



Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Mestrado em Saúde Pública



CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO

**Análise do cumprimento das práticas dos agentes
comunitários de saúde em municípios da Região
Metropolitana do Recife**

Recife
2008

CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Saúde Pública do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de
Mestre em Ciências.

ORIENTADOR: Prof. Dr^o. Ricardo Antônio Wanderley Tavares

Recife
2008

CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO

**Análise do cumprimento das práticas dos agentes
comunitários de saúde em municípios da Região
Metropolitana do Recife**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Saúde Pública do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de
Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

D^a Paulette Cavalcanti Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

D^a Luci Praciano Lima
Departamento de Medicina Social
Universidade Federal de Pernambuco

Orientador: Dr^o Ricardo Antônio Wanderley Tavares
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Aos meus pais, Valderio e Vera, pelo incentivo, compreensão, orgulho e amor, sempre a Deus por tê-los ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Á Deus pela presença constante em minha vida.

Aos meus pais que sempre me incentivaram ao longo da minha vida a lutar para conquistar meus ideais e confiar em Deus.

Aos meus irmãos Junior e Camilla pelo amor, apoio, dedicação e cumplicidade.

Aos meus queridos e amados sobrinhos Ana Beatriz e Arthur, pelas horas de descontração que me proporcionaram.

Às minhas tias Lúcia e Ivete pela força e dedicação.

A Ricardo Baltar pelo amor, companheirismo e pela capacidade de transformar situações adversas em puro humor.

A Fábio Lessa pela confiança e pelo crescimento pessoal e profissional que seus ensinamentos me proporcionaram.

Ao meu orientador Ricardo Tavares pela competência e apoio na condução deste trabalho.

À Kátia Medeiros pela amizade, confiança e disponibilidade de escuta, além das imprescindíveis contribuições nesta pesquisa.

À Paulette Cavalcanti pelo apoio permanente, obrigada por ter colocado à minha disposição seus valiosos conhecimentos e sua orientação admirável.

À Nancy, Heitor e Michelly pelo incansável trabalho na aplicação dos questionários.

À Gaby com quem posso contar sempre, guerreira e sonhadora.

À Polyanna e Ana Claudia amigas queridas, pela grande ajuda na construção do meu trabalho, por toda paciência, força, carinho e apoio.

À turma de mestrado pela convivência saudável e harmoniosa.

Ao Distrito Sanitário I pela força e apoio.

As secretarias de saúde dos municípios participantes pela agradável receptividade.

Agradeço especialmente aos Agentes Comunitários de Saúde pela contribuição valiosa neste trabalho.

A todas as outras pessoas que se fizeram presente neste estudo.

“O comprometimento é o que transforma a promessa em realidade”.

Tom Chung

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

RESUMO

O PACS e o PSF têm tido papel preponderante no cenário das políticas de saúde no Brasil, no sentido da reorganização da atenção básica na década de 90. A inserção dos Agentes Comunitários de Saúde como um 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 (MENDONÇA, 2004). O Profissional Agente Comunitário de Saúde atua no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, realizando atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos, por meio de ações educativas e de acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento de interações sociais. Estas características apontam para uma singularidade e especificidade profissional, que o situa na interface intersetorial da saúde, ação social, educação e meio ambiente. Este trabalho tem como objetivo analisar o cumprimento das atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com o que preconizado pelo Ministério da Saúde. O estudo foi realizado em 10 municípios da região metropolitana do Recife. Tendo como população de estudo 153 Agentes Comunitários de Saúde selecionados a partir de um sorteio aleatório simples. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, os dados foram coletados através de uma entrevista, para o processamento dos dados foi utilizado o programa EPIINFO Versão Windows, sendo feita uma análise estatística descritiva, por meio de gráficos e tabelas. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM). Com relação às principais características sócio-econômico-demográficas encontradas no estudo, observa-se que o trabalho dos ACS's é desenvolvido predominantemente por adultos jovens, do sexo feminino que estão inseridos no exercício desta atividade há mais de 5 anos. Anteriormente ao trabalho de ACS, os entrevistados desta pesquisa desempenhavam atividades remuneradas não relacionadas ao setor saúde, apesar de em sua maioria, participar de grupos, associações e ou instituições de grande inserção comunitária. A renda per capita familiar destes profissionais foi considerada baixa, pressupondo ainda que o valor salarial tenha grande contribuição na sustentação familiar. Os resultados mostram que os ACS's realizam suas atividades, no entanto em atividades imprescindíveis não se observou o engajamento de todos os profissionais, ressaltando que as atividades educativas revelaram-se deficientes, numa análise comparativa com as demais ações.

Palavras Chave: Auxiliares de Saúde Comunitária. Promoção da Saúde. Recursos Humanos em Saúde.

NASCIMENTO, C. M. B. **Analysis of compliance with the practices of community health agents in municipalities in the metropolitan area of Recife**. 2008 158 f. Dissertation (Master of Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

The Program of communitarian agent of health and the Program of family's health have been having a preponderant function in the scene of the politics of health in Brazil, in the meaning of the reorganization of the basic attention in the decade of 90. The insertion of the Communitarian Agents of Health as a new worker of health has an impact in the debate and in the screen of the change of the model of attention to the health and in the definition of the care in health (MENDONÇA, 2004). The Communitarian Agent Professional of Health acts in the support to the social collectives and to the individuals, making activities with the objective of promoting and preventing aggravations, by making educative actions and supporting the individuals, families and groups, mobilizing acts of promotion of the life in collectivity and of development of social interactions. These characteristics point to a professional singularity, that puts him in the intersectorial interface of the health, social action, education and environment. This project has as objective to analyze the fulfillment of the activities developed by the Communitarian Agents of Health, according with what praised for the Health department. The survey has been made over 10 cities in the metropolitan area of Recife, Having as a survey's population 153 Communitarian Agents of Health, selected randomly. It's about a descriptive survey of transversal cut. The data had been collected through an interview, and for the processing of the data, it was used the EPIINFO program on its Windows Version, being made a statistic descriptive analysis, using graphics and tables. This research was approved by the Committee of Ethics and Research of the Aggeu Magalhães' Center of Research (CEP/CPqAM). As for the main characteristics socio-economic-demographic found in the study, says that the work of ACS's is developed predominantly by young adults, females that are inserted in the exercise of this activity for more than 5 years. Prior to the work of ACS, the respondents in this search played remunerated activities not related to the health sector, although most of them, join groups, associations or institutions, and large insertion Community. The per capita family income of these professionals was considered low, even assuming that the value wage has great contribution in support family. The results show that the ACS's make their activities. However, in essential activities it was not observed the enrollment of all the professionals, making clear that the educative activities had shown being deficient, in a comparative analysis with the other actions.

Key-words: Auxiliary of Community Health. Health Promotion. Human Resources in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa da Região Metropolitana do Recife	41
Quadro 1 -	Número de USF, ESF e PACS dos municípios da Região Metropolitana do Recife-2007.....	43
Quadro 2 -	Distribuição da amostra de ACS por município da Região Metropolitana do Recife	44
Quadro 3 -	Distribuição da amostra de ACS's entrevistados por Distritos Sanitários no município de Recife-2007	45
Quadro 4 -	Distribuição da amostra de ACS's entrevistados por Distritos Sanitários no município de Jaboatão dos Guararapes-2007	45
Quadro 5 -	Distribuição da amostra de ACS's entrevistados por Distritos Sanitários no município de Olinda-2007	45
Quadro 6 -	Variáveis sócio-econômico-demográficas	46
Quadro 7 -	Variável das atribuições dos ACS's	47
Quadro 8 -	Atividades desenvolvidas pelos ACS's.....	48
Quadro 9 -	Distribuição das atividades realizadas antes de ser ACS em municípios da Região Metropolitana do Recife -2007	65
Quadro 10 -	Distribuição dos ACS's por motivo que influenciou na escolha da profissão em municípios da Região Metropolitana do Recife - 2007	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos ACS's por sexo em municípios da Região Metropolitana do Recife -2007	53
Gráfico 2 - Distribuição dos ACS's segundo área de atuação de trabalho em municípios da Região Metropolitana do Recife –2007	59
Gráfico 3 - Distribuição dos ACS's por vínculo empregatício em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	60
Gráfico 4 - Distribuição dos ACS's que exerciam ou não atividade remunerada antes de trabalhar como ACS em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007.....	64
Gráfico 5 - Distribuição dos ACS's que atualmente continuam desempenhando outro tipo de atividade em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	67
Gráfico 6 - Distribuição dos ACS's segundo participação em atividades e instituições na comunidade antes da profissão em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	68
Gráfico 7 - Distribuição dos ACS's de acordo com a contribuição do curso nas suas atividades diárias em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	69
Gráfico 8 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas no bloco de atividades de conhecimento da área. Recife-2007	71
Gráfico 9 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas em saúde da mulher Recife-2007	74
Gráfico10 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas na saúde da mulher gestante Recife-2007	75
Gráfico11 - Distribuição dos ACS's dos municípios da região metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas no bloco de saúde da criança. Recife-2007	79

Gráfico12 -	Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas no bloco de saúde do adolescente Recife-2007	83
Gráfico13 -	Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas referentes à diabetes Recife-2007	85
Gráfico14 -	Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas referentes à hipertensão. Recife-2007	88
Gráfico15 -	Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas referentes à tuberculose Recife-2007	90
Gráfico16 -	Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas referentes à Hanseníase Recife-2007	93
Gráfico17 -	Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas no bloco de saúde do idoso Recife-2007	95
Gráfico18 -	Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas no bloco atividades diversas Recife-2007	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos ACS's por faixa etária em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007.....	55
Tabela 2 -	Distribuição dos ACS's segundo escolaridade em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007.....	56
Tabela 3 -	Distribuição dos ACS's segundo renda per capita familiar em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	57
Tabela 4 -	Distribuição dos ACS's por tempo de trabalho no PACS/PSF em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	58
Tabela 5 -	Distribuição dos ACS's segundo local de residência em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	61
Tabela 6 -	Distribuição dos ACS's segundo tempo de moradia no local de trabalho em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007...	62
Tabela 7 -	Distribuição dos ACS's por número de famílias em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	63
Tabela 8 -	Distribuição dos ACS's por atividades de conhecimento da área desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	72
Tabela 9 -	Distribuição dos ACS's por atividades de saúde da mulher desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007.....	76
Tabela10 -	Distribuição dos ACS's por atividades de saúde da criança desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	80
Tabela11 -	Distribuição dos ACS's por atividades de saúde do adolescente desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	83
Tabela12 -	Distribuição dos ACS's por atividades referentes à diabetes desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007.....	86

Tabela13 -	Distribuição dos ACS's por atividades referentes à hipertensão desenvolvida em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	89
Tabela14 -	Distribuição dos ACS's por atividades referentes à tuberculose desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	91
Tabela15 -	Distribuição dos ACS's por atividades referentes à hanseníase desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.....	94
Tabela16 -	Distribuição dos ACS's por atividades de saúde do idoso desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	96
Tabela17 -	Distribuição dos ACS's por atividades diversas desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife-2007	98

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ETESPE: Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco

IRA: Infecção Respiratória Aguda

NOB: Normas Operacionais Básicas

NOAS: Normas Operacionais da Assistência à Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PACS: Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAB: Piso Assistencial Básico.

PSF: Programa Saúde da Família

SIPACS: o Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica

SAS: Secretaria de Assistência à Saúde

SRO: Soro de Reidratação Oral

SPS: Secretaria de Políticas de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Políticas de Saúde no Brasil	20
1.2 O PACS e o PSF	22
1.3 A história e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde	26
1.4 Recursos humanos e organização do trabalho em saúde	32
2 JUSTIFICATIVA	35
3 OBJETIVOS	37
3.1 Objetivo Geral	38
3.2 Objetivos específicos	38
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
4.1 Área de estudo	40
4.1.1 Caracterização dos municípios	41
4.1.2 Caracterização da rede de saúde	43
4.2 População de estudo	43
4.3 Desenho de estudo	45
4.4 Definição de variáveis	46
4.5. Método de coleta de dados	49
4.6 Processamento dos dados	50
4.7 Análise dos dados	50
4.8 Considerações éticas	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	114
ANEXOS	149

1 INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) têm tido papel preponderante no cenário das políticas de saúde no Brasil, no sentido da reorganização da atenção básica na década de 90. A inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como um 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 (MENDONÇA, 2004).

O ACS é um trabalhador que atua em dois importantes programas do Ministério da Saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente, esses programas consolidam-se no contexto da municipalização e descentralização das ações de atenção primária à saúde no Brasil.

O profissional ACS atua no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, realizando atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos, por meio de ações educativas e de acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento de interações sociais. Estas características apontam para uma singularidade e especificidade profissional, que o situa na interface entre a saúde, ação social, educação e meio ambiente materializando a intersectorialidade. Para o setor saúde, a formação do ACS requer, então, a identificação técnica, ética e humanística das competências que ele deve desenvolver para a realização de seu trabalho (MARQUES; PADILHA, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, o ACS é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (BRASIL. M. S., 1999). Sem dúvida, esse trabalhador apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social.

O ACS tem um papel ímpar, ao se constituir elo de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde, atuando de forma condizente com atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em

orientação, acompanhamento e educação em saúde, visando, sobretudo, a promoção da qualidade de vida e bem-estar da população assistida (GALAVOTE, 2007).

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

De acordo com Merhy (2003), o cotidiano de trabalho do agente comunitário constitui o lugar onde existe a permanente invasão de mundos, com produção de estranhamentos, ruídos e falhas, em um panorama repleto de significados, onde acordos e contratos existem e, ao mesmo tempo, onde os agentes impõem estranhamentos, quebras e linhas de fuga. Assim, a observação desse cotidiano possibilita a identificação de um mundo de subjetividades, significados, aspirações e modos específicos de produzir os processos de trabalho na realidade apresentada nos serviços de saúde.

Mais recentemente, evidencia-se um aumento importante do número de (ACS) vinculados ao PSF que tem contribuído para uma profunda mudança no conceito de cuidados de saúde no país. Aproximadamente um quinto da população brasileira está em contato com as equipes de saúde da família (UNICEF, 2001).

Segundo dados do SCNES Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (2007), o Brasil conta com 221.381 ACS's, o Estado de Pernambuco, com 14.913 ACS's e a Região Metropolitana do Recife apresenta 4.586 ACS's (INFORME DE ATENÇÃO BÁSICA, 2007).

A expansão da assistência possibilitada pelos programas PACS/PSF vem garantindo a incorporação de um contingente expressivo de pessoas, que tem demonstrado grande relevância para melhoria da qualidade da saúde e que apresentam características diferenciadas.

Apesar dos mais de quinze anos de ações desenvolvidas por estes profissionais, são muitos os desafios e problemas verificados, que vão desde formas de contratações, formação, capacitação e da maneira como o conjunto de ações desses profissionais é desenvolvido. Sobre este último aspecto, ainda são escassos

os estudos que verificam se a prática desenvolvida pelos ACS's condiz com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. É neste contexto que se insere essa pesquisa, com objetivo de analisar se os ACS's dos dez municípios da Região Metropolitana do Recife cumprem suas atividades de acordo com o que é preconizado.

Os capítulos que estão apresentados em tópicos, na introdução que segue, discutem as questões levantadas nessa breve apresentação do problema. O primeiro traz um pouco da história do sistema de saúde no Brasil, como se conformou a partir do SUS, destacando a Estratégia de Saúde da Família como eixo principal da atenção básica no país. O segundo faz uma discussão sobre as experiências, a institucionalização e os objetivos do PACS e do PSF. O terceiro capítulo enfatiza a história e o trabalho do ACS, enfocando o papel deste ator no cenário mundial da saúde. E finalmente, o quarto, aborda o tema dos recursos humanos e organização do trabalho em saúde.

1.1 Políticas de Saúde no Brasil

Contra-pondo-se àquele modelo imposto pelos grupos dominantes, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira conseguiu aliar-se às forças da época pela redemocratização do país, contra o regime autocrático e centralizador. Durante esse período, a mobilização de profissionais de saúde e a contribuição das universidades estimularam o surgimento de um movimento pela democratização da saúde no país. A sociedade organizada e mobilizada reivindicou e propôs políticas sociais que garantissem pleno direito de cidadania aos brasileiros, a partir do entendimento do dever do Estado em cumpri-las. A partir da abertura política no país, o sistema de saúde brasileiro passou a ser avaliado. Tendo como um dos marcos importantes a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986. Essa conferência obteve um consenso político ao legitimar o Projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito ampliado de saúde; a saúde como direito de todos e dever do Estado e a institucionalização de um Sistema Único de Saúde (SAYD; VEIRA; VELÂNDIA, 1998).

A atual conformação do sistema público de saúde, universal, íntegro e gratuito começou a ser construído com o processo de redemocratização do país, e antes de sua criação pela Constituição de 1988, que introduz uma perspectiva de saúde como “direito social e dever do Estado”. Desta forma, o texto constitucional tem como princípios: a universalidade; equidade; integralidade; e como diretrizes a organização descentralizada com direção única em cada esfera de governo; prioridade das atividades preventivas e sem prejuízo das atividades de assistência; controle social; financiamento público das três esferas de governo; participação da iniciativa privada e filantrópica de modo complementar (BRASIL. Constituição, 1988).

A década de 1980, no Brasil, foi marcada por importantes mudanças no setor saúde, com experiências inovadoras e decisivas na implementação de um novo desenho na atenção à saúde da população. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sua incorporação na Constituição de 1988, sua normatização por meio de leis infraconstitucionais, reafirmando seus princípios fundamentais, foram decisivos para a implementação de propostas de mudanças do modelo assistencial vigente. Tais propostas têm como um dos pontos de partida a criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que objetiva a redução da mortalidade

infantil em alguns estados, por meio do seguimento às famílias em risco social. Mas efetivamente, é com o Programa de Saúde da Família (PSF), implementado no ano de 1994, a partir do sucesso de experiências internacionais, como Cuba, Canadá e Inglaterra, que o Ministério da Saúde propõe a reorganização da Atenção Primária à Saúde. A proposta traz consigo uma série de inovações e desejos dos defensores de uma reforma sanitária, no sentido de reverter o modelo curativo centrado no indivíduo, transformando-o em um conjunto de ações que articulem indivíduo, família e comunidade em que a promoção de saúde, a prevenção de doenças, a cura e a reabilitação façam parte de um todo indivisível (PALHA, 2004).

A regulação constitucional do SUS se completa, em 1990, com a edição de duas leis orgânicas. A lei nº 8.080, tratando do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do sistema, e a Lei nº 8.142, que aborda sobre a participação da comunidade e os mecanismos de transferências de recursos financeiros às demais instâncias de gerência/gestão, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal.

A partir daí, a operação do sistema e a relação entre os gestores foi tratada por meio de portarias do Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB – SUS). Foram expedidas NOB's em 1991, 1992, 1993 e 1996. Mais recentemente foram elaboradas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002), cuidando especificamente da regionalização da assistência.

O processo de descentralização orientado pela NOB 01/96 pode ser considerado como bem-sucedido em vários aspectos, é ela que institucionaliza o PACS/PSF como estratégia de reorganização da atenção básica superando o formato de programa vigente até então, mas revela também algumas fragilidades. Buscando enfrentar esses obstáculos, foi elaborada a NOAS 01/01, para ampliação das responsabilidades dos municípios quanto à atenção básica e a definição de processo de regionalização da assistência. As discussões que se seguiram levaram à elaboração da NOAS 01/02, que mantém as diretrizes da anterior, aumentando o número de procedimentos do PAB e criando o Piso Assistencial Básico Ampliado; define as características das regiões de saúde estaduais; e estabelece mecanismos de financiamento para os procedimentos de maior complexidade e custo (NEGRI, 2002).

De acordo com Souza (2002), um conjunto de modificações ocorreu no desenho e na operação da política de saúde, que permite a aceleração do processo de descentralização da gerência e uma reestruturação nas formas de financiamento das ações de saúde e de organização dos serviços e práticas de assistência, com a fortificação da atenção básica, ou seja, essas modificações vieram reforçar e fortalecer a reorganização do sistema de saúde.

1.2 O PACS e o PSF

A criação do PACS recuperou diversas e diferentes experiências no país, sendo que a experiência de Agentes Comunitários do Ceará, foi a que com pioneirismo e abrangência estadual, mais contribuiu para o desenho da execução do programa nacionalmente (SOUZA, 2002).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Ministério da Saúde foi criado a partir da experiência do Ceará, que foi iniciada em 1987, como parte de um programa emergencial de combate à seca. Em 1991, a experiência do Ceará foi institucionalizada como política oficial do Governo Federal, através do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) do Ministério da Saúde. O seu objetivo geral consistia em melhorar, através dos ACS's, 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 (BRASIL. M. S., 1994).

Em 1991, por meio do convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde, é criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – equipe constituída na proporção de um enfermeiro instrutor- supervisor para 30 ACS, lotados em uma Unidade de Saúde, entendido como uma estratégia transitória para o PSF (BRASIL. S. E., 2001).

Segundo Sousa (2001), em 1991, o Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde criaram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de atender às necessidades da população, com qualidade, universalidade, sem preconceitos, participativo e, sobretudo, livre de interferências político-partidárias.

Inicialmente, o PACS foi implantado em 13 Estados das regiões Norte e Nordeste, posteriormente, foram estendidos para as demais regiões do Brasil (CASTRO et al., 2004).

De acordo com Solla (1996), os 13 Estados da região norte e nordeste onde estavam funcionando o PACS em 1993, contavam com mais de 29 mil ACS's, distribuídos em 761 municípios.

O Nordeste foi uma das primeiras regiões a implantar o PACS, em 1991, por ser considerada a região mais pobre do país, e deter, nos anos oitenta, uma alta taxa de mortalidade infantil. Um fator central considerado na elaboração do programa foi o baixo nível de informação e orientação da população, considerado responsável pelo agravamento da situação. A dificuldade do acesso à informação por parte das comunidades, principalmente pelas mulheres, foi tido como fator a ser priorizado, visto que muitas doenças poderiam ser evitadas sem recorrer a socorros médicos, mas, simplesmente, por meio de cuidados caseiros. Caberia aos Agentes Comunitários de Saúde levar essa informação à comunidade (LIMA; MOURA, 2005).

A partir de 1994, com o desenho da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), é que os ACS's começaram a chegar aos grandes centros, às Regiões Metropolitanas e às capitais do Sul e do Sudeste. A meta do Ministério da Saúde era de implantar 45 mil ACS's em todo o Brasil, respeitando os Estados e municípios que demonstrassem interesse de adesão e transformassem seu interesse em decisão política de fazê-lo (SOUSA, 2001).

De acordo com um levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica /SPS do Ministério da Saúde, em junho de 2004, passados dez anos de sua implantação, são mais de 97 milhões de pessoas acompanhadas por mais de 191.000 (ACS), atuando em, aproximadamente, 5.193 municípios brasileiros.

O PACS foi pensado como uma estratégia de transição para outra mais abrangente, o PSF. Estas duas estratégias se constituíram em caminhos possíveis no processo de reorganização da atenção à Saúde, representando uma intervenção concreta no contexto da mudança da atenção à saúde. Suas concepções buscam contribuir para a redução de graves problemas enfrentados pelos serviços públicos (BRASIL. M. S., 2004).

Segundo Vasconcelos (1999), a Organização das Nações Unidas (ONU) elegeu o ano de 1994 como o Ano Internacional da Família. Assim, o Ministério da Saúde cria, no Brasil, o Programa de Saúde da Família, procurando seguir as

diretrizes previstas no SUS, e, sobretudo, tomando a família como eixo estrutural no que diz respeito aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população assistida.

A estratégia do PSF estrutura-se apoiada no SUS, incorporando as diretrizes de universalização, descentralização e participação da comunidade e anuncia-se com princípios complementares: caráter substitutivo ao modelo tradicional de atenção primária, antes centrada prioritariamente na relação médico-paciente e no atendimento individual; integralidade e hierarquização (encontrando-se dentro do sistema de referência e contra-referência da rede); territorialização e cadastramento da clientela; equipe multiprofissional (BRASIL, M. S., 2001).

Na década de 90, dentre as várias experiências desenvolvidas em busca de mudança no modelo de atenção e de resultados mais significativos, é lançado, precisamente em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), como uma estratégia de reorganização da atenção primária à saúde.

O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio de vigilância à saúde. Apresenta uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência (BRASIL, M. S., 1997, p. 8).

A chamada equipe básica ou nuclear concebida no PSF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis ACS e, dependendo do município, contam também com a retaguarda de profissionais da equipe de saúde bucal, saúde mental e reabilitação (BRASIL, S. A. S, 1998).

No PSF, o trabalho caminha pelo viés da assistência integral, entendida por ações preventivas, de promoção da saúde e curativas, nas quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção, atrelada à visão de equipe interdisciplinar, contando com um trabalho de base feito pelo ACS que realiza o monitoramento (diagnóstico local situacional) de forma contínua, sob supervisão do enfermeiro (MARTINES; CHAVES, 2007).

O PSF, por sua vez, elege a família como objeto precípua de atenção, considerando-a nas suas relações no ambiente em que vive:

São nesses espaços que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo uma concepção ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, M. S., 1997, p. 8).

Vale ressaltar que essa proposta inclui atuação dos ACS's, fazendo com que o PACS se fortaleça e continue sua expansão com o PSF

Concomitantemente, é no espaço familiar e comunitário que o ACS desenvolve suas atividades cotidianas integrado à equipe do PSF, nos locais onde o mesmo está implantado. Embora o PSF seja entendido como um modelo de superação do PACS, ele não o exclui. Integra o ACS na equipe, definindo suas funções, ampliando a supervisão técnica, podendo corrigir problemas sobre os quais o PACS não tinha estrutura e autonomia (COELHO, 2002).

A estratégia implementada por meio do PACS/PSF busca introduzir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde. Neste sentido os serviços passam a buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervir sobre fatores de risco aos quais a população está exposta, promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular o controle social. O ACS atua neste contexto como membro da equipe de saúde, mas suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Por outro lado, desde a implantação do PACS, os ACS's vêm se organizando em busca do reconhecimento legal da profissão e, com a expansão da saúde da família e a conseqüente incorporação destes trabalhadores nas equipes multiprofissionais, houve uma ampliação das aspirações do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas e sociais. 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 do ACS (BRASIL. M. S., 2002).

1.3 A história e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde

O ACS não é um ator novo no cenário mundial da saúde. No Canadá, em 1920, 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).

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 no Brasil chegou a mais de 170 mil, dos quais 115 mil trabalham na área urbana e 57 mil na área rural, sendo a profissão reconhecida oficialmente pela lei 10.507 de 10 de julho de 2002 (SILVA; SANTOS, 2003).

Na América Latina, a inserção dos ACS nos serviços de saúde ganhou impulso nos últimos anos, quando Ministérios da Saúde da América do Sul receberam apoio financeiro de agências internacionais para que comesçassem a capacitar e utilizar esses trabalhadores. Outro fator que contribuiu para sua inserção nos serviços de saúde foi que médicos e enfermeiros, além de serem profissionais caros para o sistema, não se dispunham a trabalhar nas periferias e zonas rurais, sendo que um agente bem preparado poderia desenvolver cuidados básicos em saúde (CORRÊA, 1995).

De acordo com Mendonça (2004), na última década o ACS representou um segmento efetivo do trabalho em saúde e se tornou um novo ator político, no cenário da assistência à saúde e de sua organização. A razão do protagonismo desse ator foi à expansão em âmbito nacional e, em especial, em áreas metropolitanas, de um determinado tipo de programa - o Saúde da Família, estratégia que se sustenta em bases já conhecidas de extensão de cobertura, mas cuja pretensão era, neste momento, levar a equipe de serviços de saúde para ações diretas na comunidade, envolvendo os diversos profissionais com uma atenção de qualidade aos usuários do programa. Ressaltou-se que o ACS era o sujeito de viabilização de políticas de saúde de uma nova linhagem, e que o trabalho do mesmo, de modo geral,

ultrapassava o atendimento às necessidades, pois ele se dedicava a cuidar da comunidade e pensava a saúde em sua concepção ampliada. Cuidar era mais que tratar o indivíduo nas unidades de saúde; era prover assistência na vida comunitária, deslocando o cuidado para o território onde se inseria a população adscrita.

Os ACS's vêm se constituindo, nesses programas, como segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência. É um segmento efetivo da produção dos serviços, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas, também, como peça essencial na organização da assistência (SILVA; DALMASO, 2002).

De acordo com o documento legal, o ACS é um profissional da área de saúde integrante da equipe de saúde da família, com exclusividade de exercício no âmbito do SUS. Realiza, sob supervisão do gestor local, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema (SILVA; SANTOS, 2003).

Desde o início da década de 90, quando o Ministério da Saúde incorporou os ACS's ao SUS, ficou definido, pelo próprio Ministério e pelas secretarias municipais de saúde, que estes trabalhadores, independentemente do nível de escolaridade, deveriam cumprir requisitos formais de: residir há pelo menos 2 anos na comunidade onde deve atuar; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, M. S., 2004).

De acordo com Silva e Santos (2003), a profissão tem alguns condicionantes restritivos censitários – residência no local onde irá atuar – e de formação – conclusão de curso de qualificação básica, sendo este exigido a partir da lei nº. 10.507 de 2002. A sua atuação, antes intensiva em ações voltadas para o foco materno-infantil, atualmente envolve competências para ações no apoio às famílias e coletivos sociais, além de concentrar atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças ou pela mobilização de recursos e práticas sociais para intervenção no campo político e social numa micro-área de ação.

