-PE**

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 de Saúde.

Orientadora:

Profª Ms. Kátia Rejane de Medeiros

RECIFE

2009

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G635a Gonçalves, Carla da Silva.

Análise do nível de satisfação da comunidade com relação ao papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), no município de Venturosa-PE/ Carla da Silva Gonçalves, Rosa Lídia Diogo Freire da Silva Novais, Silvana Cavalcanti dos Santos. — Recife: C. da S. Gonçalves, 2008.

36.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.

1. Pessoal de Saúde. 2. Satisfação dos Consumidores. 3. Serviços de Saúde Comunitária. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Título.

CDU 331.101.262

CARLA DA SILVA GONÇALVES
ROSA LIDIA DIOGO FREIRE DA SILVA NOVAIS
SILVANA CAVALCANTI DOS SANTOS

**ANÁLISE DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DA COMUNIDADE COM RELAÇÃO AO
PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS), NO MUNICÍPIO DE
VENTUROSA-PE**

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 de Saúde.

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Ms. Maria Bernadete Perez
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fiocruz

Ms. Kátia Rejane de Medeiros
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fiocruz

GONÇALVES, Carla da Silva; NOVAIS, Rosa Lúcia Diogo Freire da Silva; SANTOS, Silvana Cavalcanti. **Análise do Nível de Satisfação da Comunidade com relação ao papel do agente comunitário de saúde (ACS), no Município de Venturosa-PE.** 2008. Monografia (Gestão em Sistemas de Serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RESUMO

A inserção do ACS como novo trabalhador de saúde tem um impacto no debate e no desenho da mudança do modelo de atenção à saúde e na definição do cuidado em saúde. Tratou-se de um estudo descritivo de corte transversal, com abordagem quantitativa, que teve como objetivo verificar se as ações realizadas pelos agentes comunitários de saúde da Unidade de Saúde da Família Luiz de Oliveira Graça e na Unidade de Saúde da Família Mãe Lipú, do Município de Venturosa-PE, têm possibilitado a satisfação dos usuários nestas áreas. Os dados foram coletados no período de 04 a 11 de dezembro de 2008, através de um instrumento de investigação composto por formulário individual com perguntas objetivas de múltiplas escolhas e analisados pelo programa da Microsoft Excel. A pesquisa foi submetida à aprovação do comitê de ética do Aggeu Magalhães. Observou-se através do estudo que tanto a comunidade da zona rural como da zona urbana conhecem o seu ACS, estão cadastrados nas unidades, tem acesso aos ACS. Um dado relevante é que 51,2% da zona rural informaram receber 1(uma) visita domiciliar por mês, enquanto que na zona urbana apenas 48% referiram uma visita domiciliar. Quanto à realização de atividades educativas de caráter coletivo pelo ACS, 82,9% e 81,3% dos usuários informaram não terem participado de nenhuma atividade. Diante destes resultados, verificou-se a necessidade de investimento em programas de educação baseados nas competências dos ACS, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos centrados no ACS para que eles possam compreender realmente qual o seu papel dentro da equipe de saúde da família.

Palavras chaves: Agente Comunitário de Saúde; Comunidade assistida; Satisfação

GONÇALVES, Carla da Silva; NOVAIS, Rosa Lúcia Diogo Freire da Silva; SANTOS, Silvana Cavalcanti. **Analysis of Level of Satisfaction With the Community to the Role of Community Health Agent (ACS), In the City of Ventura-PE.** 2008. Monografia (Gestão em Sistemas de Serviços de Saúde) Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

The insertion of the ACS as a new employee health has an impact on the debate and change in the design of the model of health care and the definition of health care. It was a cross-sectional descriptive study, with quantitative approach, which aimed to verify whether actions undertaken by community health agents of the Office of Family Health Luiz de Oliveira Graça and the Family Health Unit of Mãe Lipú of City of Ventura\ PE, have allowed the satisfaction of users in these areas. Data were collected in the period from 04 to December 11, 2008, through a research instrument composed of individual form of objective questions with multiple choices and analyzed by the Microsoft Excel program. The study was submitted for approval by the ethics committee of Aggeu Magalhães. It was noted by the study that both the rural community of the village known as the ACS, are registered in the units, has access to ACS. A relevant figure is that 51.2% of the rural area reported receiving 1 (a) home visits per month, while in urban areas only 48% reported a home visit. As the implementation of educational activities of collective character by ACS, 82.9% and 81.3% of users reported not having participated in any activity. Facing these results, there is a need for investment in the educational programs based on the skills of ACS, using methods of teaching-learning innovative, thoughtful and critics focused on ACS so they can really understand what your role within the team of health the family.

Key words: Community Health Agent; Community assistance; Satisfaction

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 9 |
| 2.1 Breve Histórico | 9 |
| 2.2 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde | 12 |
| 3 OBJETIVOS | 17 |
| 3.1 Objetivo Geral | 17 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 17 |
| 4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS | 18 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 20 |
| 6 CONCLUSÃO | 30 |
| REFERÊNCIAS | 32 |

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi fruto de amplo debate democrático, de um longo e lento processo de lutas por melhores condições de saúde, que representou um novo paradigma na atenção à saúde.

Norteados pelos princípios da universalidade, da equidade e da igualdade no acesso às ações e serviços de saúde, visando à promoção, à proteção, à recuperação da saúde, fez surgir a necessidade de imprimir uma nova forma de produzir e de distribuir as ações e serviços de saúde, ou seja, estes princípios configuraram e definiram um novo modelo de atenção em saúde (SHCRER; MARINO; RAMOS, 2005).

Como estratégia de reorganização da atenção básica e do modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde cria no ano de 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), dando início à configuração de uma nova prática de trabalho caracterizada pela vinculação entre a população e os serviços de saúde. Três anos depois é criado o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia de Saúde da família, que através do trabalho de uma equipe multiprofissional, complementa e potencializa as ações do PACS, reafirmando os princípios do SUS e caracterizando-se como uma estratégia que possibilita a integração das ações e promoção da organização das atividades em um território definido, com objetivo de possibilitar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados.

Neste contexto, no tocante à importância da equipe de saúde para a ESF, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (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, 2002, p. 43).

Considerando-se a relevância dessas reflexões sobre a saúde pública no País, o trabalho ora apresentado justifica-se, especialmente, em razão da importância dos ACS, 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.

De acordo com Nunes (2002), esses profissionais encontram-se de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial, centrado no paradigma da promoção de saúde, e a percepção desses agentes em relação à realidade de

cada comunidade é ponto fundamental para o processo educativo e participativo da população.

Desta forma, com base na contextualização do ACS na equipe do PACS e PSF, este trabalho tem o objetivo de verificar o nível de satisfação dos usuários dos serviços prestados pelos ACS das Unidades de Saúde da Família Luiz de Oliveira Graça, zona rural e na Unidade de Saúde da Família Mãe Lipú, localizada na zona urbana, no município de Venturosa/PE.