Esses traços identificadores, incomuns em outros profissionais de saúde, permitem que o ACS possa cumprir a missão básica de execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito da comunidade em que reside e na qual tenha liderança, manifestando solidariedade entre os seus pares. É

como afirmam Nogueira et al. (2000) “o papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia humana ou cultural a seu perfil ocupacional”. Esses requisitos, quando presentes, freqüentemente o qualificam como um trabalhador “sui generis” ou fora do comum.

O ACS é a pessoa que está em contato permanente com a comunidade. Ele vive nela e faz parte dela. Unindo dois universos culturais distintos: o científico e o popular, ajudando assim no trabalho de vigilância e na promoção da saúde. É de grande importância a presença deste profissional nos serviços de saúde, como agente de transformação e mudança (OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003).

Sendo assim, de acordo com Araújo et al. (2006), o ACS por ser um morador da comunidade, representa uma riqueza de possibilidades, pois conhece as pessoas que atende, fala a mesma linguagem dos que o procuram, passa por situações parecidas e compartilha crenças com os membros da região onde atua. Uma orientação dada por um cidadão nestas condições conta com credibilidade que, dificilmente, as palavras de um técnico da saúde atingiriam.

A credibilidade é tida como básica para a atuação dos agentes. Ser confiável e ter liderança são requisitos desejáveis. Esses critérios tornam o agente um trabalhador especial cujo capital social, conhecimento da comunidade e da realidade local, liderança e solidariedade se constituem um a priori das qualificações técnicas, adquiridas num segundo momento com o treinamento continuado das equipes. Essas qualificações os diferenciam radicalmente do servidor público tradicional estável (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Na prática, o ACS deve estar atento para quatro verbos importantes na execução de seu trabalho, pois refletem a maioria de suas ações: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar.

Identificar é uma ação que precisa de atenção, pois é necessário reconhecer fatores de risco para as doenças, a fim de poder encaminhar corretamente a pessoa à unidade de saúde. Encaminhar é o momento em que o agente faz a ligação entre a comunidade e a unidade de saúde, por isso precisa estar entrosado com a equipe, a fim de que a pessoa possa ser atendida com atenção e eficiência, mas, às vezes, a pessoa não poderá ir sozinha à unidade, então o agente deverá acompanhá-la. Orientar é a ação que o agente realiza diariamente em suas visitas, procurando refletir com as pessoas sobre as dificuldades que elas enfrentam e que medidas devem ser tomadas segundo as orientações da equipe de saúde para que elas

possam ter sua saúde de volta ou não venham a adoecer. Acompanhar é a ação que significa dar assistência às pessoas de sua comunidade que estão em situação de risco, como gestantes, crianças, idosos (BRASIL. S. P. S., 2000a).

Sendo assim o trabalho do ACS é de grande importância ao serviço de saúde, pois a sua presença junto à população facilita o vínculo com o sistema de saúde, mas é essencial uma infra-estrutura mínima adequada dos serviços e satisfatórias condições de trabalho para o ACS para que realmente o vínculo se estabeleça. Os serviços devem ter estrutura física, material e humana para atender à demanda encaminhada pelo ACS. O PACS deve ser compreendido como uma estratégia de fortalecimento do SUS (OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003).

De acordo com os autores citados no parágrafo acima, apesar do ACS estar cumprindo seu papel, as ações de organização, de valorização e de desenvolvimento da comunidade, bem como as ações coletivas, não têm sido desenvolvidas pelo programa, o que exige uma avaliação na capacitação dos enfermeiros-supervisores e nas atividades que eles vêm desenvolvendo junto aos ACS's. O ACS necessita de treinamento contínuo adequado e voltado para as realidades locais, que valorizem a organização e o desenvolvimento da comunidade. O sucesso do programa não depende apenas do ACS, mas de um conjunto de atividades e de ações planejadas com base nas prioridades levantadas e analisadas por todos os membros da equipe de saúde.

Com relação ao perfil e delimitação do papel do profissional, espera-se que o ACS tenha bom relacionamento com a comunidade local (aceitação), saiba trabalhar as questões relacionadas a preconceitos, sigilo e ética profissional, tenha facilidade de comunicação, que consiga se integrar à equipe interdisciplinar no processo de Vigilância à Saúde, capacidade de organizar-se, planejar e priorizar ações, de modo a realizar a cobertura sistemática da área (uma visita domiciliar por família/mês), e acompanhar os grupos de risco – individuais e coletivos – notificando a equipe, mediante problemas identificados, além de integrar-se à realização do diagnóstico local para controle do perfil de morbimortalidade. Deve também desenvolver as ações básicas, como incentivo ao aleitamento materno, início precoce das gestantes ao pré-natal, prevenção das doenças de maior prevalência, busca ativa aos portadores de doenças crônico-degenerativas que estão sem acompanhamento, identificação precoce de doenças de notificação compulsória, assim como desenvolver o conceito de humanização da assistência e participação

popular como co-responsável nas ações e no controle da qualidade da assistência proposta (MARTINES; CHAVES, 2007).

O trabalho diário do ACS, juntamente com o dos instrutores/supervisores, gera um conjunto de informações, que são levantados indicadores da situação sócio-demográfica das famílias, ou seja, morbidade, vigilância nutricional e acesso aos serviços de saúde, todos de extrema importância ao planejamento e gestão dos sistemas locais de saúde. Essas informações compunham, até 1997/98, o Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – SIPACS, que foi substituído pelo Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB. Mesmo as informações simples realizadas no trabalho cotidiano dos ACS também são úteis no acompanhamento das ações de saúde e de baixo custo, pois conforme defendem Aquino et al. (1997). "As áreas cobertas pelo PACS, além de serem mais carentes de serviços de saúde, são bolsões de sub-registro para os outros sistemas de informação em saúde".

De acordo com Bornstein (2006), desde 1991, o PACS/PSF estava vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), até que, em 1995, o PACS e o PSF foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Em meados de 1999 estes programas passaram para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e neste mesmo ano, o governo federal define as atribuições do ACS, no Decreto nº 3.189, onde estabelece que ao ACS cabe desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade.

Foram criadas portarias que estabelecem as atribuições do ACS, as quais fixam diretrizes para o exercício de suas atividades e evidenciam os eixos estruturantes de sua prática, tais como a Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, que apresenta atribuições detalhadas num total de 33 itens: são mencionadas atribuições que fazem parte do conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil sócio econômico, mapeamento e outras); atribuições que fazem parte do acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo detalhados os grupos populacionais que deverão ser acompanhados (gestantes, puérperas, hipertensos e outros), os temas que deverão ser abordados (aleitamento materno, imunização, reidratação oral e outros) e as necessidades de monitoramento (diarréias, infecções respiratórias agudas, tuberculose, hanseníase e outros). São mencionadas ainda,

ações educativas referentes à prevenção do câncer, métodos de planejamento familiar; saúde bucal, nutrição e atribuições que não são específicas da saúde como ações educativas para preservação do meio ambiente; abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida.

As diretrizes citadas acima foram atualizadas na Portaria nº. 648, de 2006, que preservou a centralidade das atividades de prevenção e promoção da saúde na concepção do trabalho do ACS, permitindo ao agente o desenvolvimento de ações de saúde nas unidades básicas desde que vinculadas às atribuições definidas na referida portaria, sendo atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à 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 cadastros 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 nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe (BRASIL, 2006).

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

1.4 Recursos humanos e organização do trabalho em saúde

As complexas transformações políticas, econômicas e socioculturais historicamente, foram, ao longo do tempo, prescrevendo de forma genérica (por meio dos grandes modelos organizacionais) e/ou singular (circunstâncias organizacionais locais e particulares de cada trabalhador), contextos de adaptação e inadaptação do homem em sua relação com o trabalho (MARTINES; CHAVES, 2007).

“Fazer saúde” exige profissionais com capacidade de atuar nos diferentes setores, de forma a promover a melhoria dos indicadores de saúde, em qualquer nível de atenção presente no sistema. Isto requer, dentre outras questões, a compreensão global do processo de trabalho, uma maior articulação entre os diversos setores, a recomposição dos trabalhadores é reconhecida e valorizada como componente deflagrador de um processo de reajuste da força de trabalho, no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde (MARQUES; PADILHA, 2004).

Segundo Merhy (2003), a mudança no modelo assistencial de saúde passa, necessariamente, pela reorientação do processo de trabalho em saúde, na perspectiva de se constituir como um trabalho coletivo, realizado por diversos atores e diversos outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional.

Nessa perspectiva, Peduzzi (1998) aponta: “[...] que o trabalho em saúde configura-se como um trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo a saúde imprescindível ao conjunto da sociedade”. Como trabalho reflexivo, ele é dotado de incertezas, não podendo, portanto, ser definido a priori e nem se submeter a critérios inflexíveis de produção.

A introdução de inovações tecnológicas e de novas formas de organização do trabalho em saúde, onde o planejamento, a promoção, a prevenção de agravos e atenção integrada buscam garantir acesso e qualidade na prestação dos serviços, exige, do setor saúde, profundas mudanças na forma de organizar os processos de produção dos serviços e de formação dos trabalhadores. Tomando como referência doutrinária a Reforma Sanitária e como estratégia de reordenação setorial e institucional, o Sistema único de Saúde (SUS), o desenvolvimento das práticas

profissionais nos diferentes espaços e contextos onde ocorrem os cuidados à saúde deve incorporar a concepção ampliada de saúde, com foco na qualidade de vida, fazendo emergir conceitos importantes, tais como o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (MARQUES; PADILHA, 2004).

Segundo L' Abbate (1994), os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

A qualidade dos serviços de saúde, dessa forma, passa a figurar como resultado de diferentes fatores ou dimensões que constituem instrumento, de fato, tanto para a definição e análises dos problemas como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais sanitários e gestores (prefeitos, secretários e conselheiros municipais de saúde, entre outros) com as normas técnicas, sociais e humanas (COTTA et al., 1998)

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação do usuário (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2002). Destaca-se, aí, a formação e educação dos profissionais para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na saúde da família, importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto.

Segundo a IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, é indispensável para a implementação do SUS uma política nacional de recursos humanos efetiva, que incorpore ações como a qualificação e/ou formação permanente de seus trabalhadores, cuja evolução na carreira conte com o suporte de escolas de formação nas Secretarias de Saúde; ou mediante articulação com Secretarias de Educação, universidades e outras instituições públicas de ensino superior (BRASIL. S. G. T. E. S., 1993).

Segundo L'Abbate (1994), a evidência científica informa sobre uma grave crise de situação de trabalho dos profissionais de saúde atuantes no âmbito do SUS, desde a questão salarial e de carreira profissional até a carência de recursos técnicos e materiais.

Sendo assim, entre os principais fatores agravantes, no Brasil, estão os baixos salários e as precárias condições de trabalho dos profissionais do serviço

público, geradores de desmotivação e desresponsabilização na execução das atividades (COTTA et al., 2006).

A Organização Pan Americana de Saúde (2001) também ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, tendo como base a qualificação, capacitação e aprimoramento de seu desempenho. Ressalta-se a importância do trabalho em equipe e seu incentivo ao aprimoramento individual em habilidades múltiplas, à visão interdisciplinar e interdependente das tarefas segundo um consenso estratégico de objetivos e, por conseguinte, à cooperação funcional no desenvolvimento do potencial criativo e de agregação dos valores existentes e reconhecidos no serviço.

De acordo com Cotta (2002), na busca de melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais é de ímpar relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, em decorrência da necessidade de trabalhar em grupo e/ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual.

As características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área da saúde são importantes de se considerar, para se obter uma informação mais ampla e melhor sobre a saúde da comunidade (BEINNER; BEINNER, 2004).

Verifica-se então que, além do impacto que um qualificado recurso humano pode trazer a saúde da população e a grande influência que tem no processo de gestão no contexto no qual se insere. Torna a gestão de trabalho uma das ferramentas estratégicas à tomada de decisão nas instituições, pela complexidade que ela se traduz, uma vez que é atravessada por diversos e diferentes interesses e necessidades que nem sempre é conciliável, neste sentido o trabalhador precisa se perceber como gestor no serviço onde atua, a fim de identificar as situações problemas a serem transformadas e instituir mudanças, fortalecendo assim o cumprimento e a qualidade dos serviços prestados.

2 JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com o documento legal, o ACS é um profissional da área de saúde integrante da equipe de saúde da família, que tem como função identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, à promoção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade.

O mesmo é apresentado como elo entre o serviço ou equipe e a comunidade, tendo como singularidade seu pertencimento à comunidade como forma de garantir a vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade. Neste sentido, ele é “um trabalhador genérico e fora do comum, não tendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões de saúde”. Essas interpretações sobre quem é e o que faz o ACS exercem forte pressão no sentido de identificar as ações que lhe podem ser delegadas e a qualificação formal necessária ao seu exercício profissional (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Devido ao vertiginoso crescimento do PSF, a grande inserção dos ACS e ao importante papel que o mesmo tem na nova estratégia de reorientação do modelo de Atenção Básica em Saúde, o presente estudo teve como objetivo analisar se há o cumprimento por parte dos ACS's de suas atribuições, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Acredita-se ser importante conhecer como se processa seu universo de trabalho, de forma a subsidiar políticas públicas de saúde e estratégias que potencializem as ações desse trabalhador, gerando um impacto positivo na saúde da população da Região Metropolitana do Recife.

3 OBJETIVOS



3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o cumprimento das atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

3.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil sócio-econômico-demográfico dos agentes comunitários de saúde de 10 municípios da Região Metropolitana do Recife;
- b) Relacionar o perfil dos agentes comunitários de saúde de 10 municípios da Região Metropolitana do Recife com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde;
- c) Descrever o conjunto de atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde de 10 municípios da Região Metropolitana do Recife.

4 PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nos procedimentos metodológicos, serão enfocados detalhadamente como foi realizado o estudo, apresentando assim: os municípios que participaram da pesquisa, suas características sócio-econômico-demográficas e de rede de saúde de atenção básica. A população participante, enfatizando, como foi o cálculo da amostra, identificando desenho de estudo, variáveis, além de detalhar a coleta, processamento e análise dos dados.

4.1 Área de estudo

O estudo foi realizado em 10 municípios da Região Metropolitana do Recife quais sejam: Araçoiaba, Camaragibe, Igarassu, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Recife e São Lourenço da Mata. A Região Metropolitana do Recife apresenta uma área de 2.768,454 km² e uma densidade demográfica de 1.321,5 hab./km², além de um clima tropical. De acordo com o (IBGE), a população da Região Metropolitana do Recife (estimativa 2007) é de 4.875.129 habitantes, sendo nesta região geográfica onde se encontram as cidades mais populosas do Estado: Recife (1.422.905), Jaboatão dos Guararapes (581.556), Olinda (367.902), Paulista (262.237). É a região de maior concentração de renda do Estado e os seus municípios geram hoje, juntos, metade de toda a riqueza produzida em Pernambuco.

De acordo com o IBGE (1991, 2000, 2005), a Região Metropolitana do Recife apresenta um grau de urbanização de 97,75%, verificando assim que quase 100% da população residente na Região Metropolitana do Recife encontram-se em áreas urbanas.

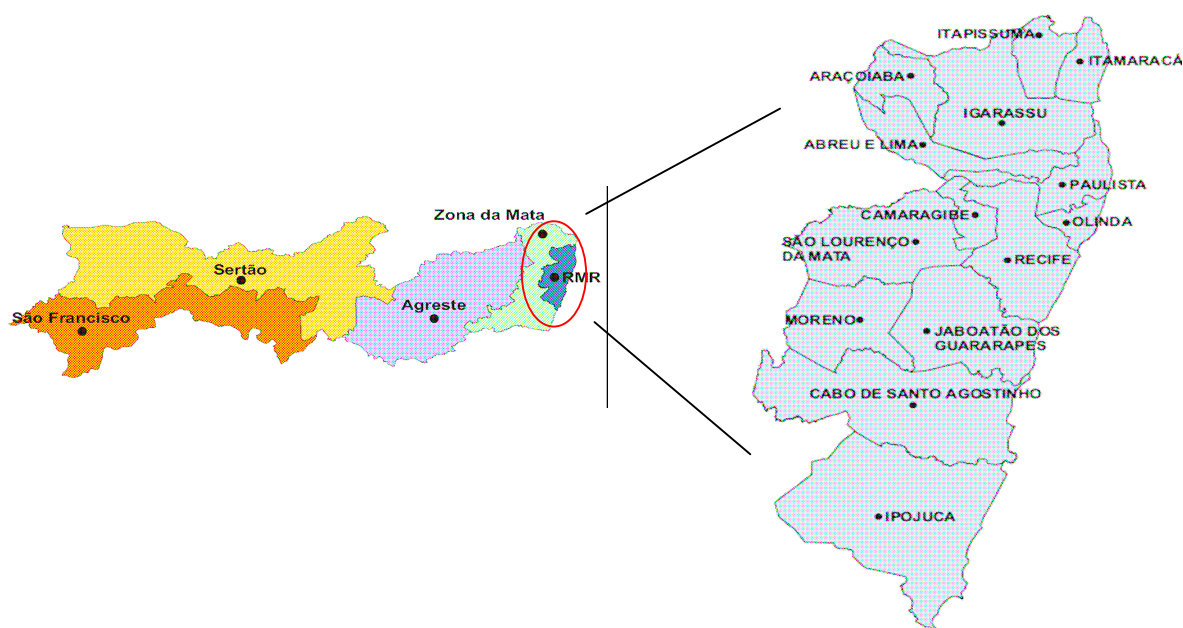


Figura 1 - Mapa da região metropolitana do Recife
Fonte: Pernambuco (2007)

4.1.1 Caracterização dos municípios

A escolha dos 10 municípios da região metropolitana do Recife para realização da pesquisa ocorreu devido ao grande estreitamento político, geográfico, econômico e cultural existentes entre eles. Para melhor compreensão da relação que existe entre os mesmos, segue abaixo uma caracterização de cada um dos municípios que participaram do estudo.

Araçoiaba, município mais novo do Estado de Pernambuco, segundo IBGE (2007), o município apresenta uma população de 17.900 habitantes e possui uma área de 96,38 km², além de uma densidade demográfica de 156,49 hab./km². Localiza-se a uma distância de 40 km do Recife, capital do Estado.

Camaragibe, segundo IBGE (2007) apresenta uma população de 150.354 habitantes, possui uma área equivalente a 48,3 Km², com uma densidade demográfica de 3.132,3 hab./km², sendo considerado uma região urbana com características campestres e localiza-se a uma distância de 10 Km do Recife.

Igarassu, localiza-se no litoral norte da Região Metropolitana, segundo IBGE (2007), apresenta uma população de 93.748 habitantes, uma área de 302,9 km²,

com uma densidade demográfica equivalente a 271,63 hab./km² . Localiza-se a uma distância de 28 km do Recife.

Itamaracá, é uma ilha no litoral do Estado de Pernambuco que segundo o IBGE (2007) apresenta, uma população de 18.552 habitantes, além de uma área equivalente a 65.4 Km², com uma densidade demográfica de 283.2 hab./km², este município localiza-se a uma distância de 48 km do Recife.

Itapissuma, segundo IBGE (2007) apresenta uma população de 23.110 habitantes, possui uma área equivalente a 74.382 Km², com uma densidade demográfica equivalente a 259.27 hab./km² e localiza-se a uma distância de 45 km do Recife.

Jaboatão dos Guararapes, segundo IBGE (2007) apresenta uma população de 665.387 habitantes, possui uma área de 257,3 km², com uma densidade demográfica de 2.334 hab./km², distando 18 Km do Recife.

Moreno, segundo IBGE (2007) apresenta uma população de 55.516 habitantes, possui uma área equivalente a 192.14 Km², com uma densidade demográfica de 283 hab./km² e localiza-se a uma distância de 28 km do Recife. As principais atividades econômicas do município são a agropecuária, setor que mais emprega na cidade, com destaques para as culturas de cana de açúcar, coco, banana, inhame, maracujá e acerola.

Olinda, de acordo com o IBGE 2007 apresenta uma população de 391.433 habitantes, uma área de 37,9 km², uma densidade demográfica de 13.361 hab./km². Localizada a uma distância de 6 km do Recife.

Recife é a capital do Estado brasileiro de Pernambuco, segundo IBGE (2007) apresenta uma população de 1,53 milhões de pessoas, com uma área de 218 km² e uma densidade demográfica de 6.422 hab./km².

São Lourenço da Mata, de acordo com o IBGE (2007), apresenta uma população de 95.304 habitantes, uma área com cerca de 264,48 km², com uma densidade demográfica de 339.98 hab./km², localizada a uma distância de 18 km do Recife.

4.1.2 Caracterização da rede de saúde

A caracterização da rede de saúde no que refere a atenção básica (quantitativo de USF, ESF e PACS) dos municípios da Região Metropolitana do Recife que fazem parte da área de estudo da pesquisa, foi realizada através de pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e apresentada no quadro abaixo:

Município	Número de USF	Número de ESF	Número de PACS
Araçoiaba	06	06	0
Camaragibe	34	39	01
Igarassu	22	22	01
Itamaracá	03	03	01
Itapissuma	07	04	01
Jaboatão dos Guararapes	70	64	16
Moreno	10	10	1
Olinda	38	53	02
Recife	115	215	18
São Lourenço da Mata	23	22	0
TOTAL	502	438	54

Quadro 1 – Número de USF, ESF e PACS dos municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.
Fonte: Brasil (2008).

4.2 População de estudo

O número real de participantes da pesquisa de acordo com os cálculos realizados foi de 139 ACS. No entanto considerando recusas e/ou outros tipos de perda no seguimento da pesquisa, para margem de segurança a amostra foi ampliada em 10%.

Efetivamente, participou do estudo uma amostra de 153 ACS's, calculada a partir do universo de 3.559 agentes atuantes nos 10 municípios pesquisados da

Região Metropolitana do Recife, sendo consideradas as 153 entrevistas, pois não houve nenhum tipo de perda no segmento.

Essa amostra de 153 ACS's, que foram retirados a partir do total de 3.559 ACS's foi distribuída proporcionalmente de acordo com o número de ACS existentes em cada município da região (quadro 2).

O cálculo da amostra foi realizado no programa Win Episcopo versão 2.0, com prevalência estimada de 50%, Nível de Significância de 90% e Margem de Erro de 7%.

É importante salientar que alguns municípios como Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes são divididos em distritos sanitários. Por tanto, foi necessário realizar uma distribuição proporcional do quantitativo de ACS's que participaram das entrevistas por distritos sanitários (quadro 3,4 e 5).

Após autorização, através das cartas de anuências (Anexo A), por parte dos municípios para realização da pesquisa, a secretaria de saúde de cada um dos 10 municípios participantes disponibilizou o banco de dados com o nome de todos os ACS's. Posteriormente, foi realizado um sorteio aleatório simples, de onde foi retirada a amostra para aplicação dos questionários.

Municípios	Número de ACS	Proporção	Amostra	10% de Margem de Segurança
Araçoiaba	32	0,009	1	1
Camaraçibe	285	0,080	11	12
Igarassu	209	0,059	8	9
Itamaracá	25	0,007	1	1
Itapissuma	30	0,008	1	1
Jaboatão dos Guararapes	603	0,169	24	26
Moreno	91	0,026	4	4
Olinda	383	0,108	15	16
Recife	1795	0,504	70	77
São Lourenço da Mata	106	0,030	4	5
TOTAL	3559	1,000	139	153

Quadro 2 - Distribuição da amostra de ACS por município da Região Metropolitana do Recife– 2007.

Fonte: Dados do próprio autor.

Distritos Sanitários	Número de ACS	%	Amostra
I	94	5,2	4
II	332	18,5	14
III	412	23,0	18
IV	274	15,3	12
V	256	14,3	11
VI	427	23,8	18
TOTAL	1795	100	77

Quadro 3 – Distribuição da amostra de ACS's entrevistados por Distritos Sanitários no município de Recife -2007.

Fonte: Dados do próprio autor.

Distritos Sanitários	Número de ACS	%	Amostra
I	243	38,8	10
II	71	11,3	3
III	161	25,7	7
IV	35	5,6	1
V	116	18,5	5
TOTAL	626	100	26

Quadro 4 – Distribuição da amostra de ACS's entrevistados por Distritos Sanitários no município de Jaboatão dos Guararapes – 2007.

Fonte: Dados do próprio autor.

Distritos Sanitários	Número de ACS	%	Amostra
I	258	67,3	11
II	125	32,6	05
TOTAL	383	100	16

Quadro 5 – Distribuição da amostra de ACS's entrevistados por Distritos Sanitários no município de Olinda- 2007

Fonte: Dados do próprio autor.

4.3 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, tendo como objetivo a descrição das características de um grupo de trabalhadores, (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 1999).

Além disso, pode ser caracterizado como um estudo avaliativo do tipo normativo, descritivo, uma vez que se pretende julgar um programa através da aplicação de normas, para ajudar na tomada de decisões. Pois, de acordo com Contandriopoulos et al., (1997) a avaliação normativa é utilizada quando se quer analisar cada componente através de normas e critérios.

No contexto desse trabalho, utiliza-se a avaliação normativa, pois se pretende mensurar se as atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde são cumpridas pelos 153 ACS's dos dez municípios da região metropolitana do Recife.

4.4 Definição de variáveis

Para alcançar o objetivo do estudo, foram traçadas variáveis que compõem a entrevista. Estas foram distribuídas em dois blocos: um referente ao perfil do ACS, onde se encontram características sócio-econômico-demográficas e outro que se refere as suas atribuições no trabalho, Segue abaixo as definições das variáveis:

VARIÁVEIS	
Sexo	Sexo definido pelo participante.
Idade	Faixa Etária apresentada pelo participante no ato da pesquisa.
Escolaridade	Grau de Aprovação Escolar do Participante.
Renda per capita Familiar	Soma da renda de todos os membros da família que recebem dinheiro dividido pelo total de residentes na casa
Atividade remunerada antes do trabalho de ACS	O exercício ou não de atividade remunerada anterior ao trabalho de ACS
Exercício de outra atividade	Atividade extra ao vínculo de ACS exercida pelo participante
Tempo de trabalho no PACS/PSF	Ano em que começou a trabalhar como ACS do PACS ou PSF
Vínculo empregatício da atividade de ACS	Modalidade de vinculação com o município.
Área de Atuação Profissional	Área em que atua: Urbana e/ou Rural
Tempo de moradia na área de trabalho	Período em que reside na área de atuação profissional
Participação em atividades comunitárias	Atuação em outros tipos de atividades na comunidade
Razão de escolha do trabalho de ACS	Motivo que influenciou na escolha da profissão
Quantitativo de famílias	Número de famílias cadastradas pelo ACS

Quadro 6 - Variáveis sócio-econômico-demográficas.

Fonte: Dados do próprio autor

VARIÁVEIS	
Integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS.	Desenvolvimento de ações que busquem uma articulação entre a equipe e a população, considerando trabalho de acompanhamento.
Adscrição de famílias	Adição familiar com base geográfica definida (microárea).
Ações educativas	Ações realizadas pelo ACS visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe.
Cadastramento familiar	Cadastra todas as pessoas de sua microárea e mantém os cadastros atualizados
Serviços de saúde disponíveis	ACS com informações atualizadas para orientar as famílias com relação à utilização dos serviços de saúde disponíveis
Acompanhamento familiar	ACS realiza acompanhamento por meio de visita domiciliar, em todas as famílias e indivíduos de sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe
Prevenção e controle da dengue	Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS's em relação à prevenção e ao controle da dengue
Treinamento e capacitação	ACS realizou treinamento ou capacitação específica para o desenvolvimento de suas atribuições.

Quadro 7 - Variável das atribuições.

Fonte: Dados do próprio autor.

VARIÁVEIS	
Saúde da Mulher Saúde da mulher gestante	<p>Busca ativa e monitoramento para realização do preventivo cérvico-uterino Orientação quanto ao exame de mama, DST's e planejamento familiar Identificação e acompanhamento das gestantes e orientação e encaminhamento as US para realização do pré-natal Cadastramento e atualização através da ficha B-GES Monitoramento da vacinação, avaliação de fatores de risco e estado nutricional Estímulo ao aleitamento materno Realiza visita de puerpério Desenvolve atividades de educação em saúde</p>
Saúde da Criança	<p>Identificação de NV no mês e NV com baixo peso Faz cópia do cartão da criança Orienta quanto ao registro civil Acompanha os bebês e orienta as mães Estímula ao aleitamento exclusivo Pesa e mede os bebês Incentiva a vacinação e acompanha o esquema vacinal Identifica os bebês com diarreia e orienta o uso do SRO Identifica os bebês com IRA e encaminha às USF, orientando a família sobre o tratamento Acompanha as crianças desnutridas e orienta as mães sobre a alimentação Desenvolve atividades educativas</p>
Saúde do Adolescente	<p>Orienta quanto a DST's/ HIV/ AIDS Orienta quanto ao uso de drogas Identifica e orienta situações de violência (doméstica, sexual e urbana) Orienta quanto risco de gravidez e métodos contraceptivos Orienta quanto à saúde bucal Desenvolve atividades de educação em saúde</p>
Saúde do Adulto	<p>Identificação, acompanhamento e monitoramento das pessoas com diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase.</p>
Saúde do Idoso	<p>Identifica e cadastra acamados Agenda visitas para acamados quando necessário Identifica idoso em situação de risco (violência doméstica, viver sozinho, outro) Orienta em relação a acidentes Orienta vacina Faz busca ativa para vacinação Desenvolve atividades de educação em saúde</p>
Atividades diversas	<p>Participa de campanhas de vacinação humana e animal Faz notificação Faz planejamento local com a equipe Participa das reuniões da equipe Apresenta diagnóstico da área para a comunidade Orientação, controle e monitoramento das endemias Orienta com relação ao destino adequado do lixo e tratamento de água de beber Participa de atividades de controle social</p>

Quadro 8 – Atividades desenvolvidas pelos ACS's, segundo os blocos da entrevista.

Fonte: Dados do próprio autor.

4.5 Método Coleta de dados

Os dados foram coletados através de uma entrevista estruturada contendo perguntas fechadas. As perguntas estão divididas em dois blocos, sendo um referente aos aspectos sócio-econômico-demográficos e outro referente às atribuições dos ACS's, bem como às capacitações.

Inicialmente, a pesquisadora junto ao coordenador do PACS/PSF dos municípios participantes, estabeleceu uma estratégia para realização das entrevistas, marcando horários e datas. Os coordenadores se encarregaram de fazer o agendamento prévio com os ACS's. As entrevistas foram realizadas entre os meses de outubro-novembro de 2007, nas secretarias de saúde e nos PSF de cada município. O tempo de duração da entrevista variava entre 30 e 40 minutos.

Além da pesquisadora principal, as entrevistas foram realizadas por duas residentes de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Antes de iniciar o processo de aplicação das entrevistas, foi feito um treinamento detalhado do instrumento por 4 dias, onde foram estudadas todas as alternativas que compõem o instrumento e, posteriormente, ocorreram simulações de aplicação da entrevista entre as residentes. Esse processo foi o momento para retirada de dúvidas e esclarecimento sobre o instrumento. Além disso, foi estabelecida uma média de tempo de duração para a aplicação da entrevista.

Para se ter uma maior confiabilidade com o instrumento e observar possíveis dificuldades e/ou dúvidas, a entrevista utilizada na pesquisa foi previamente idealizada e validada pela pesquisadora em um estudo piloto com uma amostra de 10 ACS's da Região Metropolitana do Recife. Concluído o estudo piloto e feitos os ajustes necessários, realizou-se o estudo principal.

A primeira etapa da entrevista consistiu da apresentação do objetivo do estudo, além dos seus benefícios, riscos e uma leitura detalhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), onde o entrevistado retirava suas dúvidas, tinha direito a perguntas e respostas, ratificando assim a intenção de participar do estudo. Os participantes assinaram um termo de consentimento informado em duas vias, uma pertencente ao pesquisado e outra à pesquisadora.

4.6 Processamento de dados

As entrevistas foram codificadas pela pesquisadora principal e pelas duas residentes e ao final de cada dia de trabalho de campo, as entrevistas eram analisadas, a fim de verificar se todos os campos do questionário estavam preenchidos. Os dados foram duplamente digitados por pessoas diferentes e comparados, sendo umas destas versões corrigidas. Estas etapas, além da listagem de freqüências das variáveis, foram realizadas utilizando-se o Epi Info 6.02.

4.7 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada de acordo com os objetivos da pesquisa e o instrumento utilizado na entrevista. O instrumento está dividido em duas partes, na primeira encontram-se perguntas relacionadas ao perfil sócio-econômico-demográfico dos ACS's e a segunda parte é referente às atividades que devem ser cumpridas pelo mesmo. As atividades foram divididas em blocos, para facilitar tanto na aplicação da entrevista quanto no momento da análise dos resultados.

São sete blocos, sendo eles compostos por atividades que devem ser desempenhadas pelos ACS's, no seu trabalho diário. Os blocos são considerados como: bloco I (conhecimento da área) contendo este, atividades imprescindíveis, bloco II (saúde da mulher), bloco III (saúde da criança), bloco IV (saúde do adolescente), bloco V (saúde do adulto), bloco VI (saúde do idoso) e bloco VII (atividades diversas).

Sendo assim, inicialmente foi realizada uma análise estatística descritiva, por meio de gráficos e tabelas, com número e percentual para cada uma das variáveis que compõem a primeira parte da entrevista que se refere, às características sócio-econômico-demográficas. Posteriormente também foi realizada uma análise estatística descritiva, por meio de gráficos e tabelas, com relação às atividades desenvolvidas pelos ACS's, onde os gráficos mostram o quantitativo de atividades realizadas pelos ACS's em cada bloco e em seguida as tabelas apresentam todas

as atividades que compõem cada bloco, revelando o percentual de cumprimento de cada atividade.

4.8 Considerações éticas

Obedecidos aos preceitos éticos estipulados pela resolução nº 196/96, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM) (Anexo A).

O estudo foi realizado dentro dos padrões de ética científica. Os bancos de dados de onde foram selecionados os nomes dos ACS's participantes da pesquisa estão nas secretarias municipais de saúde de cada município. Sendo assim, aos municípios foram enviadas solicitações para que os mesmos permitissem a realização da pesquisa através de uma carta de anuência (Anexo B), não estando estes sujeitos a qualquer risco de exposição ou dano. Aos municípios e aos ACS's participantes, foram garantidos sigilo das informações sem prejuízo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões do presente estudo estão organizados em duas partes, de acordo com o objetivo da pesquisa. Na primeira parte, serão apresentadas as características, o perfil sócio-econômico-demográficas dos ACS's. Na segunda, uma descrição da realização das atribuições dos ACS's e se as mesmas estão sendo cumpridas de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

5.1 Características sócio-econômico-demográficas

Os dados aqui apresentados tiveram como base as entrevistas dos 153 ACS's de 10 municípios da Região Metropolitana do Recife que participaram da pesquisa. Os gráficos e tabelas mostram a caracterização sócio-econômico-demográfica dos ACS's segundo as variáveis: sexo, idade, escolaridade, renda familiar, exercício de alguma atividade remunerada antes de trabalhar como ACS, tempo de trabalho, tipo de vínculo com o município, área de atuação, tempo de moradia, local de residência, participação em algum tipo de atividade comunitária antes de ser ACS, motivo que mais influenciou na escolha da profissão, quantitativo de famílias e contribuição dos temas abordados no curso de formação para o desempenho de suas atividades diárias.

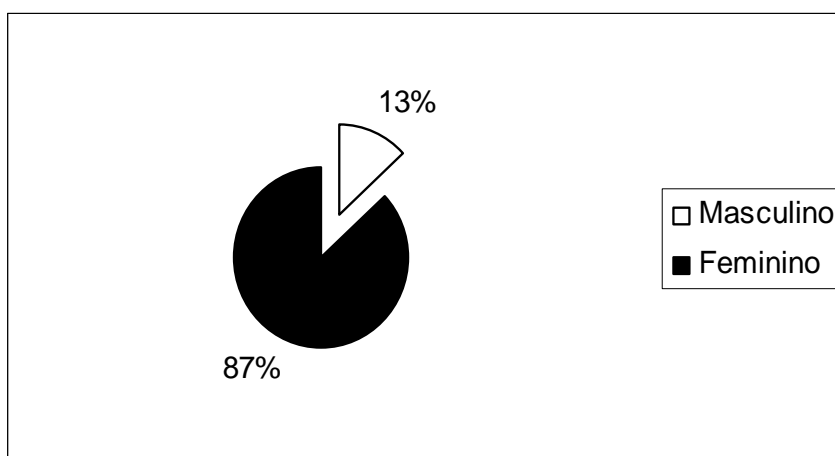


Gráfico 1- Distribuição dos ACS's por sexo em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

Observa-se no gráfico 1, que houve um predomínio do sexo feminino, sendo a amostra composta por 87% de mulheres e 13% de homens. No Brasil, a maioria dos ACS's também são mulheres (MARTINS et al., 1996). Resultado este, que corrobora com os obtidos nos estudos de Barcellos, Pandolfi e Miotto (2006), Galavote (2007), Farjado (2001), Silva (2001), Ferraz e Aerts (2004), que encontraram amostras compostas, em sua maior parte, por mulheres.

Segundo Merhy e Franco (2002), esse perfil está relacionado com o papel de cuidador que a mulher sempre desempenhou na sociedade, sendo responsável pela educação e cuidados às crianças e aos idosos da família, o que contribui para a sua maior credibilidade e sensibilidade perante a comunidade assistida.

As mulheres são, portanto, detentoras de um significativo saber e uma rica prática em saúde que precisam ser considerados pelos profissionais: elas, ao cuidarem de si ou de outros, são as principais presenças populares nos serviços de saúde. Não raras vezes, a aparente apatia e desinteresse que demonstram é sinal de resistência e insatisfação ao modo como são tratadas: uma massa uniforme, carente, sem experiência nas questões de saúde e, portanto, necessitando ser doutrinada (DIAS, 1991).

Ainda de acordo com Lima e Moura (2007), a presença feminina dominante pode ser explicada pela natureza do trabalho no qual a confiança na agente termina sendo maior. A focalização inicial dos programas no pré-natal e em cuidados com recém-nascidos estabeleceu uma relação mais fácil entre as mulheres da comunidade e as agentes.

A predominância de agentes do sexo feminino caracteriza a crescente feminização da força de trabalho nos atos em saúde, que também está presente entre outras profissões, como a enfermagem (GALAVOTE, 2007).

Lunardelo (2004) recorre à gênese da ESF para demonstrar que, desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a contratação de mulheres foi priorizada com o pressuposto de causar um impacto na condição social das mulheres, por meio do trabalho remunerado.

Sendo assim, devido ao maior envolvimento das mulheres com as questões do lar e da saúde, em particular, e por vivenciarem mais de perto os problemas específicos a eles relacionados, embora "leigas", podem ser consideradas um recurso humano cheio de potencialidades para o trabalho como agente de saúde ,agora de toda a comunidade, e não somente da família (SANTOS, 2006).

Tabela 1 - Distribuição dos ACS's por faixa etária em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

Faixa Etária	ACS	
	N	%
19 - 29	32	20,9
30 - 39	65	42,5
40 - 49	37	24,2
50 - 59	17	11,1
≥ 60	2	1,3
Total	153	100

Considerando a variável idade, verifica-se na tabela 1 que 42,5% dos participantes declaram ter entre 30-39 anos de idade, 24,2% possuem entre 40-49 anos, 20,9% estão compreendidos na faixa etária entre 19-29 anos, 11,1% afirmaram ter entre 50-59 anos. Enquanto apenas 1,3% dos ACS's possuem idade ≥ 60 anos.

Os dados apresentados corroboram com os estudos de Silva (2001), Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005), que encontraram o maior percentual de profissionais inseridos na faixa etária entre 30-39 anos. Um dos pré-requisitos do Ministério da Saúde é que tenham idade acima de 18 anos, não sendo estabelecido um limite máximo (BRASIL, 2001b).

Essa predominância na faixa etária adulto jovem, de acordo com Galavote (2007) pode indicar busca da profissão de ACS como uma nova perspectiva de trabalho e melhoria da qualidade de vida, por parte dos jovens da comunidade, principalmente, nos bairros mais carentes.

Segundo Ferraz e Aerts (2005) os ACS's com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, ter mais vínculos e laços de amizade, porém podem ter algumas inimizades ou conflitos com outros moradores. Eles também têm seus próprios conceitos sobre o processo saúde-doença, advindos de experiências próprias ou alheias, podendo ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde em sua comunidade. Por outro lado, os agentes mais jovens não conhecem tão bem a comunidade, seu envolvimento pode ser menor; entretanto, seus conceitos de saúde e doença poderão não ser muito arraigados, estando mais abertos às mudanças e às novidades.

Tabela 2 - Distribuição dos ACS's segundo escolaridade em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

Grau de Escolaridade	ACS	
	N	%
Ensino fundamental completo	2	1,3
Ensino médio incompleto	13	8,5
Ensino médio completo	129	84,3
Superior incompleto	7	4,6
Superior completo	2	1,3
Total	153	100

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se na tabela acima que 84,3% dos ACS's entrevistados possuem ensino médio completo, compreendendo a maior parte da amostra, 8,5% afirmaram ter ensino médio incompleto, enquanto 1,3% possuem ensino fundamental completo. Havia ainda 4,6% dos ACS's que possuíam superior incompleto e 1,3% declararam ter superior completo.

Analisando a variável escolaridade, verifica-se que a maioria dos ACS's dos 10 municípios da Região Metropolitana do Recife que participaram do estudo, tem o ensino médio completo, estando de acordo com o Ministério da Saúde, que passou a exigir, em 2002, como requisitos para exercer essa função, a conclusão do ensino médio (BRASIL. M. S., 2002).

Os dados apresentados são semelhantes aos de Cotta (2006), Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005), Silva (2001) e Assunção (2003), onde em seus estudos, grande parte dos ACS's apresentou ensino médio completo.

Segundo Ferraz e Aerts (2005), no seu estudo em Porto Alegre, todos os agentes comunitários passaram por um processo seletivo, o que acaba se refletindo no nível de escolaridade, pois a maioria apresentava o ensino fundamental completo. No entanto, quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e melhor orientar as famílias sob sua responsabilidade.

O elevado número de ACS's que apresenta o ensino médio completo e até mesmo ensino superior faz refletir altos padrões de escolarização formal, que estão acima dos requerimentos exigidos pelo programa e pelos processos seletivos, a escolaridade primária. Isso pode facilitar o alcance de bons resultados para os

objetivos da função de mediação social exercida pelos agentes, onde as competências associadas à comunicação e a busca e alinhamento das associações simbólicas possíveis centradas no ambiente geográfico onde acontecem são importantes. Representa também a facilitação do processo de profissionalização desses trabalhadores, considerando as perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil, que apontam para a elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional (SANTOS, 2006).

Tabela 3 - Distribuição dos ACS's segundo renda per capita familiar em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

Renda per capita	ACS	
	N	%
≤ 0,5	74	48
0,6 -1,0	54	35
1,1 - 1,5	24	16
1,6 - 2,0	1	1
Total	153	100

A tabela 3 mostra que 48% do total de ACS's entrevistados apresentam uma renda per capita familiar¹ ≤ 0,5 salário mínimo, 35% afirmaram ter uma renda entre 0,6 – 1,0 salário mínimo, enquanto, 16% dos pesquisados declararam ter como renda entre 1,1 – 1,5 salário mínimo e apenas 1% da amostra possuem uma renda per capita familiar entre 1,6 - 2 salários mínimos.

As informações obtidas com relação à variável renda familiar per capita dos ACS's divergem das encontradas no estudo de Ferraz e Aerts (2004), onde mais de 60% da amostra de ACS's apresentavam uma renda per capita familiar entre 1 e 2 salários mínimos, enquanto no presente estudo revelou o maior número de ACS's apresentando uma renda per capita familiar ≤ 0,5 salários mínimos.

Os mesmo autores afirmam ainda que isso os caracteriza como uma população de baixa renda, tendo uma inserção econômica muito semelhante à

¹ A renda per capita foi calculada a partir do somatório dos rendimentos dos membros da família que tem remuneração, dividido pelo total de residentes da casa.

população por eles assistida e que, muitos deles, tem um papel importante na sustentação econômica de suas famílias.

De acordo com Santos (2006), como os agentes comunitários de saúde são recrutados e trabalham no lugar de residência e tendo em vista que o programa priorizou em sua implantação áreas com baixos indicadores sociais e de saúde, era de se esperar que figurassem nesses estratos de renda mais baixa.

Tabela 4 - Distribuição dos ACS's por tempo de trabalho no PACS/PSF em municípios da Região Metropolitana do Recife - 2007.

Tempo de Trabalho	ACS	
	N	%
> 10 anos	48	31
10 – 5 anos	50	33
4,9 - 4 anos	14	9
3,9 – 2 anos	24	16
< 2 anos	17	11
Total	153	100

Segundo a variável tempo de trabalho no PACS/PSF, observa-se que 33% dos ACS's apresentam um tempo de serviço entre 5 – 10 anos, 31% dos profissionais trabalham a mais de 10 anos, 16% dos ACS's dos 10 municípios da região metropolitana do Recife, atuam nos programas entre 3,9 – 2 anos, enquanto 11% afirmaram trabalhar a menos de 2 anos e apenas 9% declararam trabalhar entre 4,9 - 4 anos.

Segundo Schimith e Lima (2004), o tempo acima de 3 anos é importante para o entendimento do papel do agente, que é construído nas suas práticas cotidianas e no seu tempo de permanência e vínculo de contato com a comunidade.

Os resultados citados acima corroboram com os dos autores Galavote (2007), Lima e Moura (2005), onde mais de 60% da amostra de ACS's dos seus estudos trabalham há mais de 3 anos.

De acordo com Ferraz e Aerts (2004), os dados indicam baixa rotatividade desses trabalhadores nos serviços do PSF. Eles ainda recomendam a constatação de que o tempo mínimo de dois anos é indispensável para o conhecimento da comunidade pelo agente. No entanto, ressaltam que a qualidade da relação entre

agente e população é apenas em parte determinada pelo tempo de vivência do profissional, pois a empatia com a comunidade e vice-versa, é demasiadamente importante para a integração desse trabalhador no estabelecimento de vínculo e responsabilização com os usuários do sistema.

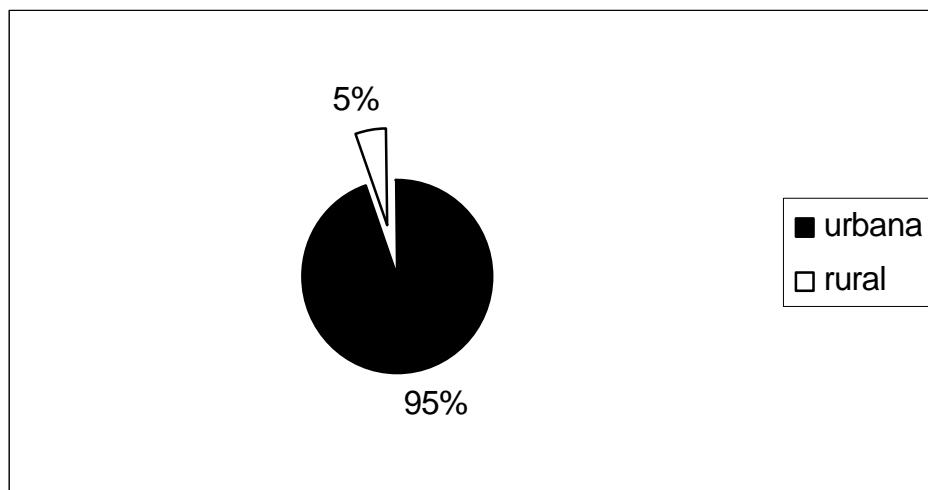


Gráfico 2 - Distribuição dos ACS's segundo área de atuação de trabalho em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

No que refere à área de atuação dos ACS's entrevistados, verificou-se que 95% atuam na área urbana e apenas 5% do total de participantes tem como área de atuação de trabalho a zona rural. De acordo com o IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – (PNAD) Censos Demográficos 1991 e 2000, a Região Metropolitana do Recife no ano 2005 apresenta um grau de urbanização de 97,75%, isso demonstra a aplicação da equidade, visto que 2,25% da população estão sendo assistida por 5 % dos ACS's.

A amostra desta pesquisa foi predominantemente composta por ACS's que atuam na área urbana, o que corrobora com o estudo de Coelho (2002), onde a maior parte dos pesquisados também atuavam nesta área.

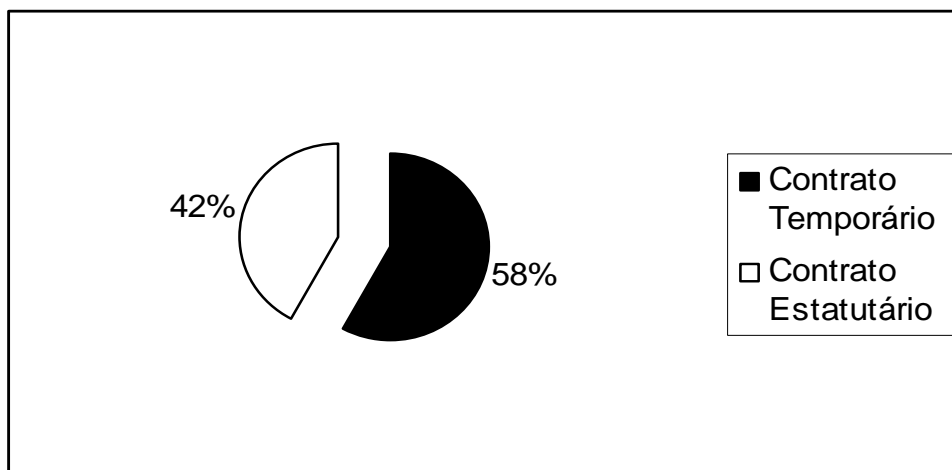


Gráfico 3 - Distribuição dos ACS's por vínculo empregatício em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

Avaliando os resultados obtidos no gráfico 3, observa-se que 58% dos participantes da pesquisa, apresentam contrato temporário como vínculo empregatício com o município e 42% dos ACS's entrevistados, afirmaram ter vínculo empregatício com seu município regido pelo regime estatutário, resultados esses, similares com os de alguns autores, que evidenciam que os contratos temporários são majoritariamente dominantes.

Nogueira, Silva e Ramos (2000) destacam as formas de vinculação dos Agentes Comunitários de Saúde que refletem, em certa medida, as formas de vinculação utilizadas nas contratações pelo Estado: a) estatutário por concurso público; b) contrato pela CLT por prazo indeterminado, através de contrato direto via secretaria municipal ou indireto, via empresa ou via associação; c) cargo comissionado; d) contrato excepcional por tempo determinado. Nessas formas, o trabalhador teria seus direitos trabalhistas garantidos.

Tabela 5 - Distribuição dos ACS's segundo local de residência em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

Local de Residência	ACS	
	N	%
Sua microárea	50	32,9
Área da sua ESF	71	46,7
Área da sua USF	9	5,9
No bairro	19	11,8
Não reside mais no bairro	3	2,0
Fora do município	1	0,7
Total	153	100

Analisando a variável local de residência dos ACS's, verifica-se na tabela 5 que, 11,8% dos entrevistados moram no bairro, em áreas que não pertencem nem a USF onde trabalham. No entanto, considerando o conceito área, residir na área da ESF, observa-se que 79,6% dos ACS's moram na área onde atuam. Havia ainda 2,0% dos ACS's que não residem mais no bairro e 0,7% reside fora do município.

Esses dados são similares aos do estudo realizado por Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005), onde mais de 90% da amostra total dos ACS's do estudo residem no mesmo bairro onde está situada a USF. No entanto os estudos não estão de acordo com o critério preconizado pelo PACS/PSF, onde o ACS deve residir em sua microárea.

De acordo com Santos (2006), a microlocalização do agente em nível da cadeia dos serviços, estando presentes nas menores unidades do sistema – as microáreas – potencializa a fonte de informação e assistência.

Acredita-se que um dado mais sensível da vinculação do ACS com sua comunidade seja a residência em sua microárea de atuação, pois nesses locais as pessoas que residem próximo desenvolvem relações sociais e todos se conhecem. Para ser o elo entre o serviço de saúde e a comunidade, deseja-se que o ACS deva conhecer profundamente as relações sociais que ocorrem e toda a problemática da população de sua microárea (SILVA; SANTOS, 2003).

É de grande relevância que os ACS's residam na microárea que atuam, atendendo assim ao critério estabelecido pelo Ministério da Saúde. Sendo assim,

verifica-se neste estudo que 67% dos ACS's entrevistados ferem frontalmente o recomendado pelo Ministério da Saúde.

Tabela 6 - Distribuição dos ACS's segundo tempo de moradia no local de trabalho em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

Tempo de Moradia	ACS	
	N	%
< 1 ano	9	6
1-2 anos	7	5
3-5 anos	6	4
> 5 anos	130	86
Total	152	100

No que diz respeito aos dados referentes ao tempo de moradia dos ACS's no local de trabalho, há um grande destaque para os ACS's que residem há mais de 5 anos. Na tabela 6, observa-se que 86% dos pesquisados moram no local há mais de 5 anos, representando a maioria da amostra, 6% dos ACS's apresentam um tempo de moradia menor que 1 ano, 5% dos participantes residem no local de trabalho entre 1 e 2 anos, verifica-se assim que 11% dos ACS's não cumprem o recomendado pelo Ministério da Saúde, que é residir na área há pelo menos 2 anos.

É importante ressaltar que a soma dos valores absolutos não chega a 153 ACS's, que é o real valor da amostra, pois de acordo com a tabela 5, um ACS não reside na área de atuação, não sendo possível obter tempo de moradia.

Os dados apresentados são similares aos obtidos nos estudos de Ferraz, Aerts (2005), Frazão, Correia (2006), onde também a maioria dos ACS's moram na área há mais de 5 anos.

Observa-se que a grande maioria dos ACS's tem tempo de permanência maior que 5 anos na comunidade, preenchendo o pré-requisito do Ministério da Saúde, que estabelece que o ACS deva estar morando, no mínimo, há dois anos na comunidade onde trabalha (BRASIL. M. S., 2001).

Ferraz e Aerts (2004), afirmam que é importante esse tempo solicitado como condição necessária para que o agente conheça a comunidade. No entanto, deve-se

considerar que a qualidade da relação do agente com a comunidade é apenas em parte determinada pelo tempo que ali reside, pois depende, sobretudo, de suas características pessoais.

Um dos aspectos do perfil social do ACS - residência na comunidade - pressupõe compartilhamento de valores e interesses sedimentadores de uma identidade coletiva, tendo reflexos na sua prática, já que o território é o âmbito de validade da profissão e de sua atuação (SILVA; SANTOS, 2003).

Esses traços identificadores, incomuns em outros profissionais de saúde, permitem que o ACS possa cumprir a missão básica de execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito da comunidade em que reside e na qual tenha liderança, manifestando solidariedade entre os seus pares (SILVA; SANTOS 2003).

Tabela 7 - Distribuição dos ACS's por número de famílias cadastradas em municípios da Região Metropolitana do Recife - 2007.

Nº de Famílias por ACS	ACS	
	N	%
120-149	28	18,3
150-179	61	39,9
180-199	22	14,4
200-219	22	14,4
≥220	20	13,1
Total	153	100

A tabela acima mostra que 39,9% dos ACS's têm cadastradas entre 150 à 179 famílias, 18,3% declararam assistir entre 120-149 famílias, 13,1% dos pesquisados são responsáveis por mais de 220 famílias, 14,4% dos ACS's dos 10 municípios da região metropolitana do Recife tem entre 180-199 famílias e 14,4% da amostra estudada tem entre 200-219 famílias. Deve-se levar em consideração que hoje o Ministério da Saúde está trabalhando com número de pessoas por ACS.

As informações obtidas nesse estudo, com relação ao número de famílias por ACS, são similares aos resultados encontrados por Ferraz e Aerts (2005), onde os ACS's têm o número de famílias que variam na mesma faixa.

Ainda de acordo com os autores acima, para a maioria dos agentes, não é possível visitar todas as famílias mensalmente, pois o número de famílias é muito elevado, o que determina, segundo os ACS's, priorizarem as famílias, garantindo que as que mais necessitem não fiquem sem acompanhamento adequado. Evidencia-se, assim, a necessidade de readequação da atividade de visitas domiciliares, de acordo com as características da população de cada local, assim como o resgate junto às equipes de saúde do significado e da importância dessa prática para o Programa. É possível que, com a carga de doenças e de necessidades desses grupos populacionais, o número de famílias sob responsabilidade de cada equipe extrapole sua capacidade de resposta, necessitando talvez de um redimensionamento do número de profissionais ou do número de famílias que atuam em cada unidade do PSF.

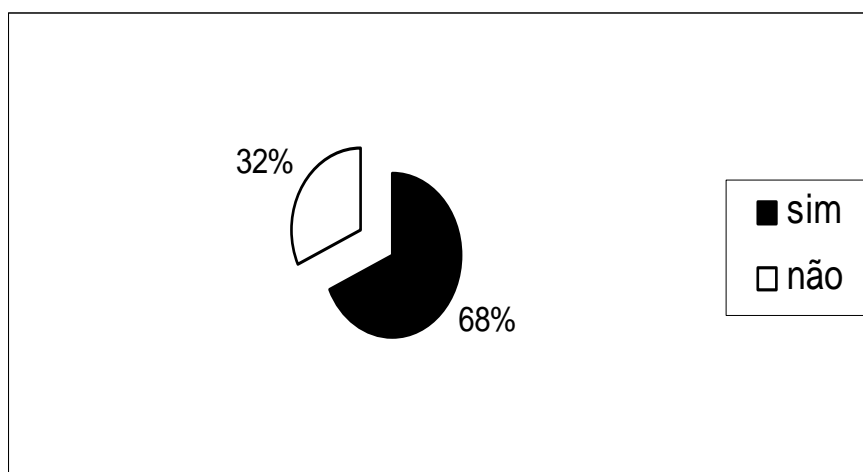


Gráfico 4 - Distribuição dos ACS's que exerciam ou não atividade remunerada antes de trabalhar como ACS em municípios da Região Metropolitana do Recife - 2007.