Devo salientar que este estudo possibilitará subsídios para organização ou até reestruturação de ações de supervisão e mesmo monitoramento das atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde. E ainda uma avaliação do seu desempenho pela comunidade para uma auto-avaliação.

Acreditamos ser de suma importância esse tipo de avaliação, para que assim possamos contribuir de forma a subsidiar políticas públicas de saúde e estratégias que potencializem as ações desses trabalhadores, proporcionando um impacto positivo na saúde da população.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Breve Histórico

Os movimentos de reforma do setor de Saúde, em especial a Reforma Sanitária, ocorridos na década de 80 do século passado, impulsionaram a reconfiguração dos modelos de atenção à saúde até então. Estas reformas nascem no interior de um processo de redemocratização do país, de luta por direitos, sobretudo civis e políticos, e da universalização de vários direitos sociais, entre os quais o direito à saúde. A proposta era implantar mudanças radicais na sociedade brasileira, tendo como carro-chefe a saúde.

Um ponto importante do movimento sanitarista foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na qual vários avanços foram registrados em relação às políticas públicas de saúde no Brasil.

O movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi pautado em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania (MACHADO et al., 2007, p. 336).

Nesse cenário sócio-político, a saúde passa a ter *status* de direito social, sendo incorporado à Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual materializou, em seus princípios e diretrizes, os ideários da Reforma Sanitária, tanto por assumir a saúde como direito de todos, quanto por estabelecer a responsabilidade do Estado em provê-la e garanti-la, por meio de políticas econômicas e sociais integrativas.

Após a formalização do SUS na Constituição de 1988, é importante que façamos uma análise atual e profunda sobre os rumos que o mesmo tem tomado nas últimas décadas.

Viana (2000) assinala que as análises sobre os processos de reforma dos sistemas de saúde em geral, indicam dois tipos de reformas: big band e incremental. As primeiras são as que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual; inversamente, as reformas incrementais fundamentam-se em pequenos ajustes que são tecidos sucessivamente.

Em se tratando do Sistema único de Saúde Brasileiro podemos vislumbrar, em momentos distintos, esses dois tipos de reformas. No período que vai da institucionalização

do SUS em 1988 até meados de 1996, segundo Viana (2000), o SUS concretizou uma reforma do tipo *big bang* em função das mudanças profundas que a partir dele o setor saúde passou a vivenciar.

Esse novo modelo de assistência pública à saúde definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos (VIANA; POZ, 2005).

De acordo com Viana e Poz (2005), três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

Na segunda metade da década de 90, ou seja, de 1998 até os dias atuais, percebe-se um processo de reforma incremental do SUS Viana (2000), cujos principais indicativos desse processo são:

- A formulação da NOB/96 pelo Ministério da Saúde;
- A implementação acelerada de dois novos programas: o PSF e o PACS, criados no início da década;
- A emergência de novas modalidades de gerência nos hospitais públicos (cooperativas de profissionais de saúde, terceirização da gerência de unidades e as organizações sociais) (VIANA, 2000, p. 128).

É importante ressaltar que após a implantação do SUS, a rede de serviços experimentou um crescimento expressivo, tanto no número absoluto quanto em produção de serviços e aumento da cobertura assistencial especialmente em áreas antes desassistidas (CAMPOS, 2003). Com a implementação do SUS, não só foi desencadeado um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, mas também um processo de busca por um modelo de Assistência Primária à Saúde (APS) capaz de concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto frente ao modelo convencional vigente. No entanto, mesmo com o avanço na organização da assistência à saúde, o SUS não demorou a apresentar fragilidades.

Em função da crise da saúde nos anos 90, provocada por diversos problemas, como por exemplo: nas formas de financiamento e acesso ao sistema público de saúde, bem como face às dificuldades em constituírem-se sistemas de saúde, quer fossem estaduais, municipais

ou intermunicipais; e agudizada pelas transformações observadas no perfil demográfico e epidemiológico da população, percebe-se claramente o desencadeamento do início do processo incremental da saúde, a partir de 1996 (VIANA; POZ, 2005).

A esse respeito, Viana (2000) indica que o processo de reforma incremental pode ser visto como um conjunto de modificações no desenho e operação política, que pode ocorrer separada ou simultaneamente, nas formas de organização dos serviços, nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, ou ainda, no modelo de prestação de serviços (VIANA, 2000, p. 128).

No entanto, apesar do processo de descentralização do gerenciamento dos serviços de saúde no país apresentar resultados positivos, são notórios os obstáculos para a consolidação desse processo, merecendo destaque a heterogeneidade dos estados e municípios brasileiros.

Ressaltamos também a questão do financiamento do SUS, que apesar de ser uma responsabilidade comum às três esferas do governo, muitos dos municípios não dispõem de condições financeiras e estruturais para assumir todos os compromissos requeridos nesse novo processo. Mesmo assim, a tendência é que os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviços.

Desta forma, com a responsabilidade local, surge a necessidade de avaliar o contexto atual e de desenvolver estratégias que possibilitem o enfrentamento dos problemas de maneira coerente com as limitações de recursos humanos e financeiros de que dispõe. No campo da saúde, as perspectivas são dirigidas e reorientadas para a atenção individual e coletiva, para a promoção da saúde e para a prevenção em nível comunitário - a APS (CAMPOS, 2000).

Facchini et al. (2006) afirma que a avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, uma vez que contribui para a busca de uma sociedade mais saudável e previne o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes. Além disso, as avaliações "fornecem informações cientificamente válidas e socialmente legítimas" que permitem o posicionamento de diferentes atores envolvidos em torno de uma realidade explícita por ocasião da necessidade da tomada de uma decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706). De acordo com o autor, a avaliação representa uma estratégia importante para melhorar a eficiência do sistema de saúde, e sua credibilidade depende da capacidade de produzir informações coerentes para todos os sujeitos envolvidos na intervenção.

Assim, faz-se necessária uma avaliação do impacto dessas políticas na qualidade de vida da população, bem como do desempenho dos atores envolvidos no cuidado para que sejam adotadas políticas e estratégias eficazes de ação em saúde.

Apesar dos múltiplos desafios na agenda da política de saúde brasileira, identificam-se mudanças no modelo assistencial, percebidas sobretudo com a introdução de dois novos programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1994) e o Programa Saúde da Família. Tais programas reafirmam os princípios do SUS e caracterizam-se como estratégias que possibilitam a integração das ações e promoção da organização das atividades em um território definido, com o objetivo de possibilitar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados.

2.2 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

A década de 90 fez emergir no âmbito dos debates sobre os problemas do país a temática da família. A crescente pauperização da sociedade civil, o aumento expressivo da exclusão social, com ênfase para a questão da exploração do trabalho infantil e a crescente criminalidade entre os adolescentes, contribuiu para que a esfera da família se transformasse no foco das abordagens de algumas políticas setoriais, principalmente de saúde.