Segundo o gráfico 4, 68% dos pesquisados exerceram atividade remunerada antes de trabalhar como ACS e 32% não exerciam nenhum tipo de atividade. Foram diversos os tipos de atividades mencionadas pelos ACS's. Segue um quadro apresentando as mais referidas:

Atividades	Nº de ACS	%
Comércio	52	50
Serviços gerais	12	12
Professor	10	10
Auxiliar Adm	11	11
Indústria	7	7
Empregada doméstica	7	7
Do lar	4	4
Auxiliar enfermagem	1	1
Total	104	100

Quadro 9 – Distribuição das atividades realizadas antes de ser ACS em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

Avaliando os resultados encontrados no gráfico 4 e comparando com os dados do estudo de Coelho (2002), pode-se afirmar que eles corroboram no que se refere ao quantitativo de ACS's que exerciam atividade remunerada antes de trabalhar como tal. No entanto, com relação ao tipo de atividade citado pelos participantes, foram similares apenas na atividade de comércio e de professor, pois foram citadas nos dois estudos.

No quadro acima, observa-se que as atividades mais desenvolvidas pelos ACS's são no comércio, sendo 50% da amostra. Vale salientar que apenas 1% dos entrevistados exercia alguma atividade relacionada à saúde.

Sendo assim, identifica-se nas relações prévias de trabalho dos agentes, uma camada diversificada de profissionais, alguns exercendo atividades de forma precária e o predomínio de ocupações que não exigem qualificação formal, onde os exercícios de atividades típicas da área de saúde constituem muito mais uma exceção do que a regra (SANTOS, 2006).

Diante dos resultados apresentados no quadro a seguir, é possível afirmar que era grande o desemprego entre os profissionais, visto que 42,5% declararam que o motivo que mais influenciou na decisão para escolha da profissão de ACS foi à falta de emprego.

Motivo que influenciou você a trabalhar como ACS	Nº de ACS	%
Desemprego	65	42,5
Pretende ser profissional de saúde	26	17,0
Já desenvolvia trabalho comunitário	26	17,0
Admirava o trabalho do ACS	8	5,2
Incentivado por outras pessoas	8	5,2
Trabalhava mas a renda não era suficiente	6	3,9
Experimentar o tipo de trabalho	4	2,6
Trabalhava como ACS ou parteira voluntária	2	1,3
Para ter condições de continuar estudando	1	0,7
Convidada por pessoa da adm. Municipal	1	0,7
Outros Motivos	6	3,9
Total	153	100,0

Quadro 10 - Distribuição dos ACS's por motivo que influenciou na escolha da profissão em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

Pretender ser profissional de saúde e já desenvolver antes trabalho comunitário foi equivalentemente ressaltado por 17% dos ACS's, como motivos que mais pesaram na decisão para a escolha da profissão. Entre outras razões, 5,2% dos participantes consideraram relevante para a escolha o fato de admirar o trabalho do ACS, 5,2% da amostra declarou ter sido incentivado por outras pessoas, enquanto 3,9% dos ACS's apontaram que escolheram a profissão, porque trabalhavam, mas a renda não era suficiente, 2,6% afirmaram querer experimentar o tipo de trabalho, 1,3% tiveram como motivo, já atuarem como ACS ou parteiras voluntárias e 0,7% para ter condições de continuar estudando.

Ser convidado por pessoal da administração municipal foi o motivo de 0,7% dos ACS's para escolher a profissão. Ressaltando ainda que 3,9% escolheram outros motivos para tomar a decisão de ser ACS, dentre esses, 4 foram motivadas pela estabilidade profissional, 1 devido à oportunidade e 1 por gostar de trabalhar com a comunidade.

O desemprego foi o principal fator associado à busca da profissão de ACS pelos participantes deste estudo. Este dado é similar aos encontrados nos estudos de Galavote (2007), Coelho (2002), Barcellos, Pandolfi e Miotto (2006), onde a falta de opção de trabalho levaram os ACS's a escolherem a profissão.

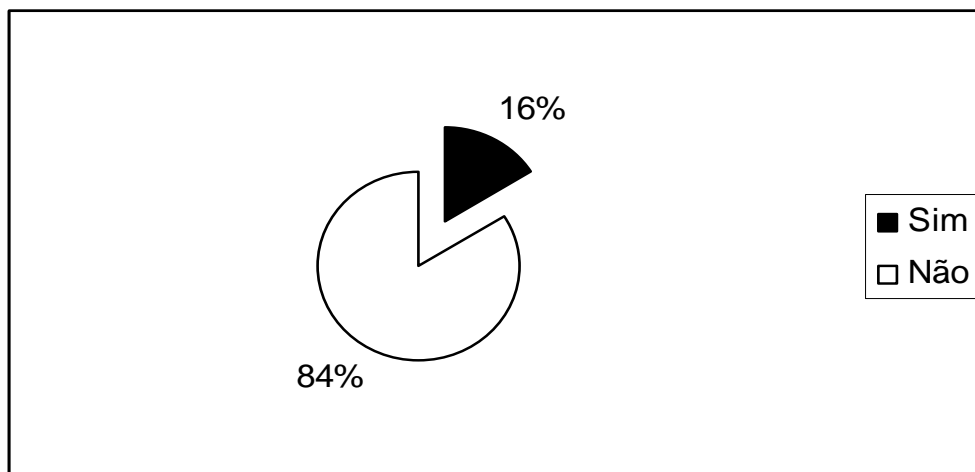


Gráfico 5 - Distribuição dos ACS's que atualmente continuam desempenhando outro tipo de atividade em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

Considerando a inserção dos ACS's em outro tipo de atividade, pode-se constatar que 84% dos participantes da pesquisa não estão inseridos em outro tipo de atividade e 16% dos ACS's, afirmaram exercer outro tipo de atividade, o que difere do estudo realizado por Coelho (2002), onde mais de 50% dos ACS's exerciam outra atividade. É importante levar em consideração o tempo dos estudos e os municípios onde os mesmos ocorreram. Vale ressaltar ainda que os 16% dos ACS's que declararam exercer outra atividade, afirmaram que são autônomos, isto é, trabalham por conta própria.

Ainda segundo Coelho (2002), o critério de disponibilidade de tempo integral, diante da carga horária semanal de oito horas diárias, exclui as possibilidades de exercício de outra atividade remunerada, resultando em dedicação exclusiva. Por outro lado, o fato de morar na comunidade expõe o ACS a ser solicitado a trabalhar fora do horário convencional, ou seja, a qualquer hora da noite, aos sábados, domingos e feriados, por requisição da comunidade.

Analisando as informações, verifica-se a probabilidade do não cumprimento dos pré-requisitos recomendados pelo Ministério da Saúde, já que o trabalho de ACS implica em 8 horas diárias e neste estudo foram encontrados ACS's, exercendo outra atividade, favorecendo assim ao não cumprimento das atividades por parte dos profissionais e, conseqüentemente, levando a um comprometimento na assistência à população.

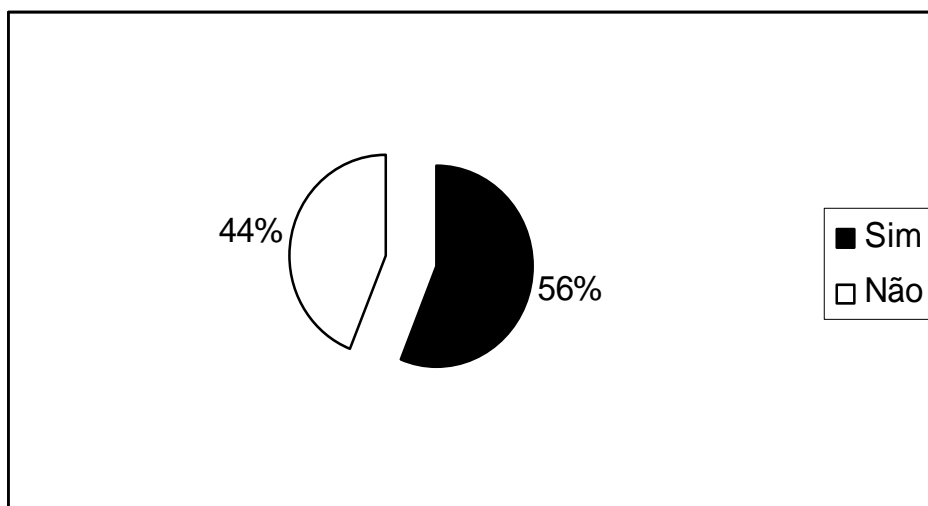


Gráfico 6 - Distribuição dos ACS's segundo participação em atividades e instituições na comunidade antes da profissão em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

No que refere a participação dos ACS's em atividades e em instituições na comunidade antes de iniciar a profissão, verifica-se que 56% dos ACS's participavam de atividades e de instituições comunitárias e que 44% afirmaram não desenvolver nenhum tipo de atividade na comunidade. As atividades mais referidas pelos ACS's foram: participação em grupos de igreja, associação de moradores e clube de mães. Esses dados são consistentes com os do estudo de Coelho (2002), onde quase 50% da sua amostra também participavam de atividades e/ou instituições na comunidade, estando ela distribuída nos grupos de igreja e associações de moradores.

De acordo com Coelho (2002), a participação do ACS no Brasil está marcada pelo trabalho político nas pastorais da Igreja Católica, o qual serviu de inspiração à inclusão do ACS no SUS. Atualmente, diversas igrejas têm se multiplicado nas comunidades mais pobres. A adesão a essas igrejas tem se caracterizado pela busca do apoio emocional, através da religião e ajuda material, onde se estabelecem relações de irmandade.

Os grupos de igrejas foram o canal de participação mais citado pelos ACS, embora a participação não se dê a partir do desenvolvimento de uma consciência política com fins de transformação, sua validade não pode ser negada, pois, no trabalho desses grupos, configuram-se características de liderança e solidariedade, presentes no perfil *sui generis* do ACS.

Segundo Silva e Santos (2003), os processos seletivos futuros devem levar em conta a capacidade dos candidatos de estarem vinculados de fato à sua comunidade, sendo lideranças efetivas, pois o ACS precisa ter capacidade de liderança, iniciativa e possibilidade de mobilização para a luta por melhores condições de vida e saúde.

Sendo assim, a vinculação do ACS com as pessoas e grupos institucionais ou não institucionais de sua comunidade é importante como forma de construir redes sociais de apoio para o desenvolvimento de seu trabalho, pois este nem sempre trata de questões de saúde tão diretamente. Conhecendo as pessoas do bairro é a forma que o agente tem de fazer o elo entre o serviço de saúde e os moradores da comunidade. Conhecendo as pessoas é possível diagnosticar seus problemas de saúde, os riscos ambientais, ocupacionais e sociais a que elas estão expostas e com isso, juntamente com a equipe de saúde, planejar atividades de promoção, prevenção e reabilitação em saúde (SILVA; SANTOS, 2003).

Observou-se que a maioria dos ACS's tem fraca participação nos grupos institucionais citados. Esperava-se que essa participação fosse maior, visto que são nesses locais que se discutem questões ligadas diretamente a sua atividade, como por exemplo, no Conselho Local de Saúde, onde se discutem e se buscam melhores condições de saúde para a comunidade local.

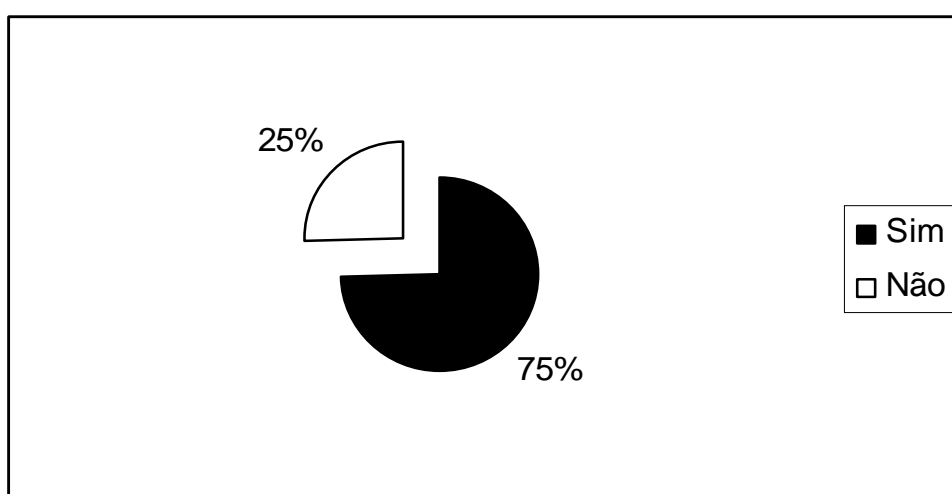


Gráfico 7 - Distribuição dos ACS's de acordo com a contribuição do curso nas suas atividades diárias em municípios da Região Metropolitana do Recife - 2007.

Ressalta-se que todos os ACS's entrevistados fizeram o curso de formação oferecido pela ETESPE, após a promulgação da emenda constitucional. No entanto, quando foram perguntados se as informações obtidas durante o curso contribuíram para o desenvolvimento de suas atividades no cotidiano, 75% afirmaram que os assuntos abordados favoreciam no desempenho de suas atividades e 25% declararam que não contribuiu.

Esses resultados corroboram com os do estudo de Santos (2006), onde o contingente de ACS que teve preparação para o trabalho foi alto e mais de 50% dos ACS declararam que o treinamento atendeu às necessidades oriundas da prática, havendo correspondência entre os conteúdos abordados e as tarefas a serem desempenhadas.

Sendo assim para Silva e Santos (2003), a profissão de ACS tem alguns condicionantes restritivos censitários – residência no local onde irá atuar – e de formação – conclusão de curso de qualificação básica. A sua atuação, antes intensiva em ações voltadas para o foco materno-infantil, atualmente envolve competências para ações no apoio às famílias e coletivos sociais, além de concentrar atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças ou pela mobilização de recursos e práticas sociais para intervenção no campo político e social numa micro-área de ação.

5.2 Descrições das atribuições realizadas pelos ACS's de 10 municípios da Região Metropolitana do Recife

Quanto às atividades realizadas pelos ACS's, foi pesquisado o que eles fazem na rotina do dia-a-dia. Os resultados estão apresentados em blocos, semelhante à forma do instrumento utilizado na entrevista. Inicialmente mostram-se atividades como imprescindíveis ao trabalho do ACS, aqui chamadas atividades de conhecimento da área. Em seguida atribuições relacionadas aos grupos: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde do idoso e atividades diversas. Os gráficos mostram o quantitativo de questões que cada bloco contém, analisando, portanto, o número de atividades cumpridas pelos ACS's em cada bloco. Posteriormente nas tabelas é feita uma análise mais detalhada,

considerando todas as atividades, que compõem cada bloco, revelando o percentual de cumprimento de cada atividade.

Os gráficos e tabelas abaixo descrevem, se há ou não, o cumprimento por parte dos 153 ACS's dos 10 municípios da Região Metropolitana do Recife, de acordo com as atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde.

I Bloco - Atividades de conhecimento da área

No bloco referente às atividades de conhecimento da área são consideradas quatro questões dentre elas: trabalhar com adscrição de famílias, cadastrarem as pessoas e manter esses cadastros atualizados, orientar às famílias quanto à utilização dos serviços de saúde e o acompanhamento de todas às famílias por meio de visita domiciliar de acordo com necessidades definidas pela equipe.

No gráfico 8, observa-se que apenas 30% dos ACS's afirmaram que realizam todas as atividades previstas, em seguida 42% da amostra declarou cumprir três das atividades existentes no bloco, 21% realizam duas das quatro atividades e 7% cumprem apenas uma das atividades.

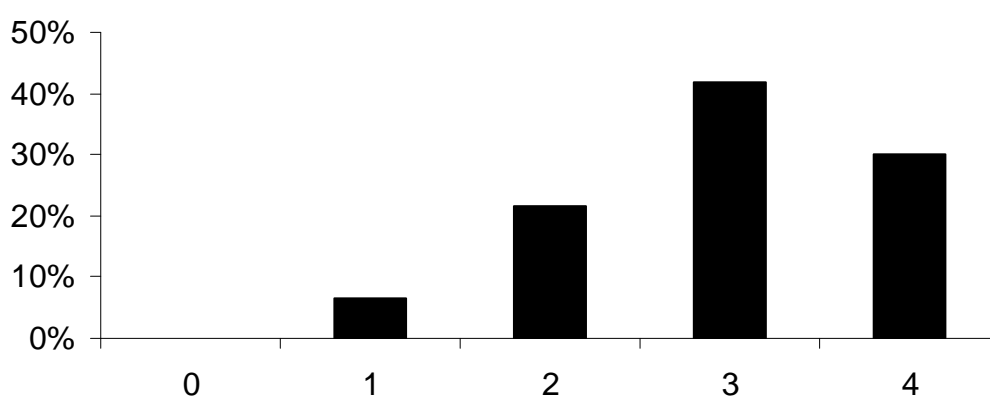


Gráfico 8 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas no bloco de atividades de conhecimento da área. Recife - 2007.

Considerando as atividades básicas realizadas pelos ACS's, observa-se na tabela 8, que 98,1% trabalham com adscrição de famílias em base geográfica definida. Avaliando o resultado obtido, verifica-se a grande importância dessa atribuição, pois é a partir dessa adscrição das famílias que os ACS's iniciam seu processo de trabalho, identificando qual sua área de atuação. No que refere a cadastrar e manter os cadastros atualizados é importante afirmar que todos os ACS's cadastram, no entanto, apenas 78,4% da amostra mantêm os mesmos atualizados, 68,6% dos entrevistados, orientam famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.

É importante salientar que todos os entrevistados afirmaram acompanhar, por meio de visita domiciliar, famílias e indivíduos. No entanto, 47,7% dos ACS's, declararam que fazem o acompanhamento, de acordo com as necessidades definidas pela equipe e 52,3% ressaltaram que não realizam as visitas de acordo com as necessidades da equipe, utilizando critérios próprios para cumprir esta atividade, tais como: visitar na seqüência do número de família, ou na seqüência das ruas.

Tabela 8 - Distribuição dos ACS's por atividades de conhecimento da área desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Trabalha com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea	151	98,7	2	1,3
Cadastra todas as pessoas e mantém os cadastros atualizados	120	78,4	33	21,6
Orienta famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis	105	68,6	48	31,4
Acompanha, por meio de visita domiciliar, famílias e indivíduos, de acordo com as necessidades definidas pela equipe	73	47,7	80	52,3

Analisando os dados apresentados, observa-se que quase todos os ACS's, trabalham com adscrição de famílias em base geográfica definida, o que está de

acordo com os documentos oficiais do Ministério da Saúde, pois é necessário que seja feita essa adscrição para assim o profissional dar início às suas atividades.

É importante ressaltar que a atividade de cadastrar todas as pessoas e manter os cadastros atualizados deve ser cumprida por todos os ACS's, pois a contínua atualização dos dados pelo profissional permite o bom conhecimento das famílias e de suas condições de vida, facilitando o planejamento das ações necessárias, em conjunto com a comunidade. É através do cadastramento que ele fica sabendo onde há pessoas que requerem maior atenção.

A visita domiciliar é uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para o agente comunitário e também foi a mais referida no presente estudo. Torna-se necessário salientar que a visita domiciliar é a base de todas as outras atividades, pois é por meio dela que o ACS melhor conhece as necessidades das famílias e, principalmente, desenvolve o trabalho educativo (BRASIL. M. S., 2001).

Evidencia-se que este estudo corrobora com os de vários outros autores, como: Silva e Santos (2003), Ferraz e Aerts (2005) e Galavote (2007), onde uma das atividades mais realizadas por parte dos ACS's é o acompanhamento das famílias por meio da visita domiciliar. Esta é um instrumento ideal para a educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família. As orientações não estão prontas, pois cada casa apresenta uma realidade e é baseada nessa realidade que acontece a troca de informações (FERRAZ; AERTS, 2005).

Segundo o relato de um agente, no estudo de Ferraz e Aerts (2005), muitas vezes as pessoas não percebem seus problemas. No entanto, durante uma visita domiciliar é possível observar as condições do pátio, da casa e iniciar uma conversa sobre questões de saúde. Nessas ocasiões, o agente tem a oportunidade de identificar problemas e orientar, sobre cuidados em saúde.

O fato do maior número de ACS's se dirigirem aos domicílios onde não há prioridades, ou seja, onde não há critérios definidos pela equipe, pode transformar a visita domiciliar, que é um instrumento eficiente para propiciar e desencadear ações promocionais e preventivas nas famílias, em uma atividade social com pouca resolutividade, já que deveria se visitar primeiro aqueles que têm mais riscos associados e, não o contrário como vem ocorrendo (SANTOS, 2006),

Assunção (2000) ao estudar a visita domiciliar, realizada pelo ACS no contexto do PSF, revela preocupações, ao concluir que foi possível detectar falta de seqüência lógica para o seu desenvolvimento.

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 por parte dos seus supervisores e até de maior preparação dos próprios ACS's para seu desenvolvimento.

II Bloco - Saúde da Mulher

As atividades referentes à saúde da mulher foram divididas em duas partes, uma referente à saúde mulher e outra referente à saúde da mulher gestante. No que refere à saúde da mulher foram consideradas cinco atividades que devem ser cumpridas pelos ACS's. Sendo assim, observa-se no gráfico 9, que apenas 10% dos entrevistados cumprem todas as atividades, 29% realizam duas das atividades existentes no bloco, enquanto 5% dos ACS's não realizam nenhuma das atividades.

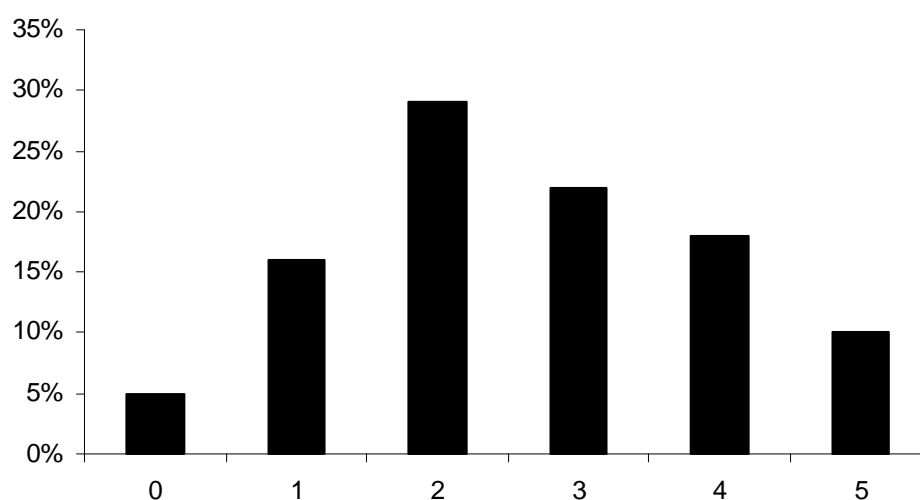


Gráfico 9 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas em saúde da mulher Recife - 2007.

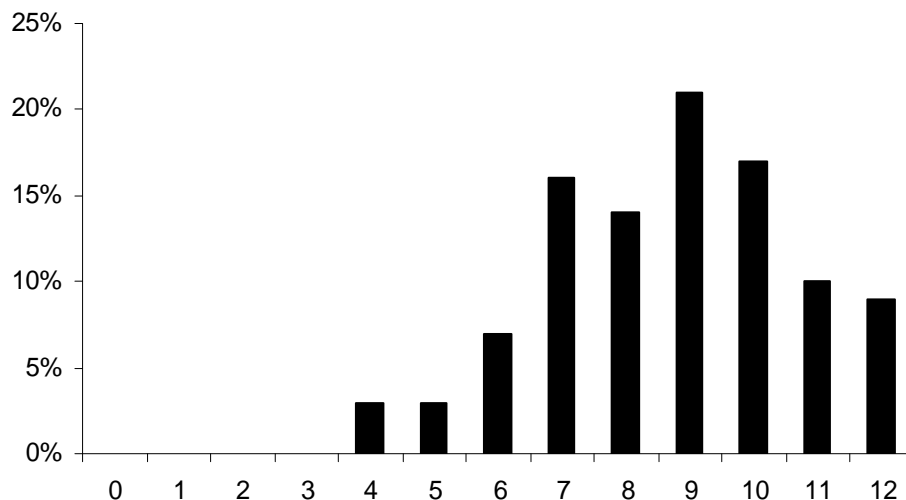


Gráfico 10 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas na saúde da mulher gestante Recife - 2007.

Considerando doze atividades que devem ser cumpridas pelos ACS's no seu trabalho diário no que refere à saúde da mulher gestante. Verifica-se no gráfico 10, que apenas 9% dos ACS's realizam todas as atividades que compõem o bloco, 21% dos pesquisados desenvolvem nove atividades e apenas 3% cumpre quatro atividades.

No que refere à saúde da mulher, observa-se na tabela abaixo que, 71,2% dos ACS's realizam busca ativa das mulheres para realização do exame preventivo cérvico-uterino, sendo esta a atividade mais desenvolvida no que refere à mulher. 52,3% afirmaram que monitoram as mulheres de sua microárea quanto à realização anual do preventivo de Câncer Cérvico-Uterino, 60,1% da amostra, declararam que orientam quanto ao exame de mama, 49,7% orienta quanto as DST's e apenas 35,9% dos entrevistados orientam quanto ao planejamento familiar. É importante salientar que os 64,1% dos ACS's que não orientam quanto ao planejamento familiar, afirmaram que são os enfermeiros que realizam essa atividade.

Observa-se que a gestante é a condição mais priorizada pelos ACS's na abordagem à saúde da mulher, chegando a 90% ou mais de realização das principais atividades.

Tabela 9 - Distribuição dos ACS's por atividades de saúde da mulher desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Busca ativa para realização do exame preventivo cérvico-uterino.	109	71.2	44	28.8
Monitora à realização anual do preventivo de Câncer Cérvico-Uterino	80	52.3	73	47.7
Orienta quanto ao exame de mama	92	60.1	61	39.9
Orienta quanto as DST 's	76	49.7	77	50.3
Orienta quanto ao planejamento familiar	55	35.9	98	64.1
Gestantes				
Identificação das gestantes	152	99.3	1	0.7
Cadastra as gestantes através da ficha B	87	56.9	66	43.1
Atualiza mensalmente a ficha B-GES	82	53.6	71	46.4
Acompanhamento através do cartão da gestante	141	92.2	12	7.8
Faz visitas domiciliares	152	99.3	1	0.7
Monitoramento da vacinação	131	85.6	22	14.4
Identificação de fatores de risco	72	47.1	81	52.9
Avaliação do estado nutricional	69	45.1	84	54.9
Orienta e encaminha para realização do pré-natal na US	151	98.7	2	1.3
Estímulo ao aleitamento materno	117	76.5	36	23.5
Realiza visita de puerpério	135	88.2	18	11.8
Desenvolve atividades de educação em saúde	45	29.4	108	70.6

Considerando as atividades dos ACS's com as gestantes, verifica-se na tabela 9, que quase todos os entrevistados fazem a identificação das gestantes e realizam as visitas domiciliares nesse grupo, enquanto apenas 56,9% dos ACS's mencionaram que cadastram as gestantes de sua área de trabalho através da ficha B e apenas 53,6% atualizam as fichas.

Sendo assim a partir da análise dos resultados pode-se dizer que os ACS's identificam as suas gestantes, no entanto nem todos fazem uso da ficha B para cadastrá-las. Segundo relato de alguns ACS's, eles utilizam instrumentos, como um livro preto, onde são colocadas todas as informações necessárias da gestante. É importante salientar que a utilização da ficha B gestante é um instrumento que serve como guia e que facilita o acompanhamento mensal.

O acompanhamento de todas as gestantes através do cartão da gestante é feito por 92,2% dos ACS's dos dez municípios da Região Metropolitana do Recife, enquanto 85,6% realizam monitoramento das vacinas. Quanto à identificação de fatores de risco, apenas 47,1% declaram que fazem, 45,1% dos trabalhadores realizam avaliação do estado nutricional, 98,7 orientam e encaminham as gestantes às US para acompanhamento do pré-natal, 76,5% estimulam as gestantes quanto ao aleitamento materno. No que refere à visita do puerpério, 88,2% dos ACS's realizam e apenas 29,4% relataram que desenvolve atividades de educação em saúde.

No que refere à saúde da mulher, observa-se na tabela 9 que os ACS's não têm como prioridade atividades de extrema importância para o seu dia-a-dia como as apresentadas acima, principalmente quanto ao planejamento familiar. Segundo grande parte dos ACS's é uma atividade que é desenvolvida pelos supervisores.

A incidência de problemas ginecológicos como as doenças sexualmente transmissíveis, transtornos menstruais, câncer ginecológico e problemas decorrentes do aborto ou uso inadequado de contraceptivos apontam áreas necessitadas de urgente atenção no cuidado da saúde da mulher que refletem, inclusive, na mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer e no estado de saúde da infância. Em vista destes fatos, seria necessário desenvolver um agente de saúde que buscasse ativamente o contato com a população a ser atendida e acompanhasse regularmente a clientela prioritária, sendo capacitado para promover ações preventivas, realizar algumas medidas curativas simples e identificar precocemente os problemas mais graves (GIFFIN; SHIRAIWA, 1989).

Vale salientar que a saúde da mulher é considerada pelo Ministério da Saúde como uma área temática estratégica que busca a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde e a redução da morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal (BRASIL. S. A. B., 2003). Sendo assim, é necessário o cumprimento por parte dos ACS's das atividades voltadas para saúde deste grupo.

Diante das atribuições elencadas no que refere às gestantes, observa-se que não há um desempenho de todos os ACS's em atividades de grande importância como o estímulo ao aleitamento materno, orientação e encaminhamento ao pré-natal, além de monitoramento da vacinação, identificação de fatores de risco e avaliação do estado nutricional.

Visto que as reduções das taxas de morbimortalidade materna e infantil dependem, significativamente, da avaliação da assistência de pré-natal e que uma assistência pré-natal adequada e sua interação com os serviços de assistência ao parto são fundamentais para obtenção de bons resultados da gestação. Torna-se necessário que as atividades referentes às gestantes sejam incorporadas e cumpridas por 100% dos ACS's na sua rotina diária, favorecendo assim a população assistida e conseqüentemente levando a redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1989), o aleitamento materno é um modo insubstituível de fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudáveis de lactentes. As propriedades anti-infecciosas do leite materno ajudam a proteger as crianças contra doenças. Por essas razões, profissionais em estabelecimentos de saúde devem fazer todos os esforços para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno e para fornecer a gestantes e puérperas conselhos objetivos e coerentes sobre este assunto. Idealmente, todos os agentes de saúde com quem as gestantes e puérperas entram em contato deveriam estar comprometidos com a promoção do aleitamento materno e ser capazes de fornecer informações apropriadas, assim como de demonstrar conhecimento prático do manejo do aleitamento.

Espera-se que, em municípios onde há cobertura dos programas PACS/PSF e onde o trabalho dos ACS's é cumprido efetivamente, haja uma melhoria dos indicadores, como redução da mortalidade infantil e o aumento da cobertura do pré-natal, a ampliação do atendimento nas Unidades de Saúde, além de um maior acompanhamento dos problemas de saúde da população

III Bloco - Saúde da Criança

As atividades pesquisadas relativas à saúde da criança incluem um bloco composto por treze atividades, cujos resultados são apresentados no gráfico abaixo, de acordo com o número de respostas positivas. Verifica-se que apenas 1% dos participantes do estudo realizam as treze atividades. 21% dos ACS's cumprem nove atividades, em seguida, 19% afirmaram realizar oito do total de atribuições que compõem este bloco. É provável que o desempenho das atribuições referente ao bloco saúde da criança não seja tão defasado, por conta da cultura do início dos programas que era mais voltado para saúde materno infantil.

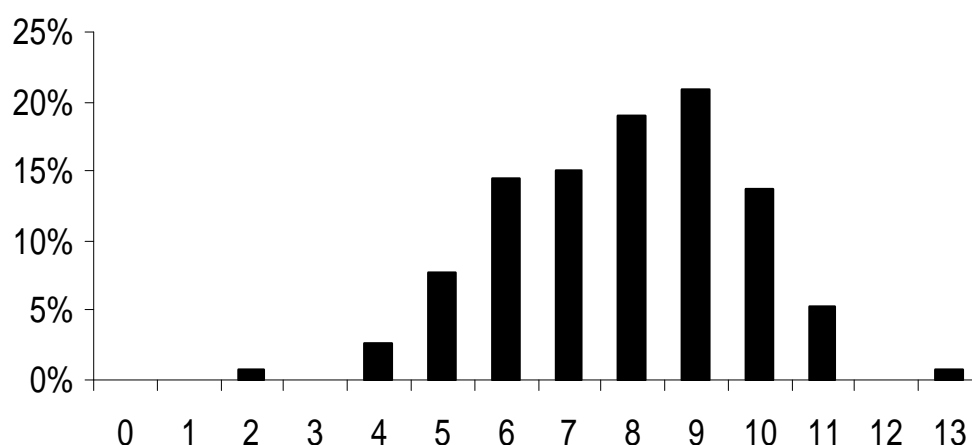


Gráfico 11 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas no bloco de saúde da criança. Recife – 2007.

Avaliando os resultados apresentados na tabela 10, verifica-se que, de todas as atividades pesquisadas, a que é mais realizada por parte dos ACS's é a identificação de nascidos vivos no mês, que é feita por 99,3% da amostra, 86,9% fazem a identificação de nascidos vivos com baixo peso, a cópia do cartão criança (cartão espelho) é feita por 64,1% dos ACS's estudados, enquanto apenas 11,8% orientam as mães com relação ao registro civil.

A maioria dos ACS's, 98,7% declarou que acompanha os bebês, orienta as mães e incentiva a vacinação, acompanhando o esquema vacinal através do cartão da criança, 77,1% estimulam ao aleitamento exclusivo.

As atividades de pesar e medir os bebês chama atenção pelo baixo percentual de realização dessas funções por parte dos ACS's entrevistados, visto que apenas 17% afirmaram que pesavam as crianças e 4,6% declararam medir, a identificação dos bebês com diarreia e orientação quanto o uso do SRO é realizada por 81% da amostra estudada. Já a Identificação dos bebês com IRA e encaminhamento às USF, além da orientação a família sobre o tratamento é feita por 67,5% dos ACS's, enquanto 62,7% acompanham as crianças desnutridas e orientam as mães sobre a alimentação e apenas 18,3% dos pesquisados desenvolvem atividades educativas.

Tabela 10 - Distribuição dos ACS's por atividades de saúde da criança desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Identificação de NV no mês	152	99.3	1	0.7
Identificação de NV com baixo peso	133	86.9	20	13.1
Cópia do cartão da criança	98	64.1	55	35.9
Orienta quanto ao registro civil	18	11.8	135	88.2
Acompanha os bebês e orienta as mães.	151	98.7	2	1.3
Estimulo ao aleitamento exclusivo	118	77.1	35	22.9
Pesa os bebês	26	17.0	127	83.0
Mede os bebês	7	4.6	146	95.4
Incentiva a vacinação e acompanha o esquema vacinal	151	98.7	2	1.3
Identifica os bebês com diarreia e orienta o uso do SRO	124	81.0	29	19.0
Identifica os bebês com IRA e encaminha às USF, orientando a família sobre o tratamento	103	67.5	50	32.7
Acompanha as crianças desnutridas e orienta as mães sobre a alimentação	96	62.7	57	37.3
Desenvolve atividades educativas	28	18.3	125	81.7

Os resultados da tabela 10 mostram similaridade no que refere às atividades realizadas pelos ACS's no estudo de (GIFFIN; SHIRAIWA, 1989) que são: acompanhamento bimensal do peso; identificação e encaminhamento de casos suspeitos de desnutrição; controle do estado de imunização; orientação para o aleitamento; orientação para o tratamento de diarréias com TRO; identificação, orientação e/ou encaminhamento de problemas comuns, tais como infecções respiratórias, doenças de pele, verminose, catapora, febre, piolho, coqueluche e sarampo.

De acordo com Svitone et al. (2000), estudo sobre o trabalho dos chamados ACS's do Ceará, iniciado em 1987, demonstrou redução da mortalidade infantil, aumento da utilização de soro de reidratação oral durante episódios de diarréia nos primeiros anos de vida e aumento da cobertura vacinal básica completa em crianças.

Em estudo sobre o trabalho da ESF e conseqüentemente do desenvolvimento das atividades dos ACS's em Iguatu, observou-se redução de mortalidade infantil, melhoria nos níveis de aleitamento materno e índice de vacinação de 100% (FRANKLIN, 1999). Mostrando assim o elo entre o desempenho das atribuições dos ACS's e a melhora nos indicadores de saúde.

Ressalta-se que nem todos os ACS's estimulam quanto ao aleitamento exclusivo e a Organização Mundial de Saúde (1989) acredita que as práticas de cuidados de saúde, particularmente aquelas dirigidas às mães e recém-nascidos, estão entre os muitos fatores que afetam a iniciação e o estabelecimento normais do aleitamento. Sendo assim destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação. Os motivos para isto incluem a predisposição de agentes de saúde para promoverem comportamentos que favoreçam a saúde, a própria natureza e função dos estabelecimentos de saúde e o fato de que são necessários poucos recursos adicionais, além da boa vontade, para manter ou introduzir rotinas e procedimentos adequados.

Sabendo da importância do cumprimento por parte dos ACS's, das atividades como: pesar e medir as crianças, acompanhar vacinação, orientar quanto ao uso de soro caseiro, identificar bebês com IRA, verifica-se nesse estudo que essas atividades não são desempenhadas na sua totalidade, por todos os ACS's entrevistados.

Sendo assim, é importante afirmar que pesar e medir uma vez por mês as crianças e registrar a informação no cartão de acompanhamento é um controle que permite detectar, por exemplo, a presença de deficiências nutricionais que interferem no crescimento e desenvolvimento. Darem orientação para evitar infecções respiratórias agudas, que podem evoluir para uma pneumonia; além de orientar a família em relação ao uso do soro de reidratação oral e a adoção de medidas de prevenção de diarreias, como estratégias para evitar quadros de desidratação, são atividades que se os ACS's junto ao serviço local e a comunidade, concentrarem suas ações e desenvolverem em seu cotidiano melhoram consideravelmente o quadro de saúde da população infantil. No entanto, no presente estudo, verifica-se que o percentual de ACS's que realizam algumas atividades do bloco saúde da criança é relativamente baixo.

No que refere ao desenvolvimento das atividades educativas, observa-se que o número de ACS's que tem incorporado no seu cotidiano essas atividades é baixíssimo. No entanto, sabe-se da grande importância e dos benefícios que o desenvolvimento dessa atribuição pode trazer à população, pois são ações imprescindíveis para evitar que problemas relativamente simples se repitam e se agravem, prejudicando a sobrevivência e desenvolvimento da população infantil.

IV Bloco – Saúde do Adolescente

Este bloco pesquisou seis atividades que deveriam ser realizadas pelos ACS's. O gráfico abaixo evidencia a incipiente relação dos ACS's com as atividades que envolvem a saúde do adolescente. Verifica-se que 26% dos entrevistados não realizam nenhuma das atividades presentes no bloco, 33% cumprem pelo menos duas das atividades e nenhum dos ACS's entrevistados dos 10 municípios da região metropolitana do Recife realizam as seis atividades elencadas no bloco.

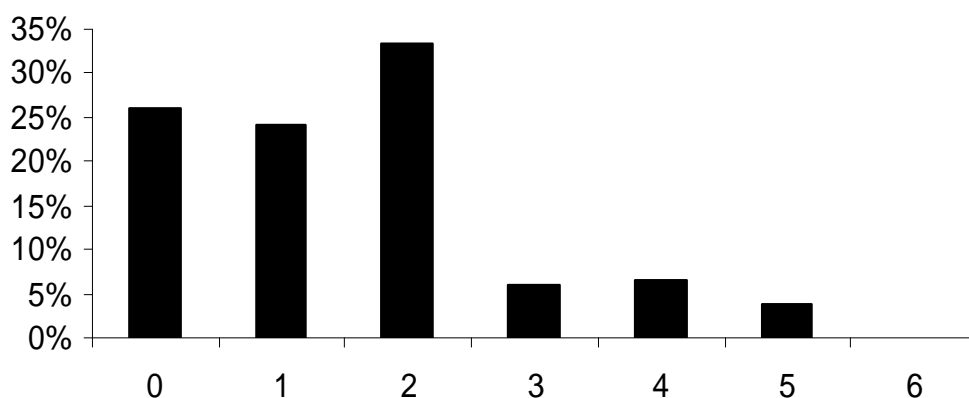


Gráfico 12 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas no bloco de saúde do adolescente Recife - 2007.

Na tabela 11, constata-se que as atividades relacionadas à saúde do adolescente não estão sendo priorizadas pelos ACS's, observa-se que há majoritariamente um predomínio da atividade referente à orientação quanto risco de gravidez e métodos contraceptivos, sendo realizada por 60,1% dos pesquisados.

Tabela 11 - Distribuição dos ACS's por atividades de saúde do adolescente desenvolvidas em municípios da região metropolitana do Recife - 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Orienta quanto a DST's/ HIV/ AIDS	80	52.3	73	47.7
Orienta quanto ao uso de drogas	23	15.0	130	85.0
Identifica e orienta situações de violência (doméstica, sexual e urbana).	15	9.8	138	90.2
Orienta quanto ao risco de gravidez e métodos contraceptivos	92	60.1	61	39.9
Orienta quanto à saúde bucal	5	3.3	148	96.7
Desenvolve atividades de educação em saúde	23	15.0	130	85.0

Em seguida, verifica-se que 52,3% dos entrevistados orientam quanto a DST's/ HIV/ AIDS. A orientação quanto ao uso de drogas e o desenvolvimento de

atividades de educação em saúde são cumpridas equivalentemente por 15% dos ACS's. Quanto à orientação de saúde bucal nota-se, que é muito baixo o número de entrevistados que afirmaram desempenhar esta atividade, apenas 3,3 % do total de ACS's.

De acordo com o relato dos ACS's, existe uma dificuldade em trabalhar com este grupo, devido a diversos fatores, que vão desde: a não aceitação das conversas, ou seja, orientações por parte de uma pessoa da própria comunidade, até o fato dos jovens da comunidade estar envolvidos com as situações de risco, levando assim a uma intimidação constante e dificultando o trabalho do ACS.

Observa-se nos resultados apresentados acima que é muito baixo o trabalho de desenvolvimento de atividades de educação em saúde por parte dos ACS's entrevistados. Sendo as diversas atividades citadas bastante dependentes do desenvolvimento das atividades educativas, verifica-se a fragilidade do trabalho com relação ao grupo de adolescentes.

Visto que um grande percentual de ACS's não desempenha as atividades voltadas à saúde do adolescente, os dados obtidos vão de encontro, por exemplo, ao que é definido pelo Ministério da Saúde, que ao longo do tempo vem definindo estratégias que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos adolescentes, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos (BRASIL. S. A. S., 2000).

Neste sentido, destaca-se o papel do agente multiplicador de informações preventivas ao uso abusivo de drogas nas comunidades, exercido pelos ACS's, realizando um canal de comunicação entre a população e os gestores em saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

De acordo com Araújo (2006), com relação às ações de prevenção ao uso indevido de drogas atualmente propostas pelo Ministério da Saúde, pode-se citar o PSF, como um catalisador de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas com problemas relacionados às drogas, de forma integral e contínua. Desta forma, é necessário investir em ações que procurem uma formação diversificada e consistente para toda a equipe do PSF, com relação aos elementos determinantes do processo saúde/doença.

Convém ressaltar que é muito baixo o percentual de ACS's que desempenham as atividades de orientação à saúde bucal junto aos adolescentes e que de acordo com os documentos oficiais do Ministério da Saúde, 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, tendo que mostrar a saúde bucal e sua importância para a saúde geral do indivíduo, ou seja, como ocorrem e são prevenidas as principais doenças bucais. Torna-se, portanto necessária uma intervenção preventiva em saúde bucal pelos ACS's, respaldada no conhecimento científico, com o intuito de educar para prevenir, produzindo assim impacto positivo no âmbito da prevenção, por meio do monitoramento de forma contínua e regular.

É importante salientar que o afastamento do ACS e a difícil incorporação do seu trabalho na saúde bucal, pode se dá por diversos fatores, dentre eles: o recente trabalho do ACS junto a equipe de saúde bucal, além dos trabalhos de prevenção e promoção muitas vezes serem desenvolvidos pelos auxiliares de consultório dentário e técnicos de higiene dentário, o que dificulta assim a inserção e a participação do ACS nas atividades voltadas a saúde bucal em geral.

V Bloco – Saúde do Adulto

Considerando-se que neste bloco estão contidas atividades de promoção e prevenção a este grupo, englobando diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase, os gráficos e tabelas serão analisados separadamente, objetivando facilitar a compreensão.

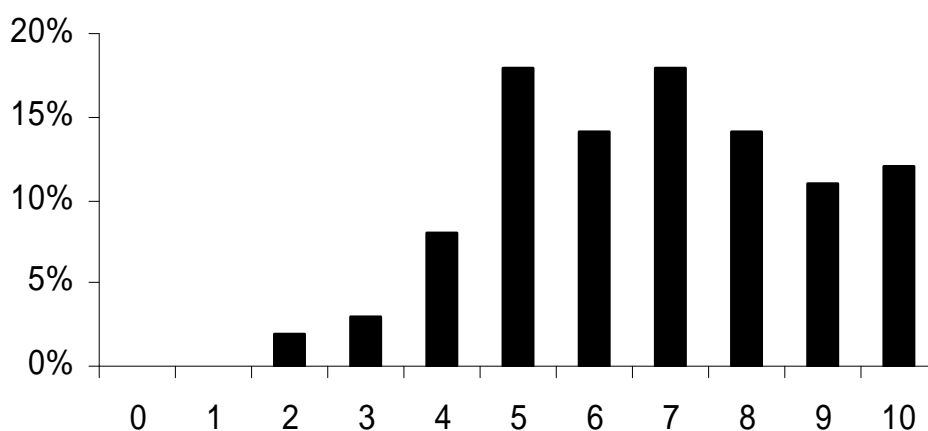


Gráfico 13 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas referentes à diabetes Recife - 2007.

Foram consideradas dez atividades em relação à diabetes, observa-se que apenas 12% dos profissionais entrevistados realizam as dez atividades e o maior número de atribuições realizadas foram cinco e sete por 18% dos ACS's.

Na tabela 12, verifica-se que as atividades mais realizadas por parte dos entrevistados com relação à diabetes são as identificações e o acompanhamento dos diabéticos, sendo realizadas por 98% dos ACS's. Identifica-se que a busca ativa dos faltosos à consulta e o desenvolvimento de atividades educativas são realizadas por 47,1% da amostra e 39,9% não anotam a data da última consulta do paciente ao médico.

Avaliando os resultados descritos abaixo, observa-se que os ACS's cumprem algumas das atividades previstas pelos documentos oficiais. No entanto, sendo um grupo prioritário e levando em consideração o elevado percentual de morbidade por parte da população, nota-se um baixo grau de engajamento no cumprimento de atividades importantes como, estímulo ao exercício físico, consulta médica, utilização da ficha B e ações educativas.

Tabela 12 - Distribuição dos ACS's por atividades referentes à diabetes desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Diabetes				
Identificação dos diabéticos	150	98.0	3	2.0
Acompanhamento dos diabéticos	150	98.0	3	2.0
Pergunta se faz e acompanha a dieta	120	78.4	33	21.6
Pergunta se o paciente faz exercícios físicos	78	51.0	75	49.0
Monitora o paciente quanto ao uso de insulina	121	79.1	32	20.9
Monitora o uso do hipoglicemiante oral pelo paciente	140	91.5	13	8.5
Anota a data da última consulta ao médico	61	39.9	92	60.1
Faz busca ativa dos faltosos a consulta	72	47.1	81	52.9
Atualiza mensalmente a ficha B-DIA	64	41.8	89	58.2
Desenvolve atividades educativas	72	47.1	81	52.9

Considerando a elevada carga de morbimortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária)” (BRASIL. S. P. S., 2006a).

Os ACS's têm como atribuições: esclarecer a comunidade, por meio, de ações individuais e/ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira; registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de diabetes de cada membro da família; encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente e, dentro desse contexto, ajudar o paciente a seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular; questionar a presença de sintomas de elevação e/ou queda do açúcar no sangue aos pacientes com diabetes identificado, e encaminhar para consulta extra; verificar o comparecimento dos pacientes com diabetes às consultas agendadas na unidade de saúde (busca ativa de faltosos) (BRASIL. S. P. S., 2006a).

As informações apresentadas na tabela acima estão de acordo com o estudo de Silva e Santos (2003), onde prevalecem atividades que reforçam o modelo biomédico, que, embora importantes e necessárias – a exemplo do acompanhamento de diabéticos - no conjunto, não representam a totalidade do trabalho, em que atividades de promoção e prevenção para esse agravo e doença não são realizadas por muitos ACS e deveriam ser intensificadas.

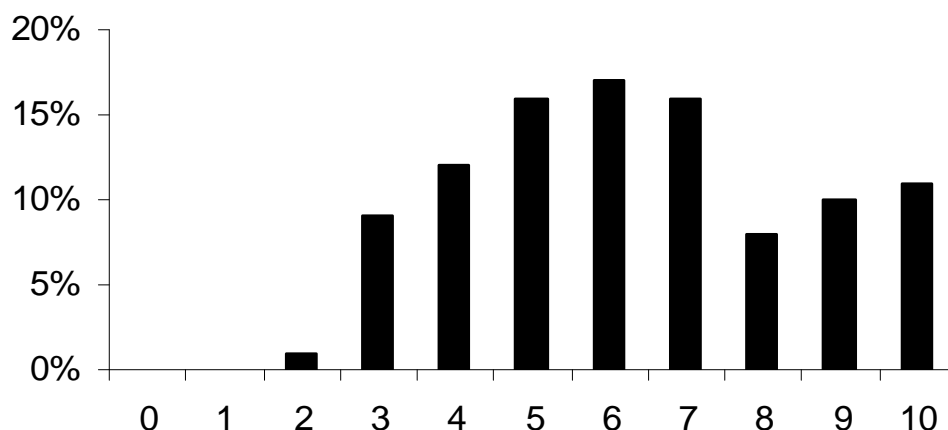


Gráfico 14 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas referentes à hipertensão. Recife – 2007.

No que refere à hipertensão, dez atividades foram elencadas como prioridades para serem realizadas pelos ACS's. Diante dos resultados do gráfico 14, constata-se que apenas 11% dos pesquisados realizam as dez atividades, o maior número de ACS's 17% se concentra na realização de seis atividades e apenas 1% declarou realizar duas das atribuições.

Diante dos resultados apresentados na tabela abaixo, é possível afirmar que a identificação e o acompanhamento dos hipertensos são as atividades mais realizadas, sendo feitas respectivamente por 98% e 96,1% dos ACS's. Apenas 47,7% dos participantes desenvolvem atividades de educação em saúde e 34% anotam a data da última consulta do paciente ao médico. É importante ressaltar ainda que apenas 40,5% da amostra atualizam mensalmente a ficha B-HAS, podendo este resultado dificultar o trabalho do ACS, pois este é um instrumento que facilita suas atividades durante a visita.

Tabela 13 - Distribuição dos ACS's por atividades referentes à hipertensão desenvolvida em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Hipertensão				
Identificação dos hipertensos	150	98.0	3	2.0
Acompanhamento dos hipertensos	147	96.1	6	3.9
Pergunta se faz e acompanha a dieta	123	80.4	30	19.6
Monitora quanto ao uso da medicação	144	94.1	9	5.9
Pergunta se o paciente faz exercícios físicos	79	51.6	74	48.4
Anota os valores da pressão arterial	57	37.3	96	62.7
Anota a data da última consulta ao médico	52	34.0	101	66.0
Faz busca ativa dos faltosos à consulta	78	51.0	75	49.0
Atualiza mensalmente a ficha B-HÁS	62	40.5	91	59.5
Desenvolve atividades de educação em saúde	73	47.7	80	52.3

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso, como de fazê-lo seguir o tratamento (BRASIL. S. P. S., 2006b).

Os ACS's têm como atribuições: esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão; verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde; verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras

complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra; perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas; registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família (BRASIL. S. P. S., 2006a).

Sabendo que mais de 35% da população do Brasil tem idade de 40 anos ou mais e que o aparecimento da hipertensão é cada vez mais precoce, verifica-se na tabela acima que é necessário um total cumprimento das atividades pelos ACS's com relação à hipertensão, favorecendo assim a melhoria da qualidade de vida da população assistida.

Os dados apresentados corroboraram com o estudo de Silva e Santos (2003), que mostram que os ACS's acompanham esse grupo de risco, focando o modelo biomédico, deixando um vácuo no desenvolvimento de atividades de promoção da qualidade de saúde.

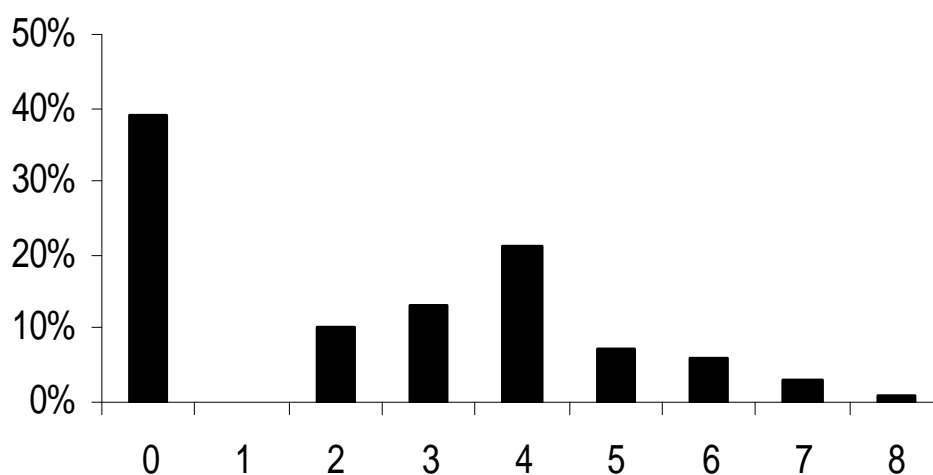


Gráfico 15 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas referentes à tuberculose Recife - 2007.

Em relação à tuberculose, foram consideradas oito importantes atribuições, incluídas nas atividades diárias dos ACS's. Observa-se que apenas 1% do total de

participantes declararam realizar todas as atividades, 21% dos ACS's realizam quatro do total de atribuições. É importante ressaltar o elevado número de ACS's que afirmaram não realizar nenhuma das atividades, o que equivale a 39% dos entrevistados. Estes são os que declararam nunca terem tido pacientes com tuberculose em sua microárea.

A tabela 14 mostra que 39,2% dos ACS's entrevistados afirmaram que nunca tiveram pacientes com tuberculose, isso mostra que a atividade de busca ativa de casos não é realizada por estes, pois 36,6% declararam não realizar busca ativa. Esses dados revelam assim, a dependência entre realizar a busca ativa e ter casos de tuberculose em sua microárea.

Sendo assim, apenas 63,4% afirmaram fazem busca ativa, o acompanhamento dos pacientes com tuberculose é uma atividade que é cumprida por 95,7% dos ACS's. Com relação à busca ativa aos comunicantes e orientação para realização do exame, verifica-se que apenas 58,1% da amostra realizam e somente 11,8% dos profissionais anotam os resultados do exame.

Tabela 14 - Distribuição dos ACS's por atividades referentes à tuberculose desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Tuberculose				
Já teve paciente com Tuberculose	93	67.7	60	39,2
Realiza busca ativa de casos de TB	59	63.4	34	36.6
Acompanhamento dos pacientes com TB	89	95.7	4	4.3
Verifica se o paciente toma medicação diária	74	79.6	19	20.4
Pergunta sobre reações indesejáveis	14	15.1	79	84.9
Verifica a data da última consulta ao médico	23	24.7	70	75.3
Anota resultados do exame de escarro	11	11.8	82	88.2
Faz busca ativa de comunicantes e orienta encaminhando para exame.	54	58.1	39	41.9
Orienta vacina BCG para comunicantes < 5 anos	38	40.9	55	59.1

Evidencia-se na tabela acima que as atividades que visam controlar e monitorar os pacientes com tuberculose, não são cumpridas por todos os ACS'S da amostra, o que vai de encontro ao que é preconizado pelos documentos legais do PACS/PSF e pelo Programa de Controle da Tuberculose.

O Plano de Controle da Tuberculose no Brasil introduz novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando com as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Sugere que tal parceria pode vir a contribuir para expansão das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), pois estas estratégias têm a família e o domicílio como instrumento de trabalho. Nesta perspectiva, o Plano dá ênfase na atuação das equipes do ACS e PSF como instrumento para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono ao tratamento (MUNIZ, 2005).

“O ACS é capaz de: identificar os casos suspeitos de tuberculose; encaminhar à sua unidade de saúde as pessoas com suspeita de tuberculose e também aquelas que mantêm contato direto e permanente, na sua família e na comunidade, com o paciente; acompanhar, durante as visitas domiciliares, se todas essas pessoas estão seguindo as orientações dadas pela equipe de saúde; orientar a família e a comunidade, nas visitas domiciliares e reuniões; acompanhar o paciente em tratamento; identificar parceiros na comunidade; organizar reuniões com os membros da comunidade e lideranças, para discutir questões de saúde, incluindo, o problema da tuberculose” (BRASIL. S. P. S., 2000b).

Sabendo da importância das ações do ACS no controle e monitoramento da tuberculose e diante dos resultados obtidos, observa-se que há necessidade de intensificação e cumprimento das atribuições por parte dos profissionais no cotidiano, para possibilitar o controle da doença e favorecer a qualidade de vida da população.

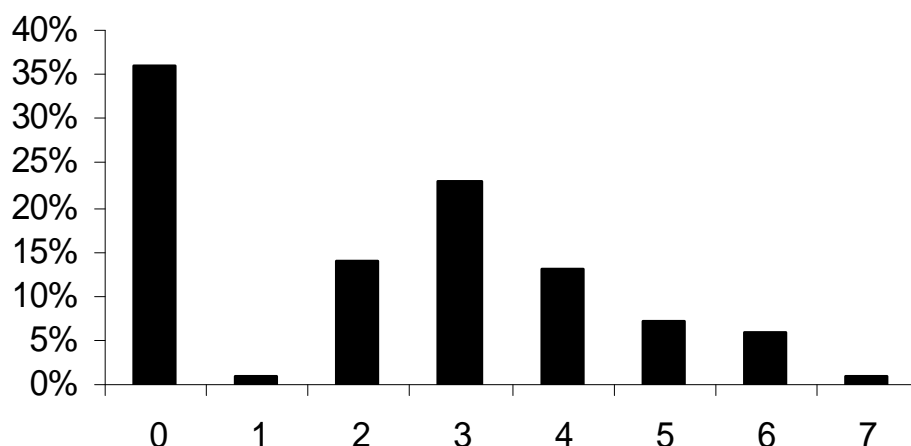


Gráfico 16 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas referentes à Hanseníase Recife - 2007.