Por outro lado, especificamente no caso das políticas de saúde, o retorno de algumas doenças epidêmicas tais como a cólera e a dengue, expôs a fragilidade das ações preventivas que vinham sendo operacionalizadas até então. Assim, contribuíram para a implantação de Programas que possuem como foco de abordagem a unidade familiar, enquanto núcleo de ação programática de saúde, considerando-se o indivíduo no seu contexto social.

Deste modo, em 1991 o Ministério da Saúde cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o intuito de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, bem como de tentar recuperar o controle acerca das doenças epidêmicas citadas anteriormente (VIANA; POZ, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, o PACS constitui-se num programa de saúde, voltado para a prevenção de doenças através de informações e orientações sobre cuidados de saúde a grupos de risco.

Inicialmente, o PACS teve como objetivo geral o de melhorar, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde. Dentre os objetivos específicos, podemos citar:

- Capacitar os ACS para executar trabalhos no primeiro nível de atenção à saúde, garantindo cuidados à população com um grau de resolubilidade compatível com sua função, contribuindo para extensão da atenção à saúde;
- Garantir o trabalho do ACS integrado com a equipe da Unidade de Saúde a que estiver vinculado;
- Fortalecer a ligação entre serviços de saúde e comunidade;
- Ampliar o acesso à informação sobre saúde;
- Cooperar com a organização comunitária no trato com os problemas de saúde.

Como mencionado anteriormente, sua implantação teve início em 1991, e atualmente encontra-se em funcionamento nos 27 Estados brasileiros. Segundo o Ministério da Saúde, o PACS se consolida no contexto da municipalização e descentralização das ações de saúde: é o próprio Município que opta pela implantação do PACS, bem como, promove a seleção e treinamento dos seus agentes na comunidade. Todo o processo de implantação e de funcionamento do Programa, conta com recursos, orientação e apoio dos três níveis de governo: municipal, estadual e federal (BRASIL, 2000)

Dentre os critérios para aderir ao Programa estava a solicitação da contratação do profissional enfermeiro pelo município, com disponibilidade para assumir a coordenação, capacitação e supervisão dos ACS, não passando de 30 ACS para cada Enfermeiro. Também, o ACS tinha que residir na comunidade onde trabalhava há pelo menos 2 anos, com idade mínima de 18 anos, que sabia ler e escrever e que tivesse 8 horas diárias disponíveis para exercer o seu trabalho. Aqui, o ACS era responsável por 100 a 250 famílias, em média.

Suas atribuições básicas compreendiam:

- Realizar ações básicas de saúde de acordo com seu nível de competência, através de visitas domiciliares, reuniões de grupos ou outras modalidades;
- Desenvolver atividades de educação em saúde individual ou coletiva;
- Estimular a organização da comunidade;
- Desenvolver outras atividades pertinentes com sua formação;
- Registrar as atividades desenvolvidas no seu trabalho e encaminhá-las à coordenação municipal do Programa (BRASIL, 1994).

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 mais eficazes do município.

O ano de 1994 foi o Ano Internacional da Família e, desde então, tem-se buscado no Brasil o desenvolvimento de políticas que promovam e reconheçam as famílias, por meio de desenvolvimento de um conjunto de ações que visem a eliminação da pobreza, o acesso à saúde, a educação, a alimentação, a erradicação do trabalho infantil, a promoção da igualdade de gêneros e a proteção integral de seus membros – das crianças aos mais idosos. É nesse contexto que entra o Programa de Saúde da Família, hoje, conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Ressaltamos que o PACS também passou a ser Estratégia – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Assim, essa estratégia visa o avanço das mudanças propostas na Constituição de 1988, num esforço de legitimar o projeto político do SUS, valorizando, desta forma, a família como sujeito no campo da saúde. Essa estratégia marca a sua diferença em relação a outros modelos de assistência, aproximando os serviços de saúde às famílias ou, como se coloca, levando a saúde para dentro das casas das pessoas. O Agente Comunitário de Saúde é o principal responsável por essa aproximação, uma vez que cabe a ele, por ser um conhecedor da área, fazer a ponte, o elo entre a comunidade e o restante da equipe (MAIA, 2006).

A Estratégia de Saúde da família apresenta-se como estratégia de reorganização da atenção à saúde, caracterizando-se por um modelo centrado no usuário, demandando das equipes a incorporação de discussões acerca da necessidade de humanizar a assistência médico-sanitária em nosso país.

As Estratégias Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, ESF e EACS, respectivamente, atingiram em maio de 2005 a marca de 100 milhões de pessoas (50% da população brasileira) acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e mais de 72 milhões assistidas pelas Equipes do Saúde da Família. A atuação dos ACS tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida dos setores mais carentes a população brasileira. (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) traz uma nova prática de assistência a saúde, substituindo o modelo tradicional que visa apenas a cura de doenças. Neste novo modelo, priorizam-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da família de forma integral (CRISTINA et. al., 2000).

O ACS é um dos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, valendo salientar que a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, o antigo PACS, é considerada

uma estratégia para o Saúde da Família, pois à medida que os municípios vão instalando as Unidades de Saúde da Família, vão incorporando os ACS já existentes às suas equipes.

A Equipe da Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS) – é composta por um enfermeiro/supervisor e por até 30 ACS, já a equipe do Saúde da Família é composta de, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de 6 a 8 ACS. Esse número de profissionais pode variar de acordo com os habitantes da área assistida. A contratação destes profissionais, segundo os aspectos legais, fica a cargo dos municípios.

A atuação das equipes é baseada em territorialização, onde trabalha com a área de abrangência definida, ficando responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adstrita a esta área. O Ministério da Saúde recomenda que a equipe seja responsável por, no mínimo, 2.400 pessoas e, no máximo, por 4.500. Em se tratando de ACS, este deve acompanhar de 400 a 750 pessoas, as quais deverão residir em uma micro área, ficando sob responsabilidade desse ACS. Para se calcular o número máximo de Equipes de Saúde da Família pelas quais os municípios e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros basta dividir a população IBGE por 2.400. Quando se fala em ACS, o número máximo será calculado pela população IBGE dividida por 400. (BRASIL, 1994)

A profissionalização dos ACS se deu no ano de 2002, através da Lei Nº 10.507, de 10 de Julho de 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. O ACS deverá preencher os seguintes requisitos para exercer a profissão:

- I- Residir na área da comunidade em que atuar;
- II- Haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;
- III- Haver concluído o ensino fundamental.

Dentre as diversas atribuições dos profissionais que compõem a equipe do Saúde da Família, podemos citar as atribuições dos ACS:

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

- Identificar área de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada do serviço de saúde, encaminhando-as até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de sua competência, na área prioritária da atenção básica;
- Realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado e informar aos demais membros da equipe sobre a situação das famílias acompanhadas, principalmente, aquelas em situação de risco;
- Desenvolver ações educativas e de vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- Traduzir para a equipe a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe.