Com relação à hanseníase, foram consideradas sete atividades, que necessitam ser realizadas pelos ACS's. Na avaliação dos dados obtidos no gráfico acima, verifica-se que apenas 1% dos profissionais entrevistados desempenham as sete atividades, 23% dos ACS's responderam que realizam três atribuições. Considerando a importância do trabalho desse profissional junto aos pacientes portadores de hanseníase, é importante destacar o quantitativo de ACS's que não realizam nenhuma das atividades que compõem o bloco, 36% dos entrevistados.

Na tabela 15, constata-se que 35,9% dos ACS's declararam que nunca tiveram pacientes com hanseníase, apenas 64,2% fazem busca ativa, o acompanhamento dos pacientes com hanseníase é uma atividade que é cumprida por 94,5% dos ACS's. Com relação à busca ativa aos comunicantes e orientação para realização do exame, verifica-se que apenas 57,1% da amostra realizam e somente 11,2% dos profissionais anotam os resultados do exame.

Tabela 15 - Distribuição dos ACS's por atividades referentes à hanseníase desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Hanseníase				
Já teve paciente com Hanseníase	98	64.0	55	35.9
Realiza busca ativa de casos de HAN	63	64.2	35	35.4
Acompanhamento dos pacientes com HAN	93	94.5	5	5.1
Verifica se o paciente toma medicação diária	73	74.5	25	25.5
Pergunta sobre reações indesejáveis	17	17.3	81	82.7
Verifica a data da última consulta do paciente ao médico	26	26.5	72	73.5
Anota resultados do exame	11	11.2	87	88.8
Faz busca ativa de comunicantes e orienta encaminhando para exame.	56	57.1	42	42.9

Observa-se que os ACS's ainda não cumprem totalmente suas atividades no que refere à hanseníase, pois se verificou que 35,9% da amostra nunca tiveram um caso de hanseníase em sua microárea, conseqüentemente não se realiza busca ativa e nunca cumpriram nenhuma das atividades elencadas no bloco acima.

Esses dados corroboram com um estudo de avaliação feito pelo Ministério da Saúde, "onde as ações de tratamento da hanseníase apresentaram menores percentuais de ACS's desenvolvendo estas atividades, quando comparadas a outros conjuntos de ações. Pois, de acordo com o Ministério da Saúde, essas atividades devem ser objeto de maior atenção, visto que demandam complexidade de ações e treinamentos dos profissionais, devendo estar relacionadas à disponibilidade dos medicamentos e a mecanismos burocráticos dos programas de controle destas doenças (BRASIL. S. A. S., 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde, são atribuições do ACS, realizar busca ativa de faltosos e contatos, fazer supervisão da dose medicamentosa, em domicílio, fazer aprazamento da clientela, identificar e notificar situações atípicas e casos suspeitos de doenças, realizar medidas de controle de contatos, realizar ações educativas para família e comunidade.

Na assistência ao paciente com hanseníase, deve-se discutir com o paciente, sempre que necessário todas as questões inerentes à sua doença e ao seu tratamento, estimulando-o sempre na prática do auto cuidado.

O processo educativo nas ações de controle da hanseníase deve contar com a participação do paciente ou de seus representantes, nas decisões que lhes digam respeito, bem como na busca ativa de casos no diagnóstico precoce, na prevenção e tratamento de incapacidades físicas, no combate ao eventual estigma e manutenção do paciente no meio social ((BRASIL. S. P. S.,2002).

VI Bloco – Saúde do Idoso

O bloco saúde do idoso é composto por sete atividades que, em tese, deveriam ser cumpridas pelos ACS's, porém, avaliando o gráfico 17, identifica-se que apenas 11% do total de entrevistados realizam as sete atribuições presentes no bloco, observando assim como é baixo o percentual de ACS's que realizam todas as atividades. O maior número de ACS's, 24%, se concentra na realização de quatro atividades e 1% dos pesquisados não desenvolve nenhuma das sete atividades presentes no bloco.

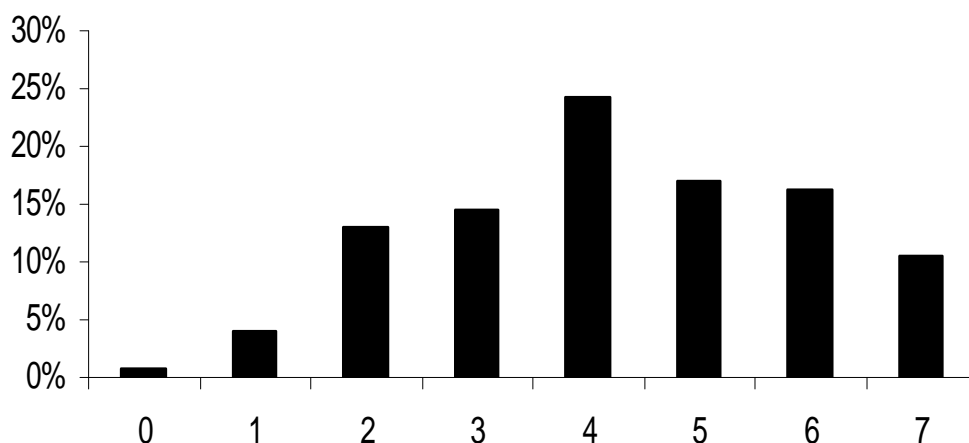


Gráfico 17 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas no bloco de saúde do idoso. Recife - 2007.

Avaliando os resultados encontrados na tabela abaixo, observa-se que a atividade declarada como mais desenvolvida pelos ACS's, 92,8% é a identificação e

cadastro dos acamados, em seguida segue a orientação quanto à vacina que é feita por 83% do total de profissionais. Verifica-se um percentual muito baixo das realizações de várias atribuições, por parte dos ACS's no que refere à saúde do idoso como: apenas 22,9% afirmaram desenvolver atividades de educação em saúde, 25,5% declararam fornecer orientação com relação a acidentes e 48,4% dos entrevistados identificam idoso em situação de risco.

Tabela 16 - Distribuição dos ACS's por atividades de saúde do idoso desenvolvidas em municípios da região metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Identifica e cadastra acamados	142	92.8	11	7.2
Agenda visitas para acamados	119	77.8	34	22.2
Identifica idoso em situação de risco	74	48.4	79	51.6
Orienta em relação a acidentes	39	25.5	114	74.5
Orienta quanto a vacina	127	83.0	26	17.0
Faz busca ativa para vacinação	115	75.2	38	24.8
Desenvolve atividades de educação em saúde	35	22.9	118	77.1

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira, apesar de recente, vem sendo ressaltado na produção científica e nos fóruns de discussão sobre o assunto. Tal processo não é discutido apenas por suas implicações sociais, mas, também, pela necessidade de estruturação de um modelo assistencial que contemple o segmento idoso de forma integral, superando os desafios representados por novas demandas sociais e de saúde (VERAS, 1998).

De acordo com Franco (2001), entre tais desafios coloca-se o fortalecimento do trabalho interdisciplinar da equipe que assiste ao idoso, a partir de dinâmicas relacionais, integradoras das diversas áreas de conhecimento. Esse é um território por onde transitam não apenas o mundo cognitivo, mas também a solidariedade profissional que está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres, mostrando-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário.

Segundo Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005), os agentes estão, no seu cotidiano, numa relação com o segmento idoso marcada por queixas relacionadas ao adoecimento. Ao destacarem os entraves ao desempenho de suas funções, essas agentes referem-se a situações que dificultam a resolutividade das queixas, ou seja, problemas que impedem a solução dos agravos referidos pelos idosos. O caminho a ser construído pelos ACS para sua atuação deve se pautar pela adaptação dos idosos às perdas físicas, sociais e emocionais, fazendo-o reconhecer a si mesmo e compreender o seu estado e tempo. Além disso, estimulá-lo a descobrir mecanismos de inserção social, tornando-o mais ativo e consciente de sua importância e seu papel como cidadão atuante.

Para atuar nesta perspectiva, é necessário que o poder público invista na formação de indivíduos capazes de lidar com os múltiplos aspectos que revestem o envelhecimento humano. Deve prover condições para apropriação do instrumental adequado e necessário para o ACS lidar com os problemas de saúde dos idosos e, assim, contribuir, com demais membros da equipe, para o envelhecimento saudável.

VII Bloco – Atividades Diversas

Com relação às diversas atividades que podem ser realizadas pelos ACS's, foram consideradas dez atribuições. O gráfico abaixo mostra que nenhum dos ACS's entrevistados cumpre as dez atividades que compõem este bloco, apenas 1% da amostra realiza nove atividades, 29% realizam pelo menos cinco do total de atividades destacadas e 5% cumprem duas das atribuições presentes no bloco.

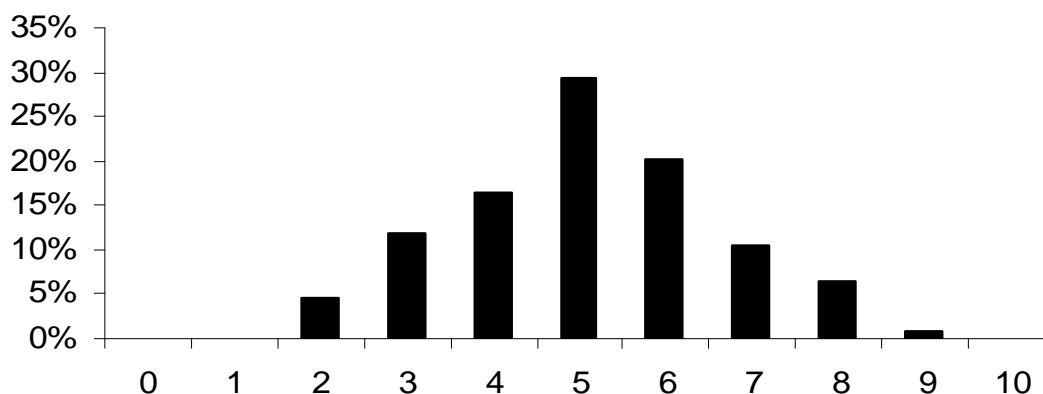


Gráfico 18 - Distribuição dos ACS's de municípios da Região Metropolitana do Recife segundo número de atividades realizadas no bloco atividades diversas Recife - 2007.

Analisando os dados da tabela 17, observa-se que 97,4% dos ACS's já participaram de campanhas de vacinação humana, a orientação com relação ao destino adequado do lixo e o tratamento domiciliar de água de beber são cumpridos respectivamente por 80,4% e 82,4% dos participantes. 93,5% dos ACS's afirmaram que participam das reuniões da equipe, no entanto apenas 24,2% fazem planejamento local com a equipe. É importante ressaltar ainda que apenas 24,8% da amostra declararam participar de atividades de controle social.

De acordo com os resultados obtidos na tabela abaixo, evidencia-se a similaridade com o estudo de Silva e Santos (2003), onde menos de 50% da sua amostra não estimulava a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia na conquista de qualidade de vida, na participação ou promoção de ações, que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida, ou seja, não participavam de atividades de controle social, como por exemplo, a apresentação do diagnóstico da área para a comunidade que é feita apenas por 4,6% dos entrevistados.

Tabela 17 - Distribuição dos ACS's por atividades diversas desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Participa de campanhas de vacinação humana	149	97.4	4	2.6
Participa de campanhas de vacinação animal	61	39.9	92	60.1
Faz notificação	42	27.5	111	72.5
Faz planejamento local com a equipe	37	24.2	116	75.8
Participa das reuniões da equipe	143	93.5	10	6.5
Faz apresentação do diagnóstico da área para a comunidade	7	4.6	146	95.4
Atividades de orientação, controle e monitoramento das endemias	53	34.6	100	65.4
Orienta com relação ao destino adequado do lixo	123	80.4	30	19.6
Orienta quanto o tratamento domiciliar de água de beber	126	82.4	27	17.6
Participa de atividades de controle social	38	24.8	115	75.2

Um aspecto muito importante é a participação nas reuniões de equipe, pois, de acordo com a tabela 17, quase 100% da amostra participam. No entanto, segundo os ACS's, essas reuniões são apenas de caráter administrativo. Apenas 24,2% dos entrevistados, afirmaram realizar planejamento local junto à equipe.

Segundo Lima e Moura (2005), o processo de trabalho das equipes pressupõe reuniões semanais de planejamento das atividades nas quais os problemas são discutidos, o atendimento dos pacientes encaminhado e, no caso dos agentes, o cadastro dos moradores, sua atualização, visitas domiciliares com a implementação de informações básicas de higiene e saúde, encaminhamento de doentes aos postos e agendamento de consultas.

Discutindo Educação em Saúde

Sabe-se que a educação em saúde é uma das atribuições primordiais no trabalho do ACS's e que embora preconizada pelo Ministério da Saúde, não são realizadas por grande parte dos entrevistados. No entanto, verifica-se que as atividades que estão situadas no campo das ações educativas, no geral, revelaram-se deficientes, numa análise comparativa com as demais ações, o que pode ser visto nas tabelas acima.

Nota-se que, em alguns grupos, encontram-se um maior percentual de ACS's que declararam desenvolver atividades educativas, sendo relacionadas em: Ações educativas de prevenção e promoção de doenças como diabetes e hipertensão para o grupo de adultos, ações educativas para o grupo de mulheres, em seguida para o grupo de idosos, grupo de crianças e o grupo de adolescente foi onde constatou-se o menor número de ACS's que afirmaram desenvolver ações educativas.

Esses resultados são compatíveis com vários estudos de autores como: Santos (2006), Oliveira, Nachif e Fontana (2003), Silva e Santos (2003), Ferraz e Aerts (2004), Ferraz, Aerts (2004), Galavote (2007), onde todos concluíram que havia um baixo cumprimento das ações voltadas para educação em saúde por parte dos ACS's.

Tradicionalmente, a educação em saúde tem sido um instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde. Essa educação em saúde hegemônica não tem construído a integralidade e pouco tem atuado na promoção da saúde de forma mais ampla. As críticas a essa política dominante têm levado muitos profissionais a trabalharem com formas alternativas de educação em saúde.

As ações de educação e promoção da saúde devem ser participativas e transformadoras. Isto significa dispor de inúmeras possibilidades de atuação, que dependerão do perfil sócio-cultural e epidemiológico de cada comunidade. Não quer dizer que fazer educação em saúde implica simplesmente na mudança de comportamentos, mas descobrir as potencialidades dos atores envolvidos, “bem como valores verdadeiros que possibilitem uma transformação, conscientização e, portanto, um novo entendimento de uma cidadania que contempla o individual e o coletivo enfocando a saúde enquanto qualidade de vida” (FERRAZ, 2000).

“Diante disto, para que as informações cheguem de forma correta à população, é preciso saber comunicá-la, uma vez que não consiste apenas em transmitir conhecimentos, ou convencer as pessoas sobre práticas saudáveis, como faz o marketing comercial”. Nesta comunicação, todos os indivíduos devem sentir-se sujeitos sociais capazes de agir nas mudanças e, para isto, é necessário haver uma troca de informações (ROCHA, 2000).

Com relação ao trabalho educativo prestado pelo agente, Martins et al. (1996) ressaltaram que a participação desse em ações pontuais e simplificadas parece produzir impacto significativo e relevante em termos de Saúde Coletiva, como por exemplo, a orientação de uso do soro caseiro para a redução da mortalidade infantil e a cloração na água para a prevenção de cólera.

De acordo com Silva e Santos (2003), as atividades educativas, embora presentes têm uma importância relativamente baixa em relação às demais ações, revelando-nos que essas práticas são, na verdade, muito mais debatidas do que colocadas em prática. Para Oliveira, Nachif e Fontana (2003) faltam ações que fortaleçam a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, bem como ações educativas e preventivas que interfiram positivamente na saúde da comunidade.

As atividades educativas devem ganhar maior ênfase no desenvolvimento do programa, reduzindo a carência de informações da população a respeito de

diversos aspectos relacionados às condições de saúde e a seus determinantes, possibilidades e formas de acesso aos serviços, contribuindo, dessa forma, para incentivar ações de mobilização comunitária que visem à melhoria das condições de vida e de saúde (SOLLA, 1996).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os objetivos que nos nortearam nessa pesquisa, caracterizamos os agentes comunitários de saúde que compõem os municípios da Região Metropolitana do Recife estudados, bem como, analisamos o cumprimento das atividades do seu cotidiano.

A partir de uma perspectiva quantitativa, com base em entrevistas com os agentes comunitários de saúde, procuramos apreender alguns aspectos relevantes da sua prática.

Com relação às principais características sócio-econômico-demográficas encontradas no estudo, observa-se que o trabalho dos ACS's é desenvolvido predominantemente por adultos jovens, do sexo feminino que estão inseridos no exercício desta atividade há mais de 5 anos. Anteriormente ao trabalho de ACS, os entrevistados desta pesquisa desempenhavam atividades remuneradas não relacionadas ao setor saúde, apesar de em sua maioria, participar de grupos, associações e ou instituições de grande inserção comunitária. A renda per capita familiar destes profissionais foi considerada baixa, pressupondo ainda que o valor salarial tenha grande contribuição na sustentação familiar.

Quando relacionamos o perfil encontrado dos ACS's entrevistados com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, verifica-se que todos os ACS's tem idade superior a 18 anos, apresentam em sua grande maioria, o ensino médio completo, bem como, tempo de moradia no local de trabalho superior a 5 anos, em conformidade com o que é estabelecido pelo Ministério da saúde. Entretanto, é importante salientar que um grande número de ACS's não reside na sua microárea de atuação, não estando de acordo com o recomendado. Destacam-se também como achados negativos importantes o elevado número de famílias por ACS e o desempenho de outras atividades concomitantes ao trabalho de ACS.

O estudo mostra que os ACS's cumprem em partes, suas atividades, sendo assim, verificou-se que atividades imprescindíveis, consideradas básicas e que devem estar presentes no trabalho diário deste profissional, não estão sendo cumpridas pelos participantes do estudo. Identificou-se ainda que as atividades que

estão situadas no âmbito da ajuda às comunidades em favor do desenvolvimento sanitário, bem como aquelas educativas por essência, revelaram-se deficientes, numa análise comparativa com as demais ações.

Nessa pesquisa verificou-se que não há, pela totalidade da amostra estudada, o cumprimento das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo assim, o grande desafio é o entendimento das implicações que o não cumprimento dessas atividades traz ao trabalho do 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 influenciando no ao não cumprimento das suas atribuições.

Devido à importância do desempenho do trabalho do ACS no contexto da saúde da população é de extrema necessidade que a gestão incorpore ferramentas estratégicas, para assim sugerir ações que possam estimular o cumprimento com qualidade das atividades e potencializar o trabalho do ACS.

Face ao exposto, considerando que o objetivo principal do estudo foi analisar as atividades dos ACS's com base no cumprimento às normas do Ministério da Saúde, ressaltando os aspectos quantitativos, sugere-se estudos posteriores que considerem a qualidade das atividades realizadas por esses profissionais e a identificação dos aspectos que levam ao não cumprimento de atividades que devem está presentes no trabalho diário desses profissionais.

7 REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

AQUINO, R. et al. Informação para a gestão de Sistemas Locais de Saúde: o sistema de informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 5, n. 4, p. 49-55, 1997.

ARAÚJO, L. F. et al. Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 827-836, set. 2006.

ASSUNÇÃO, R. S. **O agente comunitário de saúde e sua prática no Programa de saúde da família do município de Divinópolis-MG**. 2003. 16 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

BEINNER, M. A.; BEINNER, R. P.C. Perfil de profissionais nas áreas de saúde e educação atuando em suas comunidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 77-83, 2004.

BARCELLOS, C. S. N.; PADOLFI, M.; MIOTTO, M. H. M. B. Perfil do agente comunitário de saúde (ACS) de Vitória – ES. **Revista de Odontologia**, Vitória, v. 8, n. 1, p. 21-28, dez./jan. 2006.

BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do idoso. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, jun. 2005.

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

BRASIL. Constituição (1988). Da ordem social. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 32 ed. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2003. p. 123-130.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e da outras providencias. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10507.htm>.>. Acesso em: 30 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília; DF, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa>>. Acesso em: 20 out. 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio**. Brasília, DF, 1999.

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

BRASIL. **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2006/gm/gm-648.htm>>. Acesso em: 20 de outubro de 2007.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF, 2008. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/lista_Es_nome.asp?Vtipo=0>. Acesso em: 20 de fev. 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **SIAB: manual do sistema de informações da atenção básica**. Brasília, 2003.

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

BRASIL. Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. (cardenos de atenção básica, n. 16).

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (cardenos de atenção básica, n.10).

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. (cadernos de atenção básica, n.15).

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Tuberculose informações para agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000b.

CASTRO, L. J.; VILAR, A. L. R.; FERNANDES, P. V. **Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde**: um desafio para a gestão do SUS, Rio Grande do Norte. Disponível em: <www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPolitica.php?codigo=195>. Acesso em: 20 jan. 2007.

COÊLHO, E. B. **O Perfil do Agente Comunitário de Saúde características desse novo trabalhador da saúde e suas perspectivas um estudo em Camaragibe e São Bento do Una/PE**. 2002. Monografia (Especialização em Saúde Pública)-Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

CORRÊA, M. E. Um pouco de história. In BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 1995. p. 37-45.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006.

COTTA, R. M. M. et al. A crise do Sistema Único de Saúde e a fuga para o mercado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 94-105, 1998.

COTTA, R. M. M. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 25-32, 2002.

DIAS, N. M. O. **Mulheres “sanitaristas de pés descalços”**. São Paulo: Hucitec, 1991.

FARJADO, A. P. **Agentes comunitários de saúde: discurso e prática em saúde bucal coletiva**. 2004. 146 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 28, n. 66, p. 68-74, jan./abr. 2004.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, abr./jun. 2005.

FERRAZ, S. T. A saúde fora do setor saúde e lições da agenda 21. **Revista Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 2, n. 3, p. 12-14, ago. 2000.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/tribuna.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2007.

FRANKLIN, A. Iguatu: água grande, muita água, água boa. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, p. 22-29, 1999. Número especial.

FRAZÃO, P. M.; CORREIA, D. S. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 131-144, mar. 2006

GALAVOTE, H. S. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na estratégia saúde da família no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. No prelo. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1053>. Acesso em: 20 out. 2007.

GIFFIN, K.; SHIRAIWA, T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 24-44, 1989. INFORME DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, ano 8, n. 43, nov./dez. 2007.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde Pública: uma nova abordagem. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 481-490, 1994.

LIMA, J. C.; MOURA, M. C. Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. **Sociedade & Estado**, Brasília, DF, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan./abr.2005.

LUNADERLO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família de Ribeirão Preto – São Paulo**. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

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

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, set. 2007.

MARQUES, C. M. S.; PADILHA, E. M. Contexto e perspectiva da formação do Agente Comunitário de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 345-352, 2004.

MENDES, I. J. M. Uma prática de educação e promoção da saúde. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, DF, v. 3, n. 5, p. 14- 20, jun. 2001.

MENDONÇA, M. H. M. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1433-1434, set./out. 2004.

MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da Reforma Sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MERHY, E. E. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde Debate**, Londrina, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

MINAYO, M. C.; D'ELIA, J. C.; SVITONE, E. **Programa Agentes de Saúde do Ceará**. Fortaleza: Unicef, 1990.

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, abr./jun. 2005.

NEGRI, B.; VIANNA, D. A. L. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime, 2002.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: < www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf >. Acesso em: 20 maio 2007.

OLIVEIRA, R. G.; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS, M. L. F. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado de Mato Grosso do Sul. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n.1, p. 95-101, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília, DF, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Desempenho em equipes de saúde – manual**. Rio de Janeiro, 2001.

PALHA, P. F.; OLIVEIRA, M. R. Prevenindo a doença ou promovendo a saúde? O discurso dos trabalhadores de saúde do nível médio e elementar nas equipes de saúde da família. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 28, n. 67, p. 100-111, maio /ago. 2004.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; São Paulo, 1998.

PERNAMBUCO. Secretaria de Desenvolvimento Urbano de Pernambuco. **Mapas da Região Metropolitana do Recife.** Disponível em: <<http://www.municipios.pe.gov.br/municipio/index.asp>>. Acesso : 20 out. 2007.

ROCHA, A. A. et al. Educação e saúde construindo coletivamente a cidadania em Tobias Barreto. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, DF, ano. 2, n. 3, p. 20-24, ago. 2000.

ROUQUAYROL, Z.; ALMEIDA FILHO, N. Desenhos de pesquisas em epidemiologia. In:_____. **Epidemiologia e Saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI,1999. cap. 6, p. 149-169.

SANTOS, M. R. **Perfil dos agente comunitário de saúde da região de Juiz de Fora - MG.** 2006. 162 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, M. R. **Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora-MG.** 2006. 162 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SAYD, J. D.; VIEIRA, L.; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941-1992). **PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 167-188, 1998.

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

SILVA, M. H. **Perfil do Agente Comunitário de Saúde do Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. 290 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública- Administração Hospitalar) – Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, M. J.; RODRIGUES, R. M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/>>. Acesso em: 22 out. 2007.

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

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

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.

SOUZA, H. M. Reforma da Reforma [editorial]. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano 2, n. 4, p. 2-3, jan. 2002.

SOUZA H. M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2002. p. 221-240.

SOUZA, M. F. **Agentes Comunitários de Saúde: Choque do povo!** São Paulo: Hucitec, 2001.

SVITONE, E. C. et al. Primary health care lessons from the northeast of Brazil: the agentes de saúde program. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 7, n. 5, p. 293-302, 2000.

UNICEF. **Relatório Situação da Infância Brasileira 2001:** desenvolvimento infantil - os primeiros seis anos de vida, Brasília, DF, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 1999.

VERAS, R. P. Aspectos demográficos. In: CALDAS, C. P. (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 1998. p. 49-50.

8 APÊNDICES





APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Análise das Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em municípios da Região Metropolitana do Recife*” e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a compatibilidade entre as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde e as atribuições preconizadas para estes profissionais no Programa Saúde da Família. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista com perguntas relacionadas ao perfil sócio-econômico-demográfico e suas atribuições como profissional.

A pesquisa não trará riscos ou danos ao pesquisado. Acredita-se que o estudo trará diversos benefícios, tais como um maior conhecimento do perfil dos Agentes Comunitários de Saúde da região metropolitana do Recife, e o entendimento com relação às atribuições desenvolvidas pelos mesmos trazendo contribuição também para a gestão das secretarias de saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidências e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. O (a) senhor (a) terá direito a perguntas e respostas em qualquer momento da pesquisa. Em caso de dúvidas sobre o projeto procurar a pesquisadora principal Cynthia Maria Barboza do Nascimento que se encontra a sua disposição pelo telefone: (81) 91823021. Este documento será elaborado em duas vias ficando uma em posse do pesquisador e outra em posse do participante voluntário.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Pesquisador

Recife ____ de _____ de 2007.

Departamento de Saúde Coletiva - NESC

Campus da UFPE: Av. Moraes Rego, s/n – Cx-Postal 7472 – Fone: 0XX81 2101 2500 – Fax: 0XX81 2101.2614

CEP: 50670-420 - Recife-PE Brasil e-mail: nesc@cpqam.fiocruz.br - <http://www.cpqam.fiocruz.br>

APÊNDICE B ARTIGO

Este artigo será submetido à revista do IMPI

NASCIMENTO, C. M. B. Análise do cumprimento das práticas dos agentes comunitários de saúde em municípios da região metropolitana do Recife. 2007

RESUMO

O PACS e o PSF têm tido papel preponderante no cenário das políticas de saúde no Brasil, no sentido da reorganização da atenção básica na década de 90. A inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como um 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 (MENDONÇA, 2004). O Profissional (ACS) atua no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, realizando atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos, por meio de ações educativas e de acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento de interações sociais. Estas características apontam para uma singularidade e especificidade profissional, que o situa na interface intersetorial da saúde, ação social, educação e meio ambiente. Este trabalho tem como objetivo analisar o cumprimento das atividades desenvolvidas pelos (ACS), de acordo com o que preconizado pelo Ministério da Saúde. O estudo foi realizado em 10 municípios da região metropolitana do Recife. Tendo como população de estudo 153 (ACS) selecionados a partir de um sorteio aleatório simples. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, os dados foram coletados através de uma entrevista estruturada, para o processamento dos dados foi utilizado o programa EPIINFO Versão Windows, sendo feita uma análise estatística descritiva, por meio de gráficos e tabelas. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM). Com relação às principais características sócio-econômico-demográficas encontradas no estudo, observa-se que o trabalho dos ACS's é desenvolvido predominantemente por adultos jovens, do sexo feminino que estão inseridos no exercício desta atividade há mais de 5 anos. Anteriormente ao trabalho de ACS, os entrevistados desta pesquisa desempenhavam atividades remuneradas não relacionadas ao setor saúde, apesar de em sua maioria, participar de grupos, associações e ou instituições de grande inserção comunitária. A renda per capita familiar destes profissionais foi considerada baixa, pressupondo ainda que o valor salarial tenha grande contribuição na sustentação familiar. Os resultados mostram que os ACS's realizam suas atividades, no entanto em atividades imprescindíveis não se observou o engajamento de todos os profissionais, ressaltando que as atividades educativas revelaram-se deficientes, numa análise comparativa com as demais ações.

Palavras Chave: Auxiliares de Saúde Comunitária. Promoção da Saúde. Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

The Program of communitarian agent of health and the Program of family's health have been having a preponderant function in the scene of the politics of health in Brazil, in the meaning of the reorganization of the basic attention in the decade of 90. The insertion of the Communitarian Agents of Health as a new worker of health has an impact in the debate and in the screen of the change of the model of attention to the health and in the definition of the care in health (MENDONÇA, 2004). The Communitarian Agent Professional of Health acts in the support to the social collectives and to the individuals, making activities with the objective of promoting and preventing aggravations, by making educative actions and supporting the individuals, families and groups, mobilizing acts of promotion of the life in collectivity and of development of social interactions. These characteristics point to a professional singularity, that puts him in the intersectorial interface of the health, social action, education and environment. This project has as objective to analyze the fulfillment of the activities developed by the Communitarian Agents of Health, according with what praised for the Health department. The survey has been made over 10 cities in the metropolitan area of Recife, Having as a survey's population 153 Communitarian Agents of Health, selected randomly. It's about a descriptive survey of transversal cut. The data had been collected through an interview, and for the processing of the data, it was used the EPIINFO program on its Windows Version, being made a statistic descriptive analysis, using graphics and tables. This research was approved by the Committee of Ethics and Research of the Aggeu Magalhães' Center of Research (CEP/CPqAM). As for the main characteristics socio-economic-demographic found in the study, says that the work of ACS's is developed predominantly by young adults, females that are inserted in the exercise of this activity for more than 5 years. Prior to the work of ACS, the respondents in this search played remunerated activities not related to the health sector, although most of them, join groups, associations or institutions, and large insertion Community. The per capita family income of these professionals was considered low, even assuming that the value wage has great contribution in support family. The results show that the ACS's make their activities. However, in essential activities it was not observed the enrollment of all the professionals, making clear that the educative activities had shown being deficient, in a comparative analysis with the other actions.

Key-words: Auxiliary of Community Health. Health Promotion Human Resources in Health.

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) têm tido papel preponderante no cenário das políticas de saúde no Brasil, no sentido da reorganização da atenção básica na década de 90. A inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como um 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 (MENDONÇA, 2004).

O ACS é um trabalhador que atua em dois importantes programas do Ministério da Saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente, esses programas consolidam-se no contexto da municipalização e descentralização das ações de atenção primária à saúde no Brasil.

O profissional ACS atua no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, realizando atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos, por meio de ações educativas e de acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento de interações sociais. Estas características apontam para uma singularidade e especificidade profissional, que o situa na interface entre a saúde, ação social, educação e meio ambiente materializando a intersectorialidade. Para o setor saúde, a formação do ACS requer, então, a identificação técnica, ética e humanística das competências que ele deve desenvolver para a realização de seu trabalho (MARQUES; PADILHA, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, o ACS é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (BRASIL. M. S., 1999). Sem dúvida, esse trabalhador apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social.

A inserção do ACS no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) 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 as inúmeras demandas de saúde. Mas, simplificar o papel do agente de saúde é, no

mínimo, desconhecer o avanço que sua atuação proporcionou, especialmente nas pequenas localidades que até então não tiveram acesso a algum tipo de atenção à saúde (SILVA; RODRIGUES, 2000).

De acordo com Merhy (2003), o cotidiano de trabalho do agente comunitário constitui o lugar onde existe a permanente invasão de mundos, com produção de estranhamentos, ruídos e falhas, em um panorama repleto de significados, onde acordos e contratos existem e, ao mesmo tempo, onde os agentes impõem estranhamentos, quebras e linhas de fuga. Assim, a observação desse cotidiano possibilita a identificação de um mundo de subjetividades, significados, aspirações e modos específicos de produzir os processos de trabalho na realidade apresentada nos serviços de saúde.

Foram criadas portarias que estabelecem as atribuições do ACS, fixando diretrizes para o exercício de suas atividades evidenciando os eixos estruturantes de sua prática, tais como a Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, que apresenta atribuições detalhadas num total de 33 itens: são mencionadas atribuições que fazem parte do conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil sócio econômico, mapeamento e outras); atribuições que fazem parte do acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo detalhados os grupos populacionais que deverão ser acompanhados (gestantes, puérperas, hipertensos e outros), os temas que deverão ser abordados (aleitamento materno, imunização, reidratação oral e outros) e as necessidades de monitoramento (diarréias, infecções respiratórias agudas, tuberculose, hanseníase e outros). São mencionadas ainda, ações educativas referentes à prevenção do câncer, métodos de planejamento familiar; saúde bucal, nutrição e atribuições que não são específicas da saúde como ações educativas para preservação do meio ambiente; abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida.

As diretrizes citadas acima foram atualizadas na portaria nº. 648, de 2006, que preservou a centralidade das atividades de prevenção e promoção da saúde na concepção do trabalho do ACS, permitindo ao agente o desenvolvimento de ações de saúde nas unidades básicas desde que vinculadas às atribuições definidas na referida portaria, tendo atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde:

Mais recentemente, evidencia-se um aumento importante do número de (ACS) vinculados ao PSF que tem contribuído para uma profunda mudança no conceito de cuidados de saúde no país. Aproximadamente um quinto da população brasileira está em contato com as equipes de saúde da família (UNICEF, 2001).

Segundo dados do SCNES Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (2007), o Brasil conta com 221.381 ACS's, o estado de Pernambuco, com 14.913 ACS's e a Região Metropolitana do Recife apresenta 4.586 ACS's (INFORME DE ATENÇÃO BÁSICA, 2007).

A expansão da assistência possibilitada pelos programas PACS/PSF vem garantindo a incorporação de um contingente expressivo de pessoas, que tem demonstrado grande relevância para melhoria da qualidade da saúde e que apresentam características diferenciadas.

Devido ao vertiginoso crescimento do PSF, a grande inserção dos ACS e ao importante papel que o mesmo tem na nova estratégia de reorientação do modelo de Atenção Básica em Saúde, o presente estudo teve como objetivo analisar se há o cumprimento por parte dos ACS'S de suas atribuições, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Acredita-se ser importante conhecer como se processa seu universo de trabalho, de forma a subsidiar políticas públicas de saúde e estratégias que potencializem as ações desse trabalhador, gerando um impacto positivo na saúde da população da região metropolitana do Recife.

Apesar dos mais de quinze anos de ações desenvolvidas por estes profissionais, são muitos os desafios e problemas verificados, que vão desde formas de contratações, formação e capacitação e da forma como o conjunto de ações desses profissionais é desenvolvido. Sobre este último aspecto, ainda são escassos os estudos que verificam se a prática desenvolvida pelos ACS condiz com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. É neste contexto que se insere essa pesquisa, com objetivo de analisar se os ACS's de dez municípios da região metropolitana do Recife cumprem suas atividades de acordo com o que é preconizado.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi realizado em 10 municípios da região metropolitana do Recife quais sejam: Araçoiaba, Camaragibe, Igarassu, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Recife, São Lourenço da Mata. A escolha dos 10 municípios da região metropolitana do Recife para realização da pesquisa ocorreu devido ao grande estreitamento político, geográfico, econômico e cultural existentes entre eles.

O número real de participantes da pesquisa de acordo com os cálculos realizados foi de 139 ACS. No entanto considerando recusas e/ou outros tipos de perda no seguimento da pesquisa, para margem de segurança a amostra foi ampliada em 10%. Sendo assim, participou do estudo uma amostra de 153 ACS's, essa amostra de 153 ACS's, que foram retirados a partir do total de 3.559 ACS's foi distribuída proporcionalmente de acordo com o número de ACS existentes em cada município da região.

O cálculo da amostra foi realizado no programa Win Episcopo versão 2.0, com prevalência estimada de 50%, Nível de Significância de 90% e Margem de Erro de 7%.

Após autorização, através das cartas de anuências (em anexo), por parte dos municípios para realização da pesquisa, a secretaria de saúde de cada um dos 10 municípios participantes disponibilizou o banco de dados com o nome de todos os ACS's. Posteriormente, foi realizado um sorteio aleatório simples, de onde foi retirada a amostra para aplicação dos questionários.

Municípios	Número de ACS	Proporção	Amostra	10% de Margem de Segurança
Araçoiaba	32	0,009	1	1
Camaragibe	285	0,080	11	12
Igarassu	209	0,059	8	9
Itamaracá	25	0,007	1	1
Itapissuma	30	0,008	1	1
Jaboatão dos Guararapes	603	0,169	24	26
Moreno	91	0,026	4	4
Olinda	383	0,108	15	16
Recife	1795	0,504	70	77
São Lourenço da Mata	106	0,030	4	5
TOTAL	3559	1,000	139	153

Quadro 1 - Distribuição da amostra de ACS por município da Região Metropolitana do Recife– 2007.

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, tendo como objetivo a descrição das características de um grupo de trabalhadores, (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 1999).

Além disso, pode ser caracterizado como um estudo avaliativo do tipo normativo, descritivo, uma vez que se pretende julgar um programa através da aplicação de normas, para ajudar na tomada de decisões. Pois, de acordo com Contandriopoulos et al., (1997) a avaliação normativa é utilizada quando se quer analisar cada componente através de normas e critérios.

Para alcançar o objetivo do estudo, foram traçadas variáveis que compõem a entrevista. Estas foram distribuídas em dois blocos um referente ao perfil do ACS, onde se encontram características sócio-econômica-demográfica sendo elas: sexo, idade, escolaridade, renda familiar, exercício de alguma atividade remunerada antes de trabalhar como ACS, tempo de trabalho, tipo de vínculo com o município, área de atuação, tempo de moradia, local de residência, participação em algum tipo de atividade comunitária antes de ser ACS, motivo que mais influenciou na escolha da profissão, quantitativo de famílias. E o segundo bloco referente às atividades desenvolvidas pelos ACS's, sendo consideradas as seguintes variáveis: integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, adscrição de famílias, Ações educativas, cadastramento familiar, Serviços de saúde disponíveis, acompanhamento familiar, todas essas destrinchadas nos grupos de: conhecimento

da área, saúde mulher, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde do idoso e atividades diversas.

Os dados foram coletados através de uma entrevista estruturada (apêndice B) contendo perguntas fechadas. As perguntas estão divididas em dois blocos, um referente aos aspectos sócio-econômico-demográficos e outro referente às atribuições dos ACS's, Inicialmente, a pesquisadora junto ao coordenador do PACS/PSF dos municípios participantes, estabeleceu uma estratégia para realização das entrevistas, marcando horários e datas. Os coordenadores se encarregaram de fazer o agendamento prévio com os ACS. As entrevistas foram realizadas entre os meses de outubro-novembro de 2007, nas secretarias de saúde e nos PSF de cada município. O tempo de duração da entrevista variava entre 30 e 40 minutos

Para se ter uma maior confiabilidade com o instrumento e observar possíveis dificuldades e/ou dúvidas, a entrevista utilizada na pesquisa foi previamente idealizada e validada pela pesquisadora em um estudo piloto com uma amostra de 10 ACS's da Região Metropolitana do Recife. Concluído o estudo piloto e feitos os ajustes necessários, realizou-se o estudo principal.

Os dados foram duplamente digitados por pessoas diferentes e comparados, sendo umas destas versões corrigidas. Estas etapas, além da listagem de freqüências das variáveis, foram realizadas utilizando-se o Epi Info 6.02. Foi realizada uma análise estatística descritiva, por meio de gráficos e tabelas, com número e percentual para cada uma das variáveis que compõem a primeira parte da entrevista que se refere, às características sócio-econômica-demográfica. Posteriormente também foi realizada uma análise estatística descritiva, por meio de tabelas, com relação às atividades desenvolvidas pelos ACS's, onde as tabelas apresentam todas as atividades que compõem cada bloco, revelando o percentual de cumprimento de cada uma.

Obedecidos aos preceitos éticos estipulados pela resolução nº 196/96, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões do presente estudo estão organizados em duas partes, de acordo com o objetivo da pesquisa. Na primeira parte, serão apresentadas as características, o perfil sócio-econômico-demográficas dos ACS's. Na segunda, uma descrição da realização das atribuições dos ACS's e se as mesmas estão sendo cumpridas de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Tabela 1- Distribuição dos agentes comunitários de saúde segundo características sócio-econômico demográficas

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	133	86,9
Masculino	20	13,1
Faixa Etária (anos)		
19-29	32	20,9
30-39	65	42,5
40-49	37	24,2
50-59	17	11,1
≥60	2	1,3
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	2	1,3
Ensino médio incompleto	13	8,5
Ensino médio completo	129	84,3
Superior incompleto	7	4,6
Superior completo	2	1,3
Renda per Capita		
≤ 0,5	74	48
0,6 – 1,0	54	35
1,1 – 1,5	24	16
1,6 – 2,0	1	1
Tempo de Trabalho		
> 10 anos	48	31
10 – 5 anos	50	33
4,9 - 4 anos	14	9
3,9 – 2 anos	24	16
< 2 anos	17	11
Área de atuação		
Urbana	145	95
Rural	8	5
Vínculo empregatício		

com o município		
Contrato temporário	89	58
Estatutário	64	42
Local de residência		
Sua microárea	50	32,9
Área da sua ESF	71	46,7
Área da sua USF	9	5,9
No bairro	19	11,8
Não reside mais no bairro	3	2,0
Fora do município	1	0,7

Tabela 1- Distribuição dos agentes comunitários de saúde segundo características sócio-econômica demográfica

Variáveis	n	%
Tempo de Moradia		
> 1 ano	9	6
1 – 2 anos	7	5
3 - 5 anos	6	4
> 5 anos	130	86
Nº de Famílias por ACS		
120 – 149	28	18,3
150 – 179	61	39,9
180 – 199	22	14,4
200 – 219	22	14,4
≥220	20	13,1
Exercia Atv. Remunerada antes de ser ACS		
Sim		
Não	104	68
	49	32
Atualmente desp outra ativ. Fora ACS		
Sim	25	16
Não	128	84
Partic. Em ativ. E instituições na comunidade antes de ser ACS		
Sim	86	56
Não	67	44

Observa-se na tabela 1, que houve um predomínio do sexo feminino, sendo a amostra composta por 87% de mulheres e 13% de homens. No Brasil, a maioria dos ACS's também são mulheres (MARTINS et al., 1996). Resultado este, que corrobora com os obtidos nos estudos de Barcellos, Pandolfi e Miotto (2006), Galavote (2007), Farjado (2001), Silva (2001), Ferraz e Aerts (2004), que encontraram amostras compostas, em sua maior parte, por mulheres.

Segundo Merhy e Franco (2002), esse perfil está relacionado com o papel de cuidador que a mulher sempre desempenhou na sociedade, sendo responsável pela educação e cuidados às crianças e aos idosos da família, o que contribui para a sua maior credibilidade e sensibilidade perante a comunidade assistida.

Lunardelo (2004) recorre à gênese da ESF para demonstrar que, desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a contratação de mulheres foi priorizada com o pressuposto de causar um impacto na condição social das mulheres, por meio do trabalho remunerado.

Considerando a variável idade, verifica-se na tabela 1 que 42,5% dos participantes declaram ter entre 30-39 anos de idade, enquanto 1,3% dos ACS's possui idade ≥ 60 anos. Os dados apresentados corroboram com os estudos de Silva (2001), Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005), que encontraram o maior percentual de profissionais inseridos na faixa etária entre 30-39 anos. Um dos pré-requisitos do Ministério da Saúde é que tenham idade acima de 18 anos, não sendo estabelecido um limite máximo (BRASIL, 2001b).

Essa predominância na faixa etária adulto jovem, de acordo com Galavote (2007) pode indicar busca da profissão de ACS como uma nova perspectiva de trabalho e melhoria da qualidade de vida, por parte dos jovens da comunidade, principalmente, nos bairros mais carentes.

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se na tabela acima que 84,3% dos ACS's entrevistados possuem ensino médio completo, compreendendo a maior parte da amostra. Estando de acordo com o Ministério da Saúde, que passou a exigir, em 2002, como requisitos para exercer essa função, a conclusão do ensino médio (BRASIL. M. S., 2002).

A tabela 1 mostra que 48% do total de ACS's entrevistados apresentam uma renda per capita familiar $\leq 0,5$ salário mínimo e apenas 1% da amostra possuem uma renda per capita familiar entre 1,6 - 2 salários mínimos. De acordo com Santos (2006), como os agentes comunitários de saúde são recrutados e trabalham no lugar

de residência e tendo em vista que o programa priorizou em sua implantação áreas com baixos indicadores sociais e de saúde, era de se esperar que figurassem nesses estratos de renda mais baixa.

Segundo a variável tempo de trabalho no PACS/PSF, observa-se que 33% dos ACS's apresentam um tempo de serviço entre 5 – 10 anos, 31% dos profissionais trabalham a mais de 10 anos. Os resultados citados acima corroboram com os dos autores Galavote (2007), Lima e Moura (2005), onde mais de 60% da amostra de ACS's dos seus estudos trabalham há mais de 3 anos.

De acordo com Ferraz e Aerts (2004), os dados indicam baixa rotatividade desses trabalhadores nos serviços do PSF. Eles ainda recomendam a constatação de que o tempo mínimo de dois anos é indispensável para o conhecimento da comunidade pelo agente, no entanto ressaltam que a qualidade da relação entre agente e população é apenas em parte determinada pelo tempo de vivência do profissional, pois a empatia com a comunidade e vice-versa, é demasiadamente importante para a integração desse trabalhador no estabelecimento de vínculo e responsabilização com os usuários do sistema.

No que refere à área de atuação dos ACS's entrevistados, verificou-se que 95% atuam na área urbana e apenas 5% atuam na zona rural. De acordo com o IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – (PNAD) Censos Demográficos 1991 e 2000, a Região Metropolitana do Recife no ano 2005 apresenta um grau de urbanização de 97,75%, isso demonstra a aplicação da equidade, visto que 2,25% da população estão sendo assistida por 5 % dos ACS's.

Na tabela 1 observa-se que 58% dos participantes, apresentam contrato temporário como vínculo empregatício com o município e 42% dos ACS's, afirmaram ter vínculo empregatício com seu município regido pelo regime estatutário. Resultados esses similares com os de alguns autores, que evidenciam que os contratos temporários são majoritariamente dominantes.

Analisando a variável local de residência dos ACS's, verifica-se na tabela acima que, 11,8% dos entrevistados moram no bairro, em áreas que não pertencem nem a USF onde trabalham. No entanto, considerando o conceito área, residir na área da ESF, observa-se que 79,6% dos ACS's moram na área onde atuam. Esses dados são similares aos do estudo realizado por Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005), onde mais de 90% da amostra total dos ACS's do estudo reside no mesmo bairro onde está situada a USF. No entanto os estudos não estão de acordo

com o critério preconizado pelo PACS/PSF, onde o ACS deve residir em sua microárea.

No que diz respeito aos dados referente ao tempo de moradia dos ACS's no local de trabalho, há um grande destaque para os ACS's que residem há mais de 5 anos. Na tabela 1, observa-se que 86% dos pesquisados moram no local há mais de 5 anos, representando a maioria da amostra, 6% dos ACS's apresentam um tempo de moradia menor que 1 ano, 5% dos participantes residem no local de trabalho entre 1 e 2 anos, verificando assim que 11% dos ACS's não cumprem o recomendado pelo Ministério da Saúde, que é residir na área há pelo menos 2 anos.

Observa-se que a grande maioria dos ACS's tem tempo de permanência maior que 5 anos na comunidade, preenchendo o pré-requisito do Ministério da Saúde, que estabelece que o ACS deva estar morando, no mínimo, há dois anos na comunidade onde trabalha (BRASIL. M. S., 2001).

Ferraz e Aerts (2004), afirmam que é importante esse tempo solicitado como condição necessária para que o agente conheça a comunidade. No entanto, deve-se considerar que a qualidade da relação do agente com a comunidade é apenas em parte determinada pelo tempo que ali reside, pois depende, sobretudo, de suas características pessoais.

A tabela acima mostra que 39,9% dos ACS's têm entre 150-179 famílias, e 13,1% dos pesquisados são responsáveis por mais de 220 famílias. As informações obtidas nesse estudo, com relação ao número de famílias por ACS, são similares aos resultados encontrados por Ferraz e Aerts (2005), onde os ACS's têm o número de famílias que variam na mesma faixa.

Segundo a tabela 1, 68% dos pesquisados exerceram atividade remunerada antes de trabalhar como ACS e 32% não exerciam nenhum tipo de atividade. Sendo assim, identifica-se nas relações prévias de trabalho dos agentes, uma camada diversificada de profissionais, alguns exercendo atividades de forma precária e o predomínio de ocupações que não exigem qualificação formal, onde os exercícios de atividades típicas da área de saúde constituem muito mais uma exceção do que a regra (SANTOS, 2006).

Diante dos resultados apresentados na tabela acima, é possível afirmar que era grande o desemprego entre os profissionais, visto que 42,5% declararam que o motivo que mais influenciou na decisão para escolha da profissão de ACS foi à falta de emprego. O desemprego foi o principal fator associado à busca da profissão de

ACS pelos participantes deste estudo. Este dado é similar aos encontrados nos estudos de Galavote (2007), Coelho (2002), Barcellos, Pandolfi e Miotto (2006), onde a falta de opção de trabalho levaram os ACS's a escolherem a profissão.

Considerando a inserção dos ACS's em outro tipo de atividade, pode-se constatar que 84% dos participantes da pesquisa não estão inseridos em outro tipo de atividade e 16% dos ACS's, afirmaram exercer outro tipo de atividade. Analisando as informações, verifica-se a probabilidade do não cumprimento dos pré-requisitos recomendados pelo Ministério da Saúde, já que o trabalho de ACS implica em 8 horas diárias e neste estudo foram encontrados ACS's, exercendo outra atividade, favorecendo assim ao não cumprimento das atividades por parte dos profissionais e, conseqüentemente, levando a um comprometimento na assistência à população.

Tabela 2 - Distribuição dos ACS's por atividades básicas desenvolvidas em municípios da região metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Trabalha com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea	151	98,7	2	1,3
Cadastra todas as pessoas e mantém os cadastros atualizados	120	78,4	33	21,6
Orienta famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis	105	68,6	48	31,4
Acompanha, por meio de visita domiciliar, famílias e indivíduos, de acordo com as necessidades definidas pela equipe	73	47,7	80	52,3

Considerando as atividades básicas realizadas pelos ACS's, observa-se na tabela 2, que 98,1% trabalham com adscrição de famílias em base geográfica definida. É importante salientar que todos os entrevistados afirmaram acompanhar, por meio de visita domiciliar, famílias e indivíduos. No entanto, 47,7% dos ACS's, declararam que fazem o acompanhamento, de acordo com as necessidades definidas pela equipe e 52,3% ressaltaram que não realizam as visitas de acordo com as necessidades da equipe, utilizando critérios próprios para cumprir esta

atividade, tais como: visitar na seqüência do número de família, ou na seqüência das ruas.

Evidencia-se que este estudo corrobora com os de vários outros autores, como: Silva e Santos (2003), Ferraz e Aerts (2005) e Galavote (2007), onde uma das atividades mais realizadas por parte dos ACS's é o acompanhamento das famílias por meio da visita domiciliar. Esta é um instrumento ideal para a educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família. As orientações não estão prontas, pois cada casa apresenta uma realidade e é baseada nessa realidade que acontece a troca de informações (FERRAZ; AERTS, 2005).

Tabela 3 - Distribuição dos ACS's por atividades de saúde da mulher desenvolvidas em municípios da região metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Busca ativa para realização do exame preventivo cérvico-uterino.	109	71.2	44	28.8
Monitora à realização anual do preventivo de Câncer Cérvico-Uterino	80	52.3	73	47.7
Orienta quanto ao exame de mama	92	60.1	61	39.9
Orienta quanto as DST 's	76	49.7	77	50.3
Orienta quanto ao planejamento familiar	55	35.9	98	64.1
Gestantes				
Identificação das gestantes	152	99.3	1	0.7
Cadastra as gestantes através da ficha B	87	56.9	66	43.1
Atualiza mensalmente a ficha B-GES	82	53.6	71	46.4
Acompanhamento através do cartão da gestante	141	92.2	12	7.8
Faz visitas domiciliares	152	99.3	1	0.7
Monitoramento da vacinação	131	85.6	22	14.4
Identificação de fatores de risco	72	47.1	81	52.9

Avaliação do estado nutricional	69	45.1	84	54.9
Orienta e encaminha para realização do pré-natal na US	151	98.7	2	1.3
Estímulo ao aleitamento materno	117	76.5	36	23.5
Realiza visita de puerpério	135	88.2	18	11.8
Desenvolve atividades de educação em saúde	45	29.4	108	70.6

No que refere à saúde de mulher, observa-se na tabela acima que, 71,2% dos ACS's realizam busca ativa das mulheres para realização do exame preventivo cérvico-uterino, sendo esta a atividade mais desenvolvida no que refere à mulher. É importante salientar que os 64,1% dos ACS's que não orientam quanto ao planejamento familiar, afirmaram que são os enfermeiros que realizam essa atividade.

Observa-se que a gestante é a condição mais priorizada pelos ACS's na abordagem à saúde da mulher, chegando a 90% ou mais de realização das principais atividades. Verificando assim, que quase todos os entrevistados fazem a identificação das gestantes e realizam as visitas domiciliares nesse grupo, enquanto apenas 29,4% relataram que desenvolve atividades de educação em saúde.

Vale salientar que a saúde da mulher é considerada pelo Ministério da Saúde como uma área temática estratégica que busca a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde e a redução da morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal (BRASIL. S. A. S., 2003). Sendo assim, é necessário o cumprimento por parte dos ACS's das atividades voltadas para saúde deste grupo.

Diante das atribuições elencadas no que refere às gestantes, observa-se que não há um desempenho de todos os ACS's em atividades de grande importância como o estímulo ao aleitamento materno, orientação e encaminhamento ao pré-natal, além de monitoramento da vacinação, identificação de fatores de risco e avaliação estado nutricional.

Visto que as reduções das taxas de morbimortalidade materna e infantil dependem, significativamente, da avaliação da assistência de pré-natal e que uma assistência pré-natal adequada e sua interação com os serviços de assistência ao

parto são fundamentais para obtenção de bons resultados da gestação. Torna-se necessário que as atividades referentes às gestantes sejam incorporadas e cumpridas por 100% dos ACS's na sua rotina diária, favorecendo assim a população assistida e conseqüentemente levando a redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil.

Tabela 4 - Distribuição dos ACS's por atividades de saúde da criança desenvolvidas em municípios da região metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Identificação de NV no mês	152	99.3	1	0.7
Identificação de NV com baixo peso	133	86.9	20	13.1
Cópia do cartão da criança	98	64.1	55	35.9
Orienta quanto ao registro civil	18	11.8	135	88.2
Acompanha os bebês e orienta as mães.	151	98.7	2	1.3
Estimulo ao aleitamento exclusivo	118	77.1	35	22.9
Pesa os bebês	26	17.0	127	83.0
Mede os bebês	7	4.6	146	95.4
Incentiva a vacinação e acompanha o esquema vacinal	151	98.7	2	1.3
Identifica os bebês com diarreia e orienta o uso do SRO	124	81.0	29	19.0
Identifica os bebês com IRA e encaminha às USF, orientando a família sobre o tratamento	103	67.5	50	32.7
Acompanha as crianças desnutridas e orienta as mães sobre a alimentação	96	62.7	57	37.3
Desenvolve atividades educativas	28	18.3	125	81.7

Avaliando os resultados apresentados na tabela 4 verifica-se que, de todas as atividades pesquisadas, a que é mais realizada por parte dos ACS's é a identificação de nascidos vivos no mês, que é feita por 99,3%. As atividades de pesar e medir os bebês chama atenção pelo baixo percentual de realização dessas funções por parte dos ACS's entrevistados, visto que apenas 17% afirmaram que pesava as crianças e 4,6% declararam medir.

Os resultados da tabela 4 mostram similaridade no que refere às atividades realizadas pelos ACS's no estudo de (GIFFIN; SHIRAIWA, 1989) que são: acompanhamento bimensal do peso; identificação e encaminhamento de casos suspeitos de desnutrição; controle do estado de imunização; orientação para o aleitamento; orientação para o tratamento de diarréias com TRO; identificação, orientação e/ou encaminhamento de problemas comuns, tais como infecções respiratórias, doenças de pele, verminose, catapora, febre, piolho, coqueluche e sarampo.