Como se percebe, o papel desenvolvido pelo Agentes Comunitários de Saúde é de fundamental importância no processo de estruturação e reestruturação serviços básicos de saúde, visto serem estes 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. Esses atores, segundo Nunes *et al.* (2002), encontram-se de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial, centrado no paradigma da promoção de saúde, e a percepção desses agentes em relação à realidade de cada comunidade é ponto fundamental para o processo educativo e participativo da população.

Por isso a multiplicidade de estudos e enfoques a cerca de tais profissionais (COSTA, MAIA, NUNES, PEDUZZI, SILVA) na academia. Neste trabalho faremos isso enfocando as ações realizadas pelos agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde da Família Luiz de Oliveira Graça, zona rural e na Unidade de Saúde da Família Mãe Lipú, localizada na zona urbana, no município de Venturosa/PE, com o intuito de verificar se estas ações têm possibilitado à satisfação dos usuários nestas áreas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo desse estudo é verificar se as ações realizadas pelos agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde da Família Luiz de Oliveira Graça e na Unidade de Saúde da Família Mãe Lipú, do município de Venturosa/PE, têm possibilitado a satisfação dos usuários nestas áreas.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Apresentar as atividades definidas pelo Ministério da Saúde para o desempenho das atividades dos agentes comunitários de saúde;
- b) Descrever as atividades executadas pelo agentes comunitários de saúde das USF Luiz de Oliveira Graça e Mãe Lipú , no município de Venturosa/PE;
- c) Comparar as atividades executadas pelos agentes comunitários de saúde das USF Luiz de Oliveira Graça e Mãe Lipú, no município de Venturosa/PE, com o que determina o Ministério da Saúde;
- d) Identificar a satisfação dos usuários acompanhados pelos agentes comunitários de saúde das USF Luiz de Oliveira Graça e Mãe Lipú, no município de Venturosa.

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo do tipo transversal com abordagem quantitativa. 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.

O presente estudo foi realizado no Município de Venturosa-PE, local escolhido para a realização da referida pesquisa, segundo dados do IBGE (2006), possui uma população de 14.985. Está localizado na mesorregião Agreste e na Microrregião Vale do Ipanema do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Alagoinha, a sul com Caetés, a leste com Pesqueira e Alagoinha, e a oeste com Pedra. A área municipal ocupa 338,13 km² e representa 0.33 % do Estado de Pernambuco.

A população selecionada foi constituída por 116 usuários, 41 da zona rural e 75 da zona urbana, especificamente aqueles que buscaram o serviço de saúde nas duas Unidades de Saúde da Família escolhidas, no período de 04 a 11 de dezembro de 2008. Vale salientar que, como já afirmamos, os sujeitos da investigação foram apenas aqueles que buscaram atendimento nas USF escolhidas, durante o horário de funcionamento. Para isto, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) Fazer parte da comunidade assistida pelas unidades; b) Ter lido e concordado com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi caracterizada por um estudo de caso em série. Devemos ressaltar que o estudo de caso em série, em sua essência, tenta esclarecer aquelas situações nas quais a intervenção não tem clareza no conjunto de resultados. Este tipo de estudo nos fornece uma “generalização analítica”, logo o que se generaliza são os aspectos do modelo teórico encontrado.

O instrumento de coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário. Esse instrumento compôs-se de 10 perguntas. As referidas perguntas exploraram o conjunto de atividades realizadas pelos ACS em suas rotinas de trabalho. Os questionários foram aplicados, exclusivamente, pelos pesquisadoras/autores deste estudo.

Os dados foram analisados de forma quantitativa. Os resultados foram apresentados por meio de quadros 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.

A pesquisa foi conduzida segundo as recomendações da Resolução 169/96 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 311/07 do COFEN (2007), que trata dos aspectos éticos da enfermagem e aprovado pelo comitê de Ética do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães pelo protocolo N° 00700.095.000-08.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados, da referida investigação, serão apresentados em dois blocos. No primeiro, faz-se uma análise das atividades realizadas pelo ACS nas USF do Município de Venturosa\PE, estabelecendo-se uma comparação com o que são atividades pertinentes a categoria profissional conforme preconiza o Ministério da Saúde. No segundo bloco, serão explorados os resultados da análise dos questionários que foram aplicados no período de 04 a 11 de dezembro de 2008.

A partir do instrumento utilizado mediante o tratamento dos dados, foram selecionadas as assertivas de maior relevância para a compreensão dos questionamentos que tangeram os objetivos deste trabalho.

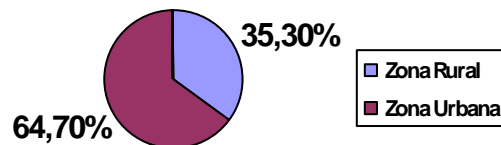


Gráfico1 – Número de participantes da pesquisa

Fonte: Unidades do Programa de Saúde da família, Venturosa, Dezembro, 2008.

No gráfico 1, apresenta-se o número de usuários que participaram da pesquisa. A pesquisa contou com a participação de 116 usuários, dos quais 35,3% (41) da zona rural, e 64,7% (75) da zona urbana, no mesmo período. Na zona rural tem-se um total de 348 famílias cadastradas que contam com 6 ACS trabalhando nesta unidade. Na zona urbana 1010 famílias cadastradas e um total de 6 ACS responsáveis por esta população. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) uma equipe de saúde da família pode ser responsável por uma área onde reside, no máximo 1000(mil) famílias ou 4.500(quatro mil e quinhentas) pessoas. Logo, o município investigado esta dentro das normas preconizada pelo Ministério da saúde, acredita-se que este fato é um ponto positivo, e que permita a cada equipe de saúde desenvolver sua capacidade de resposta aos problemas da comunidade.

No município de Venturosa, os ACS desenvolvem as seguintes atividades: Cadastramento das famílias, diagnósticos demográficos, definição do perfil socioeconômico,

mapeamento das áreas, acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde nos seguintes grupos populacionais (gestantes, puérperas, hipertensos, diabéticos, crianças, idosos e outros), monitoramento (diarréias, infecções respiratórias agudas, reidratação oral e outras), ações educativas e visitas domiciliares. De acordo com as atividades desenvolvidas citadas acima, percebe-se que os ACS desempenham suas funções de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde em relação as atribuições de sua categoria profissional. Neste sentido, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), os ACS deveriam:

- I – desenvolver ações que busque a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, á UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II – trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III – estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV – cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastro atualizados;
- V – orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI – desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas no domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII – acompanhar, por meio de visita domiciliares, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII – cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Diante das diretrizes citadas, observa-se que o ACS precisa conhecer muito bem a comunidade na qual vai trabalhar (BRASIL, 1997). Verifica-se que se o ACS dispuser de uma organização de trabalho e de uma formação adequada, poderá tornar-se um recurso humano em potencial, que causará impacto positivo na saúde da população, assistida, fortalecendo assim a atenção básica.

Em relação ao usuário conhecer o ACS de sua área, obtivemos as seguintes respostas:

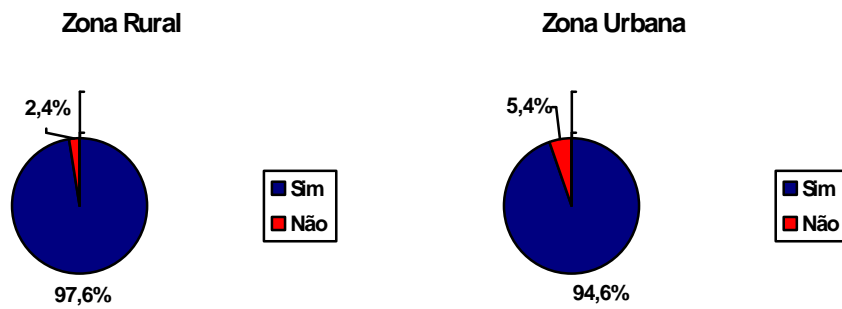


Gráfico 2 - Frequência de usuário(a) que conhecem o Agente Comunitário de Saúde de sua área.
Fonte: Unidades do Programa de Saúde da família, Venturosa, Dezembro, 2008

No gráfico 2 verifica-se que entre os usuários 97,6 % da zona rural e 94,6% da zona urbana afirmam conhecer o ACS. Logo, identifica-se que os ACS cumprem a lei 10.507, ou seja, preencher os requisitos para o exercício da profissão, que é residir na área da comunidade em que atuam. Nesse sentido, isso é muito positivo já que o ACS estabelece vínculo com a comunidade e estimula a mesma a enfrentarem seus problemas a partir de suas condições de vidas concretas. Segundo Nogueira et al. (2000) o agente comunitário de saúde é um profissional *sui generis*, já que dever ser: proveniente de sua comunidade: residindo na própria área de trabalho há pelo menos dois anos, e conhecedor da realidade local. Por outro lado, Mendonça (2004) destaca a característica singular do ACS no que se refere a seu pertencimento à comunidade, como forma de “[...] garantir a vinculação e a identidade cultura de grupo com as famílias sob sua responsabilidade”. Acredita-se que é fundamental este vínculo para o desempenho das atividades dos ACS e para que o programa possa atingir os seus objetivos em relação a uma melhor qualidade de vida para população.

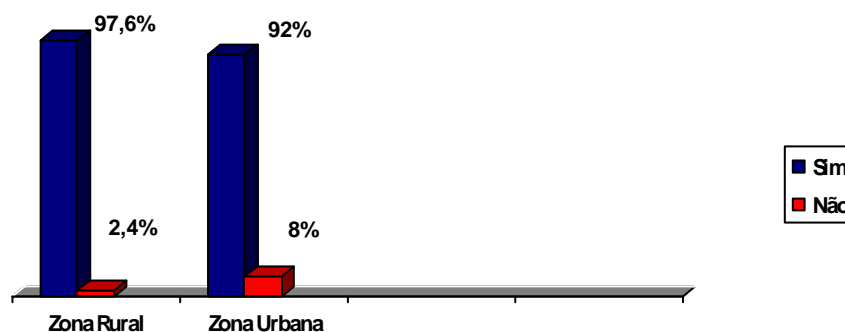


Gráfico 3 – Frequência de usuários cadastrados na Unidade de Saúde da Família da área.
Fonte: Unidades do Programa de Saúde da família, Venturosa, Dezembro, 2008.

No gráfico 3, pode-se observar que 97,6 % e 92% dos usuários da zona rural e urbana, respectivamente estão cadastrados na USF. O Ministério da Saúde (2006), através da Política

de Atenção Básica define como atribuição mínimas dos ACS o cadastramento de todas as pessoas de sua microárea além da manutenção dos cadastros atualizados. Neste sentido, os ACS do Município de Venturosa estão trabalhando de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Deve-se ressaltar a relevância dessa atribuição, pois é a partir desse cadastro das famílias que o ACS iniciam seu processo de trabalho, identificando qual área de atuação Para Correia e Nascimento (2008) o cadastramento das famílias é realizado exclusivamente pelos agentes comunitários de saúde de casa em casa. Assim, ainda que se reconheça o caráter cartorial desta atividade, nela tem-se a possibilidade de inclusão do usuário e da família no sistema de saúde e a identificação dos dilemas que circulam naquele núcleo familiar.

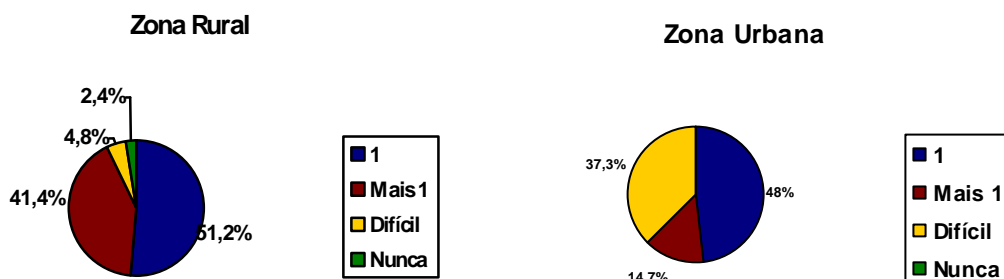


Gráfico 4 – Freqüência de visitas realizadas pelo seu ACS as famílias.
Fonte: Unidades do Programa de Saúde da família, Venturosa, Dezembro, 2008.

Na análise dos dados que sintetizam a freqüência de visitas realizadas pelo seu ACS, observou-se que pouco mais da metade dos usuários informam que realizam 01 visita mensal, seguindo-se de 41,4% mais de uma visita\mês. Na zona urbana 48% referiram 01(uma) visita\mês e 37,3% registraram ser difícil a visita dos profissionais. Mesmo com essa diferença, o número de visitas nas áreas rural e a urbana realizadas pelos ACS condiz com o que preconiza o Ministério da saúde, no mínimo uma vista por família da área de abrangência ao mês. Porém, quando necessário ser repetidas de acordo com as situações determinadas de cada realidade. Cabe aos demais profissionais da USF planejar suas visitas domiciliares procurando atender as demandas identificadas pelos ACS (BRASIL, 2001).

Avaliando o resultado obtido, verifica-se a grande importância dessa atribuição uma vez que a visita domiciliar é uma das principais atividades desenvolvida pelo ACS, pois a partir dela que o ACS tem a possibilidade de melhor conhece as necessidades das famílias e, principalmente, desenvolver o trabalho educativo. Mas para que as visitas domiciliares não se tornem atividades pouco resolutiva, faz necessário o ACS organizá-la por alguns critérios

como área de risco (vulnerabilidade), algum risco associado, inclusão da família na unidades de saúde e mesmo grupos de risco.