Tabela 5 - Distribuição dos ACS's por atividades de saúde do adolescente desenvolvidas em municípios da região metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Orienta quanto a DST's/ HIV/ AIDS	80	52.3	73	47.7
Orienta quanto ao uso de drogas	23	15.0	130	85.0
Identifica e orienta situações de violência (doméstica, sexual e urbana).	15	9.8	138	90.2
Orienta quanto risco de gravidez e métodos contraceptivos	92	60.1	61	39.9
Orienta quanto à saúde bucal	5	3.3	148	96.7
Desenvolve atividades de educação em saúde	23	15.0	130	85.0

Na tabela 5, constata-se que as atividades relacionadas à saúde do adolescente não estão sendo priorizadas pelos ACS's, observa-se que há majoritariamente um predomínio da atividade referente à orientação quanto risco de gravidez e métodos contraceptivos, sendo realizada por 60,1% dos pesquisados. Visto que um grande percentual de ACS's não desempenha as atividades voltadas à saúde do adolescente, os dados obtidos vão de encontro, por exemplo, ao que é definido pelo Ministério da Saúde, que ao longo do tempo vem definindo estratégias que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos adolescentes, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos (BRASIL. S. A. S., 2000).

Tabela 6 - Distribuição dos ACS's por atividades em saúde do adulto em municípios da região metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Diabetes				
Identificação dos diabéticos	150	98.0	3	2.0
Acompanhamento dos diabéticos	150	98.0	3	2.0
Pergunta e acompanha se o paciente faz dieta	120	78.4	33	21.6
Pergunta se o paciente faz exercícios físicos	78	51.0	75	49.0
Monitora o paciente quanto ao uso de insulina	121	79.1	32	20.9
Monitora o uso do hipoglicemiante oral pelo paciente	140	91.5	13	8.5
Anota a data da última consulta do paciente ao médico	61	39.9	92	60.1
Faz busca ativa dos faltosos a consulta	72	47.1	81	52.9
Atualiza mensalmente a ficha B-DIA	64	41.8	89	58.2
Desenvolve atividades educativas	72	47.1	81	52.9
Hipertensão				
Identificação dos hipertensos	150	98.0	3	2.0
Acompanhamento dos hipertensos	147	96.1	6	3.9
Pergunta e acompanha se o paciente faz dieta	123	80.4	30	19.6
Monitora o paciente quanto ao uso da medicação	144	94.1	9	5.9
Pergunta se o paciente faz exercícios físicos	79	51.6	74	48.4
Anota os valores da pressão arterial	57	37.3	96	62.7
Anota a data da última consulta do paciente ao médico	52	34.0	101	66.0
Faz busca ativa dos faltosos a consulta	78	51.0	75	49.0
Atualiza mensalmente a ficha B-HÁ	62	40.5	91	59.5
Desenvolve atividades de educação em saúde	73	47.7	80	52.3
Tuberculose				
Já teve paciente com Tuberculose	93	67.7	60	39,2
Realiza busca ativa de casos de TB	59	63.4	34	36.6
Acompanhamento dos pacientes com TB	89	95.7	4	4.3

Verifica se o paciente toma medicação diária	74	79.6	19	20.4
Pergunta sobre reações indesejáveis	14	15.1	79	84.9
Verifica a data da última consulta do paciente ao médico	23	24.7	70	75.3
Anota resultados do exame de escarro	11	11.8	82	88.2
Faz busca ativa de comunicantes e orienta encaminhando para exame.	54	58.1	39	41.9
Orienta vacina BCG para comunicantes < 5 anos	38	40.9	55	59.1
Hanseníase				
Já teve paciente com Hanseníase	98	64.0	55	35.9
Realiza busca ativa de casos de HAN	64	64.6	35	35.4
Acompanhamento dos pacientes com HAN	93	94.5	5	5.1
Verifica se o paciente toma medicação diária	73	74.5	25	25.5
Pergunta sobre reações indesejáveis	17	17.3	81	82.7
Verifica a data da última consulta do paciente ao médico	26	26.5	72	73.5
Anota resultados do exame	11	11.2	87	88.8
Faz busca ativa de comunicantes e orienta encaminhando para exame.	56	57.1	42	42.9

No que refere à saúde do adulto verifica-se que as atividades mais desenvolvidas são: identificação e acompanhamento dos diabéticos e hipertensos que é feita por quase 100% dos ACS's. É importante salientar que 39,2% dos entrevistados declararam nunca terem tido pessoas com tuberculose em sua microárea e 35,9% também nunca tiveram usuários com hanseníase. Verifica-se ainda o baixíssimo percentual de cumprimento de atividades educativas.

Avaliando os resultados descritos na tabela 6, observa-se que os ACS's cumprem algumas das atividades previstas pelos documentos oficiais. No entanto, sendo um grupo prioritário e levando em consideração o elevado percentual de morbidade por parte da população, nota-se um baixo grau de engajamento no cumprimento de atividades importantes como, estímulo ao exercício físico, consulta médica, uso da ficha B e ações educativas.

Evidencia-se na tabela acima que as atividades que visam controlar e monitorar os pacientes com tuberculose, não são cumpridas por todos os ACS'S da

amostra, o que difere do que é preconizado pelos documentos legais do PACS/PSF e pelo Programa de Controle da Tuberculose.

Tabela 7 - Distribuição dos ACS's por atividades de saúde do idoso desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Identifica e cadastra acamados	142	92.8	11	7.2
Agenda visitas para acamados	119	77.8	34	22.2
Identifica idoso em situação de risco	74	48.4	79	51.6
Orienta em relação a acidentes	39	25.5	114	74.5
Orienta vacina	127	83.0	26	17.0
Faz busca ativa para vacinação	115	75.2	38	24.8
Desenvolve atividades de educação em saúde	35	22.9	118	77.1

Avaliando os resultados encontrados na tabela acima, observa-se que a atividade declarada como mais desenvolvida pelos ACS's 92,8%, é a identificação e cadastramento dos acamados. Verifica-se um percentual muito baixo das realizações de várias atribuições, por parte dos ACS's no que refere à saúde do idoso. Segundo Bezerra; Espírito Santo e Batista Filho (2005), os agentes estão, no seu cotidiano, numa relação com o segmento idoso marcada por queixas relacionadas ao adoecimento. Ao destacarem os entraves ao desempenho de suas funções, essas agentes referem situações que dificultam a resolutividade das queixas, ou seja, problemas que impedem a solução dos agravos referidos pelos idosos. O caminho a ser construído pelos ACS para sua atuação deve se pautar pela adaptação dos idosos às perdas físicas, sociais e emocionais, fazendo-o reconhecer a si mesmo e compreender o seu estado e tempo. Além disso, estimulá-lo a descobrir mecanismos de inserção social, tornando-o mais ativo e consciente de sua importância e seu papel como cidadão atuante.

Tabela 8 - Distribuição dos ACS's por atividades diversas desenvolvidas em municípios da Região Metropolitana do Recife – 2007.

VARIÁVEL	Sim		Não	
	N	%	N	%
Participa de campanhas de vacinação humana	149	97.4	4	2.6
Participa de campanhas de vacinação animal	61	39.9	92	60.1
Faz notificação	42	27.5	111	72.5
Faz planejamento local com a equipe	37	24.2	116	75.8
Participa das reuniões da equipe	143	93.5	10	6.5
Faz apresentação do diagnóstico da área para a comunidade	7	4.6	146	95.4
Atividades de orientação, controle e monitoramento das endemias	53	34.6	100	65.4
Orienta com relação ao destino adequado do lixo	123	80.4	30	19.6
Orienta quanto o tratamento domiciliar de água de beber	126	82.4	27	17.6
Participa de atividades de controle social	38	24.8	115	75.2

Analisando a tabela 8, observa-se um aspecto muito importante que é a participação nas reuniões de equipe, pois, de acordo com a tabela, quase 100% da amostra participam. No entanto, segundo os ACS's, essas reuniões são apenas de caráter administrativo, enquanto 24,2%, afirmaram realizar planejamento local junto à equipe.

De acordo com os resultados obtidos na tabela abaixo, evidencia-se a similaridade com o estudo de Silva e Santos (2003), onde menos de 50% da sua amostra não estimulava a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia na conquista de qualidade de vida, na participação ou promoção de ações, que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida, ou seja, não participavam de atividades de controle social, como por exemplo, a apresentação do diagnóstico da área para a comunidade que é feita apenas por 4,6% dos entrevistados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os objetivos que nos nortearam nessa pesquisa, caracterizamos os agentes comunitários de saúde que compõem os municípios da Região Metropolitana do Recife estudados, bem como, analisamos o cumprimento das atividades do seu cotidiano.

A partir de uma perspectiva quantitativa, com base em entrevistas com os agentes comunitários de saúde, procuramos apreender alguns aspectos relevantes da sua prática.

Com relação às principais características sócio-econômico-demográficas encontradas no estudo, observa-se que o trabalho dos ACS's é desenvolvido predominantemente por adultos jovens, do sexo feminino que estão inseridos no exercício desta atividade há mais de 5 anos. Anteriormente ao trabalho de ACS, os entrevistados desta pesquisa desempenhavam atividades remuneradas não relacionadas ao setor saúde, apesar de em sua maioria, participar de grupos, associações e ou instituições de grande inserção comunitária. A renda per capita familiar destes profissionais foi considerada baixa, pressupondo ainda que o valor salarial tenha grande contribuição na sustentação familiar.

Quando relacionamos o perfil encontrado dos ACS's entrevistados com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, verifica-se que todos os ACS's tem idade superior a 18 anos, apresentam em sua grande maioria, o ensino médio completo, bem como, tempo de moradia no local de trabalho superior a 5 anos, em conformidade com o que é estabelecido pelo Ministério da saúde. Entretanto, é importante salientar que um grande número de ACS's não reside na sua microárea de atuação, não estando de acordo com o recomendado. Destacam-se também como achados negativos importantes o elevado número de famílias por ACS e o desempenho de outras atividades concomitantes ao trabalho de ACS.

O estudo mostra que os ACS's cumprem em partes, suas atividades, sendo assim, verificou-se que atividades imprescindíveis, consideradas básicas e que devem estar presentes no trabalho diário deste profissional, não estão sendo cumpridas pelos participantes do estudo. Identificou-se ainda que as atividades que estão situadas no âmbito da ajuda às comunidades em favor do desenvolvimento

sanitário, bem como aquelas educativas por essência, revelaram-se deficientes, numa análise comparativa com as demais ações.

Nessa pesquisa verificou-se que não há, pela totalidade da amostra estudada, o cumprimento das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo assim, o grande desafio é o entendimento das implicações que o não cumprimento dessas atividades traz ao trabalho do 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 influenciando no ao não cumprimento das suas atribuições.

Devido à importância do desempenho do trabalho do ACS no contexto da saúde da população é de extrema necessidade que a gestão incorpore ferramentas estratégicas, para assim sugerir ações que possam estimular o cumprimento com qualidade das atividades e potencializar o trabalho do ACS.

Face ao exposto, considerando que o objetivo principal do estudo foi analisar as atividades dos ACS's com base no cumprimento às normas do Ministério da Saúde, ressaltando os aspectos quantitativos, sugere-se estudos posteriores que considerem a qualidade das atividades realizadas por esses profissionais e a identificação dos aspectos que levam ao não cumprimento de atividades que devem está presentes no trabalho diário desses profissionais.

5 REFERÊNCIAS

BARCELLOS, C. S. N.; PADOLFI, M.; MIOTTO, M. H. M. B. Perfil do agente comunitário de saúde (ACS) de Vitória – ES. **Revista de Odontologia**, Vitória, v. 8, n. 1, p. 21-28, dez./jan. 2006.

BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do idoso. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e da outras providencias. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10507.htm>>. Acesso em: 30 novembro 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília; DF, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa>>. Acesso em: 20 out. 2006.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **SIAB: manual do sistema de informações da atenção básica**. Brasília, 2003.

COÊLHO, E. B. **O Perfil do Agente Comunitário de Saúde características desse novo trabalhador da saúde e suas perspectivas um estudo em Camaragibe e São Bento do Una/PE 2002**. Monografia (Especialização em Saúde Pública)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. **Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 1997.

FARJADO, A. P. **Agentes comunitários de saúde : discurso e prática em saúde bucal coletiva** –. 2004. 146 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 28, n. 66, p. 68-74, jan./abr. 2004.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, abr./jun. 2005.

GALAVOTE, H. S. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na estratégia saúde da família no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. No prelo. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1053>. Acesso em: 20 out. 2007.

GIFFIN, K.; SHIRAIWA, T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 24-44, 1989.

INFORME DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, ano 8, n. 43, nov./dez. 2007.

LIMA, J. C.; MOURA, M. C. Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. **Sociedade & Estado**, Brasília, DF, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan./abr.2005.

LUNADERLO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família de Ribeirão Preto – São Paulo**. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

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

MARQUES, C. M. S; PADILHA, E. M. Contexto e perspectiva da formação do Agente Comunitário de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 345-352, 2004.

MENDONÇA, M. H. M. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1433-1434, set./out. 2004.

MERHY, E. E. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec; 2003.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde Debate**, Londrina, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

ROUQUAYROL, Z.; ALMEIDA FILHO, N. Desenhos de pesquisas em epidemiologia. In:_____. **Epidemiologia e Saúde**. 5. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI,1999. cap. 6, p. 149-169.

SANTOS, M. R. **Perfil dos agente comunitário de saúde da região de Juiz de Fora - MG.** 2006. 162 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

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

SILVA, M. H. **Perfil do Agente Comunitário de Saúde do Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. 290 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública- Administração Hospitalar) – Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, M. J.; RODRIGUES, R. M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/>> Acesso em: 22 outubro 2007.

UNICEF. **Relatório Situação da Infância Brasileira 2001.** Desenvolvimento infantil - os primeiros seis anos de vida, Brasília, DF, 2001.

APÊNDICE C**ENTREVISTA**

(Adaptado de Coelho, 2003)

Nº _____

Data do preenchimento deste questionário: ____/____/____

Nome do município: _____

I – Informações Gerais

1. Sexo:	
Masculino	1
Feminino	2
2. Idade:	
18 anos	0
19 a 29 anos	1
30 a 39 anos	2
40 a 49 anos	3
50 a 59 anos	4
> 60 anos	5
3. Escolaridade:	
Analfabeto (só assina o nome)	0
Alfabetizado (assina e redige um bilhete)	1
1ª a 4ª série	2
5ª a 8ª série	3
1º Grau completo	4

2º Grau incompleto	5	
2º Grau completo	6	
Cursando faculdade ou universidade	7	
Superior completo	8	
4. Renda Familiar		
< 1 salário mínimo (até 380 reais)	0	
1 salário mínimo (exatamente 380 reais)	1	
De 1 a 2 salários mínimos (entre 380 e 760 reais)	2	
De 2 a 3 salários mínimos (entre 760 e 1140)	3	
De 3 a 4 salários mínimos (entre 1140 e 1520 reais)	4	
De 4 a 5 salários mínimos (entre 1520 e 1900 reais)	5	
> 5 salários mínimos (mais de 1900 reais)	6	
5. Número de pessoas que dependem da renda familiar incluindo o (a) entrevistado (incluir adultos, idosos e outros dependentes: _____)		
	SIM	NÃO
6. Já exercia alguma atividade remunerada antes de trabalhar como ACS?	1	2
7. Em caso afirmativo, qual? Especificar: _____		
	SIM	NÃO
8. Atualmente continua inserido em alguma dessas atividades:	1	2
9. em caso positivo, qual é o vínculo:		
Trabalha por conta própria	0	
Trabalha sem carteira assinada	1	

Tem vínculo com cooperativa para esse trabalho extra	2
Trabalhador autônomo (recolhe INSS)	3
Trabalha com carteira assinada	4
Cargo comissionado	5
Outro tipo de vínculo	6
10. Mês/ano em que começou a trabalhar como Agente Comunitário de Saúde do PACS ou PSF: (considere a data da sua contratação para atuar na equipe): ____/____	
11. Qual o tipo de vínculo empregatício que você tem com o município	
CLT – próprio	0
CLT – Cedido	1
Contratação comissionada	2
Terceirização - empresas	3
Terceirização - cooperativas	4
Terceirização – Fundações e outros órgãos	5
Contratação temporária	6
Contratação individual de prestação de serviço	7
Bolsa trabalho/ajuda de custo	8
Outros tipos de vínculos	9
Especificar: _____	

12. Área onde atua? (considere a predominante e/ou a definida no cadastro da equipe no SIAB):		
Urbana	1	
Rural	2	
13. Assinale a alternativa que refere o local onde você reside:		
Mora na sua microárea	0	
Mora na área da sua Equipe de Saúde da Família	1	
Mora na área da Unidade de Saúde da Família	2	
Mora no bairro	3	
Não mora mais no bairro	4	
Mora fora do município	5	
14. Há quanto tempo mora na área onde trabalha?		
< de 1 ano	1	
De 1 a 2 anos	2	
De 3 a 4 anos	3	
De 4 a 5 anos	4	
> de 5 anos	5	
15. Antes de ser ACS, você teve algum tipo de participação em atividades na comunidade? Qual?	SIM	NÃO
15.1 Instituição ou movimento social antes de ser ACS	1	2
15.2 Grupos da igreja	1	2
15.3 Clube de mães	1	2

15.4 Clube esportivo	1	2
15.5 Associação de moradores	1	2
15.6 Conselho de Merenda Escolar	1	2
15.7 Conselho Municipal de Saúde	1	2
15.8 Conselho Gestor de Unidade de Saúde	1	2
15.9 Conselho Tutelar	1	2
15.10 Conselho Municipal de Assistência Social	1	2
15.11 Orçamento Participativo	1	2
15.12 Sindicato	1	2
15.13 Outro tipo de atividade comunitária	1	2
Especificar: _____		
16. Que motivo levou você a trabalhar como ACS? Escolha a razão que mais pesou na sua decisão em trabalhar como ACS:		
Estava desempregado (a)		0
Trabalhava mas a renda não era suficiente		1

Trabalho deixa tempo livre para conciliar com outra atividade (exceto estudo)		2
Para ter condições de continuar estudando		3
Já trabalhava como ACS ou parteira voluntário (a)		4
convidada por pessoa ligada à administração municipal		5
Queria experimentar o tipo de trabalho		6
Pretendia ser profissional de saúde		7
Admirava o trabalho do ACS		8
Já desenvolvia trabalho comunitário		9
Foi incentivado(a) por outras pessoas ou familiares		10
Outro motivo? Especificar: _____		11
17. Quantitativo de famílias :		
120 – 149		0
150 – 179		1
180 – 199		2
200 – 219		3
> 220		4
Quais das atividades abaixo fazem parte da sua rotina de trabalho:		

trabalho:		
CONHECIMENTO DA ÁREA	SIM	NÃO
18. Trabalha com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea:	1	2
19. Cadastra todas as pessoas de sua microárea e mantém os cadastros atualizados:	1	2
20. Orienta famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis:	1	2
21. Acompanha, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe:	1	2
SAÚDE DA MULHER		
	SIM	NÃO
22. Busca ativa das mulheres para realização do exame preventivo cérvico-uterino	1	2
23. Monitora as mulheres de sua microárea quanto à realização anual preventivo de Câncer Cérvico-Uterino	1	2
24. Orienta quanto ao exame de mama	1	2
25. Orienta quanto as DST 's	1	2

26. Orienta quanto ao planejamento familiar	1	2
Acompanhamento às gestantes		
	SIM	NÃO
27. Identificação das gestantes	1	2
28. Cadastra as gestantes de sua área de trabalho através da ficha B	1	2
29. Acompanhamento de todas as gestantes através do cartão da gestante	1	2
30. Faz visitas domiciliares	1	2
31. Monitoramento da vacinação	1	2
32. Identificação de fatores de risco	1	2
33. Avaliação estado nutricional	1	2
34. Orienta e encaminha as gestantes as US para acompanhamento do pré-natal	1	2
35. Estímulo ao aleitamento materno	1	2
36. Realiza visita de puerpério	1	2
37. Atualiza mensalmente a ficha B-GES	1	2
38. Desenvolve atividades de educação em saúde	1	2
SAÚDE DA CRIANÇA		
39. Identificação de NV no mês	1	2
40. Identificação de NV com baixo peso	1	2
41. Faz cópia do cartão da criança (cartão sombra)	1	2
42. Orienta quanto ao registro civil	1	2
43. Acompanha os bebês e orienta as mães.	1	2
44. Estimulo ao aleitamento exclusivo	1	2
45. Pesa os bebês	1	2
46. Mede os bebês	1	2
47. Incentiva a vacinação e acompanha o	1	2

esquema vacinal através do cartão da criança		
48. Identifica os bebês com diarreia e orienta o uso do SRO	1	2
49. Identifica os bebês com IRA e encaminha às USF, orientando a família sobre o tratamento	1	2
50. Acompanha as crianças desnutridas e orienta as mães sobre a alimentação	1	2
51. Desenvolve atividades educativas	1	2
SAÚDE DO ADOLESCENTE		
	SIM	NÃO
52. Orienta quanto a DST's/ HIV/ AIDS	1	2
53. Orienta quanto ao uso de drogas	1	2
54. Identifica e orienta situações de violência (doméstica, sexual e urbana)	1	2
55. Orienta quanto risco de gravidez e métodos contraceptivos	1	2
56. Orienta quanto à saúde bucal	1	2
57. Desenvolve atividades de educação em saúde	1	2
SAÚDE DO ADULTO		
Diabetes	SIM	NÃO
58. Identificação dos diabéticos	1	2
59. Acompanhamento dos diabéticos	1	2
60. Pergunta e acompanha se o paciente faz dieta	1	2
61. Pergunta se o paciente faz exercícios físicos	1	2
62. Monitora o paciente quanto ao uso de insulina	1	2

63. Monitora o uso do hipoglicemiante oral pelo paciente	1	2
64. Anota a data da última consulta do paciente ao médico	1	2
65. Faz busca ativa dos faltosos a consulta	1	2
67. Atualiza mensalmente a ficha B-DIA	1	2
68. Desenvolve atividades educativas	1	2
Hipertensão	SIM	NÃO
69. Identificação dos hipertensos	1	2
70. Acompanhamento dos hipertensos	1	2
71. Pergunta e acompanha se o paciente faz dieta	1	2
72. Monitora o paciente quanto ao uso da medicação	1	2
73. Pergunta se o paciente faz exercícios físicos	1	2
74. Anota os valores da pressão arterial	1	2
75. Anota a data da última consulta do paciente ao médico	1	2
76. Faz busca ativa dos faltosos a consulta	1	2
77. Atualiza mensalmente a ficha B-HÁ	1	2
78. Desenvolve atividades de educação em saúde	1	2
Tuberculose	SIM	NÃO
79. Realiza busca ativa de casos de TB	1	2
80. Acompanhamento dos pacientes com TB	1	2
81. Verifica se o paciente toma medicação diária	1	2
82. Pergunta sobre reações indesejáveis	1	2

83. Verifica a data da última consulta do paciente ao médico	1	2
84. Anota resultados do exame de escarro	1	2
85. Faz busca ativa de comunicantes e orienta encaminhando para exame.	1	2
86. Orienta vacina BCG para comunicantes < 5 anos	1	2
Hanseníase	SIM	NÃO
87. Realiza busca ativa de casos de HAS	1	2
88. Acompanhamento dos pacientes com HAS	1	2
89. Verifica se o paciente toma medicação diária	1	2
90. Pergunta sobre reações indesejáveis	1	2
91. Verifica a data da última consulta do paciente ao médico	1	2
92. Anota resultados do exame	1	2
93. Faz busca ativa de comunicantes e orienta encaminhando para exame.	1	2
SAÚDE DO IDOSO		
	SIM	NÃO
94. Identifica e cadastra acamados	1	2
95. Agenda visitas para acamados quando necessário	1	2
96. Identifica idoso em situação de risco (violência doméstica, viver sozinho, outro).	1	2
97. Orienta em relação a acidentes	1	2
98. Orienta vacina	1	2

99. Faz busca ativa para vacinação	1	2
100. Desenvolve atividades de educação em saúde	1	2
ATIVIDADES		
	SIM	NÃO
101. Participa de campanhas de vacinação humana	1	2
102. Participa de campanhas de vacinação animal	1	2
103. Faz notificação	1	2
104. Faz planejamento local com a equipe	1	2
105. Participa das reuniões da equipe	1	2
106. Faz apresentação do diagnóstico da área para a comunidade	1	2
107. Atividades de orientação, controle e monitoramento das endemias	1	2
108. Orienta com relação ao destino adequado do lixo	1	2
109. Orienta quanto o tratamento domiciliar de água de beber	1	2
110. Participa de atividades de controle social	1	2
CURSO		
	SIM	NÃO
111. Você acha que o curso contribuiu para o melhor desenvolvimento das suas atividades?	1	2

9 ANEXOS



ANEXO A



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: Análise das práticas dos agentes comunitários de saúde na Região Metropolitana do Recife

Pesquisador responsável: Cynthia Maria Barboza do Nascimento

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 28/05/2007

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 31/07


Registro no CAAE: 0031.0.095.000-07

PARECER Nº 026/2007

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 10 de julho de 2010. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 10 de julho de 2007.


 Aldemir Fernandes Freyre
 Professor
 Vice-Coordenador
 CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 10/07/2008.

ANEXO B

PREFEITURA MUNICIPAL DE JABOATÃO DOS GUARARAPES
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE PSF E PACS

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora Cynthia Maria Barboza do Nascimento, mestranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/FIOCRUZ, sob a orientação do professor Ricardo Tavares, a realizar a pesquisa "**Análise das Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde na Região Metropolitana do Recife**", na Secretaria de Saúde de Araçoiaba.

Serão realizadas entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde deste município, as quais serão aleatoriamente escolhidos.

Recife, 18 de maio de 2007

SEC. MUN. DE SAÚDE/PMJG
Hugo Marcelo de Brito
Coord. do PACS/PSF
Mat. 57544-S, CRM 2865

Hugo Marcelo V. Brito

Coordenação do PACS/PSF



SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora Cynthia Maria Barboza do Nascimento, mestranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/FIOCRUZ, sob a orientação do professor Ricardo Tavares, a realizar a pesquisa "**Análise das Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde na Região Metropolitana do Recife**", na Secretaria de Saúde de Itamaracá.

Serão realizadas entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde deste município, as quais serão aleatoriamente escolhidos.

Recife, 17 de maio de 2007

Eunice de Lima Gonçalves
Secretaria de Saúde de Itamaracá



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora Cynthia Maria Barboza do Nascimento, mestranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/FIOCRUZ, sob a orientação do professor Ricardo Tavares, a realizar a pesquisa “**Análise das Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde na Região Metropolitana do Recife**”, na Secretaria de Saúde do Moreno.

Serão realizadas entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde deste município, as quais serão aleatoriamente escolhidos.

Recife, 11 de maio de 2007.


Dr^a. Rufina Abigail Coelho
Secretária de Saúde

Secretaria de Saúde do Moreno
Dr^a Rufina Abigail Coelho
Secretária de Saúde



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora Cynthia Maria Barboza do Nascimento, mestranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/FIOCRUZ, sob a orientação do professor Ricardo Tavares, a realizar a pesquisa "**Análise das Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde na Região Metropolitana do Recife**", na Secretaria de Saúde de Itapissuma.

Serão realizadas entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde deste município, as quais serão aleatoriamente escolhidos.

Itapissuma, 14 de maio de 2007

SUEDILSON S MARACAJÁ RAMOS

Secretário de Saúde



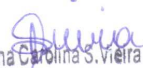
GOVERNO MUNICIPAL DE ARAÇOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora Cynthia Maria Barbosa do Nascimento, mestranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) FIOCRUZ, sob a orientação do professor Ricardo Tavares, a realizar a pesquisa **“Análise das Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde na Região Metropolitana do Recife”**, na Secretaria de Saúde de Araçoiaba.

Serão realizadas entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde deste Município, os quais serão aleatoriamente escolhidos.

Recife, 18 de maio de 2007.


Ana Carolina S. Vieira
Enfermeira
Ana Carolina Santana Vieira
Coordenadora do PACS/PSF

Rua José Luiz da Silva Nº 31 – Centro – Araçoiaba - PE CEP: 53690-000 C.G.C. 01.613.860/0001-63
E-mail: secsaudearacoiaba@iq.com.br Fone / Fax (81) 35438369

Emitido em 18/05/2007 às 09:48



SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora Cynthia Maria Barboza do Nascimento, mestranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/FIOCRUZ, sob a orientação do professor Ricardo Tavares, a realizar a pesquisa "Análise das Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde na Região Metropolitana do Recife", na Secretaria de Saúde de São Lourenço da Mata.

Serão realizadas entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde deste município, as quais serão aleatoriamente escolhidos.

Recife, 16 de maio de 2007

Betânia Barros

Coordenadora PSF



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gabinete da Secretária

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora Cynthia Maria Barboza do Nascimento, mestranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) FIOCRUZ, sob a orientação do professor Ricardo Tavares, a realizar a pesquisa "Análise das Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde na região Metropolitana do Recife", na Secretaria de Saúde de Camaragibe.

Serão realizadas entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde deste município, as quais serão aleatoriamente escolhidos.

Camaragibe, 14 de maio de 2007.


Dra. Ricarda Samara
Secretária de Saúde



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora Cynthia Maria Barboza do Nascimento, mestranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/FIOCRUZ, sob a orientação do professor Ricardo Tavares, a realizar a pesquisa "**Análise das Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde na Região Metropolitana do Recife**", na Secretaria de Saúde de Recife.

Serão realizadas entrevistas com os Agentes Comunitários de Saúde deste município, as quais serão aleatoriamente escolhidos.

Recife, 14 de maio de 2007

Luciana Pinheiro

Gerente da Atenção Básica

Luciana Regina Pinheiro
Gerente de Atenção Básica
Mat. 64.432-0