Para Silva e Santos (2003), a visita domiciliar é uma atividade de grande impacto no trabalho do ACS, embora realizada de forma rotineira, e por isso necessita de maior atenção.

Contudo um dado preocupante é que 37,3 % dos usuários da zona urbana informaram que o ACS dificilmente os visitam. Neste sentido, é necessário que se melhore o acompanhamento e a supervisão destes profissionais em suas áreas de atuação.

| Orientações | % Zona Rural | % Zona Urbana |
|---|---------------------|----------------------|
| Educação em saúde: higiene do lar e higiene pessoal, cuidados com água e com alimentos | 85,3% | 54,7% |
| Pré-natal:consultas | 2,4% | 56% |
| Crianças: peso e altura, orientações sobre dieta, vacinas | 53,6% | 68% |
| Idosos: medicamentos, consultas, palestras. | 8% | 46,6 |
| Saúde da mulher: consultas, planejamento familiar | 20% | 53,3 |
| Grupos de riscos | 0% | 21,3% |
| Saúde bucal | 4% | 49,3% |
| Nenhuma | 3% | 22,6% |

Quadro1: Orientações feitas pelos ACS aos usuários na área

Fonte:Unidades do Programa de Saúde da família, Venturosa, Dezembro, 2008.

Na análise do quadro tornam-se necessário alguns esclarecimentos. A pesquisa foi realizada de 04 (quatro) a 10(dez) de dezembro de 2008 nas unidades referidas. As frequências deste quadro relacionam-se aos usuários que recorreram as USF`s no período. Assim os nossos dados condizem com uma realidade restrita não aceitando generalizações.

No quadro 1, observamos que 85,3% dos entrevistados da zona rural receberam dos ACS orientações sobre educação em saúde; e 53,6% sobre saúde da crianças; estas orientações foram as mais citadas. Enquanto que na zona urbana temos as seguintes orientações mais citadas: 68% sobre a saúde da criança; e 56% sobre assistência ao pré-natal. Percebe-se que na zona rural as orientações mais citada estão relacionadas a educação em

saúde, poderiam afirmar que devido as condições da própria área é o que determina qual o tipo de orientação necessária. Pois, há sempre uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população. Enquanto que na zona urbana as orientações mais citadas foram sobre saúde da criança. Neste sentido, esses dados nos remetem ao surgimento do programa do PACS que surgia para responder a uma demanda deficitária na atenção primária em saúde, que garantisse prioritariamente, assistência ao grupo materno infantil. Diante disso pode-se concluir que o ACS ainda tem a mesma visão hoje.

Logo, os ACS`s estão em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2006). Uma vez que os ACS`s são considerados facilitadores de vínculos entre a comunidade e os profissionais de saúde atuando na educação e na estimulação de hábitos saudáveis. Deve-se ressaltar que em relação as orientações a grupo de risco não houve nenhuma orientação ao usuário da zona rural dado que deve ser reavaliado.

No que diz respeito a capacidade de comunicação dos ACS no gráfico abaixo temos:

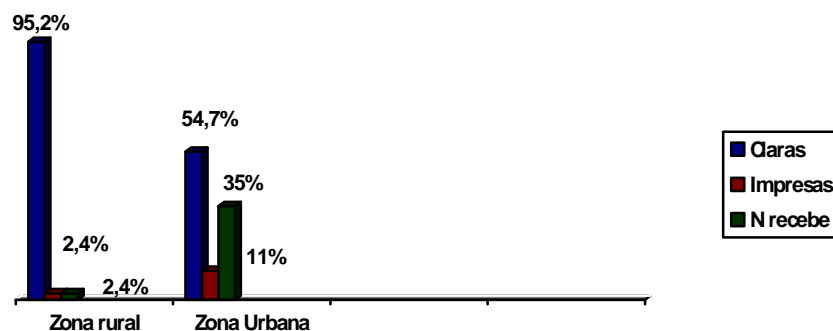


Gráfico 5 – Distribuição conforme opinião sobre as informações fornecidas pelo seu agente comunitário de saúde

Fonte: Unidades do Programa de Saúde da família, Venturosa, Dezembro, 2008.

O gráfico 5, apresenta a capacidade de comunicação\informação dos ACS. Na zona rural 95,5% dos usuários (entrevistados) afirmam que as informações fornecidas pelo ACS são em uma linguagem clara e importante para o dia-a-dia. Mas, para os usuários da zona urbana apenas 54,7%, dos entrevistados, as consideram em linguagem clara. Fujimori e Rezende (2001) ressaltam que o uso de informação não acontece automaticamente: a pessoa que as recebe precisa atribuí-lhe um significado a fim de efetivamente incorporá-las e assim, mudar de comportamento.

Os resultados sugerem refletir sobre o papel de mediador ou elo entre a comunidade e os serviços de saúde que o ACS desenvolve (MENDONÇA, 2004). Pois ao escolher moradores do próprio bairro de atuação tem por finalidade, aumentar a eficácia das ações educativas, uma vez que essas pessoas compartilham uma mesma realidade social, cultural e um mesmo universo lingüístico. No qual esse mesmo universo facilitara a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas do bairro, assim como, o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no âmbito da adesão as recomendações médicas (NUNES et al., 2002).

Um dado preocupante, diz respeito ao fato de que 34,6% dos usuários da zona urbana informarem que não recebem orientações durante as visitas dos ACS. Este fato deve ser investigado, uma vez que a educação popular não é uma atividade a mais que se realiza nos serviços, mas ação que orienta a globalidade das práticas ali executadas, contribuindo para superação do biologicismo. Ou seja, um instrumento de construção da ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população que deve ser garantido aos usuários. (VASCONCELOS, 2004).

Em relação ao perfil dos ACS obteve-se os seguintes dados:

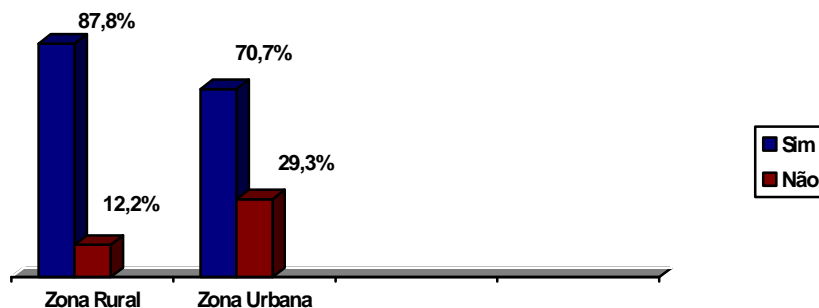


Gráfico 6 – Adequação do perfil do seu agente comunitário de saúde segundo usuários nas áreas.
Fonte: Unidades do Programa de Saúde da família, Venturosa, Dezembro, 2008

Os usuários avaliaram 87,8% e 70,7% da zona rural e urbana respectivamente, que os ACS's têm perfil adequado para a função. Nesse sentido, devo salientar que é fundamental que a comunidade se identifique com o ACS e reconheça nele um membro da equipe de saúde, pois são eles que irão contribuir para uma melhoria na qualidade de vida desta comunidade. Kluthcovsky e Takayanagui (2006) advertem que o trabalho em comunidade requer algumas características individuais dos prestadores da assistência, quais sejam: percepção das potencialidades da comunidade, bem como dos problemas nela existentes, introdução de novas alternativas, sem que para isso sejam negadas a cultura e a vivência dessa comunidade, entre outras.

São competências requeridas a profissão de ACS: iniciativa, responsabilidade, autonomia, inteligência prática, capacidade de coordenar-se com outros atores e situações e acontecimentos próprios de um campo profissional. Assim, ele deve ter: habilidades (saber-fazer), conhecimentos (saber-conhecer), atitudes (saber-ser) e no coordena-ser com os outros (saber-conviver) (BRASIL, 2003). Uma vez que, o ACS tem papel fundamental na equipe de saúde e precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde refletindo sobre suas responsabilidades diante das políticas públicas.

Em relação ao acesso dos usuários a USF, temos:

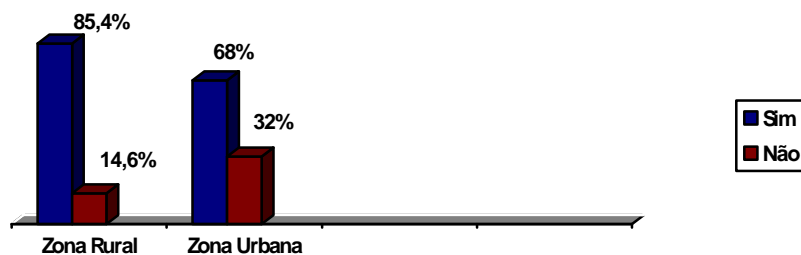


Gráfico 7–Facilidade de acesso dos usuários ao agente comunitário de saúde sempre que está precisando.

Fonte: Unidades do Programa de Saúde da família, Venturosa, Dezembro, 2008.

Em relação, ao atendimento do ACS nas ocasiões em que o usuário precisa ao 85,4%, dos informantes, da zona rural e 68%, dos informantes, da zona urbana informaram que esses profissionais lhes atendem. Solla et al. (apud STOZ; BORNSTEIN, 2008) em pesquisa realizada em 12 municípios do estado da Bahia, apontaram que a comunidade além de conhecer o ACS, também sabia seu nome, seu endereço e maneiras de convocá-lo quando preciso.

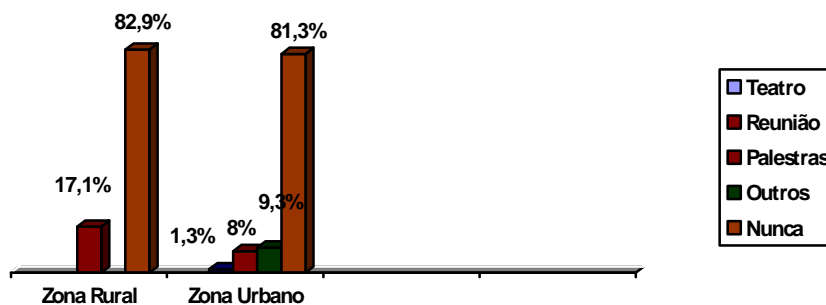


Gráfico 8 – Participação dos usuário em atividade desenvolvidas pelo seu agente comunitário de saúde na área

Fonte: Unidades do Programa de Saúde da família, Venturosa, Dezembro, 2008

Os usuários quando questionados sobre a sua participação em alguma atividade educativa de caráter coletivo realizada pelo ACS 82,9% informam que não participam na zona rural e 81,3% dos da zona urbana. Esse dado aponta que tanto na zona rural como na zona urbana os ACS não estão realizando as atividades educativas fato preocupante já que a educação em saúde é fator importante na reorganização do modelo assistencial proposto pelo PSF.

Teles e Pedrosa (2001) destacam que os ACS mencionam dificuldades para realização das palestras educativas de grupo. O constrangimento que passavam ao tematizar questões diretamente relacionadas à situação da comunidade, como condições do domicílio, acúmulo de lixo e falta de saneamento e mesmo a falta de importância atribuídas as atividades pela comunidade. Mas, mesmo nesta realidade, os agentes mostram-se criativos na promoção de eventos como: passeios e piqueniques; na criação de cartazes, na exibição de vídeos e na realização de dramatizações. Contudo, torna-se preocupante o fato de que isso não está acontecendo nas áreas dos PSF investigados no município pesquisado.

Em relação ao usuário ser orientado a respeito dos serviços oferecidos na USF, temos o seguinte:

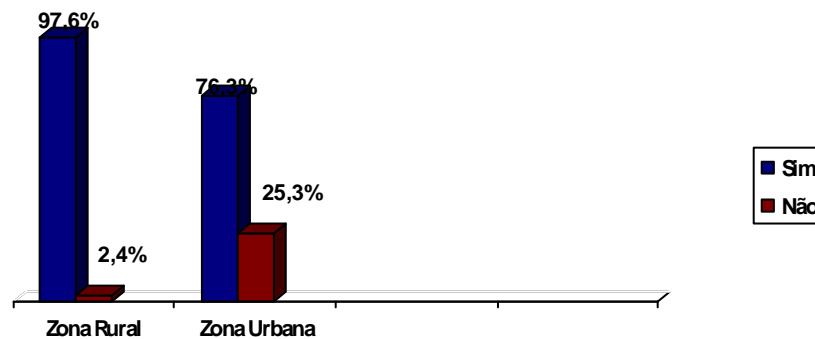


Gráfico 9 –Orientações dos ACS aos usuários à procura dos serviços ofertados na USF.

Fonte: Unidades do Programa de Saúde da família, Venturosa, Dezembro, 2008

De acordo com o gráfico 9, 97,6% dos usuários já foram orientados por seu ACS a procurar os serviços ofertados pelo Saúde da família na zona rural. Enquanto que 76,3% da zona Urbana também foram orientados. Neste sentido o agente comunitário de saúde desempenha o papel de mediador social, sendo considerado por Nogueira at AL, como: “ um elo entre os objetivos das políticas sociais do estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade, entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas.

Trad et al. (2002) ao postular sobre a ação do acesso no sentido de sua facilitação, referindo-se à avaliação qualitativa da satisfação de usuários do PSF em 5(cinco) municípios da Bahia, confirmam que os ACS são valorizados pelos usuários pela facilidade em transmitir no sistema formal de atenção à saúde, o que por sua vez também pode facilitar o acesso ao cuidado dos moradores.

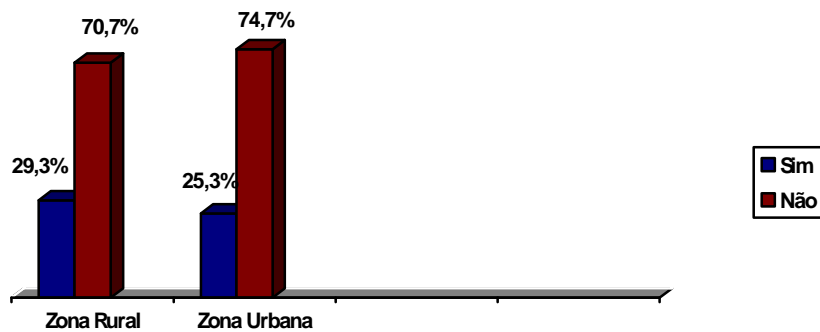


Gráfico 10 - O Agente comunitário de saúde já detectou algum agravo de saúde em sua família.
Fonte: Unidades do Programa de Saúde da família, Venturosa, Dezembro, 2008.

Em relação à identificação de algum agravo (problema) de saúde em suas famílias, os usuários da zona rural 70,7% responderam que não, e 74,7% na urbana não identificaram. Os ACS atuam no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco de saúde, participando da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, estendendo as responsabilidades das equipes locais de saúde, colocando em ação conhecimento sobre a prevenção e solução de problemas de saúde, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais (BRASIL, 2003). Assim, os ACS do município investigado não condizem com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

No que diz respeito aos agravos mais citados pelos usuários da zona rural foram: Hipertensão arterial, dengue e diarreia. Na zona urbana, os usuários afirmam que as doenças mais recorrentes em suas famílias são: nervos, gastrite, hipertensão coluna, dermatológico, diarreia, germes, infecção.

Esses resultados sugerem que se torna necessário a intensificação de medidas de educação permanentes para o conjunto destes profissionais, ampliando seu olhar para ações que vão além dos cuidados materno-infantis para assim conseguir uma mudança significativa na realidade local.

6 CONCLUSÃO

Ser agente comunitário de saúde é, sobretudo, lutar e aglomerar forças em sua comunidade na defesa dos serviços públicos de saúde e educação, e da melhoria dos determinantes sociais de saúde. É ser agente de mudanças e de incentivo à participação comunitária (BRASIL, 2000).

O estudo mostra que os ACS's cumprem em parte, suas atividades, sendo assim, verifica-se que atividades imprescindíveis, consideradas básicas e que devem estar presentes no trabalho diário deste profissional não estão sendo cumpridas.

O grande desafio é o entendimento das implicações que o não cumprimento dessas atividades traz ao trabalho dos ACS's, conseqüentemente o impacto que causa na saúde das famílias sob sua responsabilidade, além de um fator muito importante que é entender quais os fatores que podem está influenciado o não cumprimento das suas atribuições.

Deve ser ressaltada a necessidade de mudanças em relação ao desempenho de suas atribuições para atender legitimamente ao que a ESF se propõe. Vale salientar que o ACS precisa compreender que o seu trabalho se desenvolve a partir da dialética entre o corpo da biomedicina e do conhecimento dinâmico social e local. Nesse sentido, ele precisa compreender sua função dentro da equipe de saúde e que hoje a Estratégia não tem o mesmo objetivo de quando foi criado o programa, com ações limitadas voltadas apenas para a saúde materno-infantil. Hoje, o profissional de saúde deve ver o indivíduo de uma forma holística e compreender todos os determinantes que interferem no processo saúde-doença.

Faz-se necessário investir em programas de educação baseados nas competências do ACS, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante (ACS), para que eles possam compreender realmente qual o seu papel dentro da equipe de saúde da família, refletir sobre suas vidas, identificar suas necessidades de agir coletivamente.

A gestão deve incorporar ferramentas estratégicas para assim sugerir ações que possam estimular o cumprimento com qualidade das atividades e potencializar o trabalho do ACS. Deve-se, ainda, possibilitar a participação do ACS na elaboração dos projetos, bem como criar formas de avaliação das atividades desenvolvidas por os ACS's.

Enfim, deve-se buscar um constante movimento no sentido de garantir aos Agentes Comunitários de Saúde educação permanente para que desenvolvam plenamente suas

capacidades, estimulando-os a realizar um trabalho comunitário participativo, reflexivo e transformador.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. R. N de et al. Saúde da Família: cuidado no domicílio. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 53, p. 117-122, 2000. Número especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de agentes comunitários de saúde. 2. ed. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos. 2. ed. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL Ministério da Saúde. Sistema de informação da Atenção Básica - SIAB: indicadores 2002. 5. ed. Brasília: Atual, 2003.

BRASIL Ministério da Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.iesc.ufjf.br/Resolu%E7%E3o_196_96.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2008.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Dispõe sobre as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de ACS. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html>. Acesso em: 20 nov. 2008.

BRASIL Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL Ministério da Saúde. Perfil ou Competência Profissionais do ACS. Brasília, DF, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debates. In: CAMPOS, |G W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1994.

CORREA, C. R. S; NASCIMENTO, E. P. L. O Agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, 2008.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 285-304.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jul. 2002.

MENDONÇA, M. M. M. Profissionalização e Regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS L. V. O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Instituto ou Pesquisa Econômica Aplicada, 2000.

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

NUNES, M.O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A. O Agente Comunitário de Saúde: Construção da identidade desse personagem histórico e polifônico. Cad. Saúde Pública, Rio Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Comunicação sobre Agente: uma revisão ou literatura. Rev. Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto/SP, v. 14, p. 957-963, 2006.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia da Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap. 20, p. 473-487.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

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, jan./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 20 set. 2008.

SOUZA, H. M. Análise das Práticas Assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do Programa de Saúde da Família: um estudo de caso em Estado selecionado. In: PIERANTONI, Célia Regina; VIANA, Cid Manso de.(Org.). Gestão de Sistema de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. p. 201-247.

STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p. 726.

STOZ, B.N.; BORNSTEIN, V.J. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, jan./fev. 2008.

TELES, J. B. M.; PEDROSA, J. I. S. Consenso e diferenças em equipes do programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 303-311, 2001.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, S. J.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e vigilância da Saúde. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, DF, ano 7, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

VIANA, A. L. D. As Políticas de Saúde nas Décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, Ana Maria. (Org.). Ciências Sociais e Saúde: para o ensino Médico. São Paulo: Hucitec, 2000.

VIANA, A. L. D.; POZ, D. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis, Rio de Janeiro, v.15 (Suplemento), 225-264, 2005.

ANEXOS