

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PAPEL DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CAMPOS GERAIS-MG**

LÚCIA HELENA TEIXEIRA ARAÚJO BRANQUINHO

**Campos Gerais
2011**

LÚCIA HELENA TEIXEIRA ARAÚJO BRANQUINHO

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PAPEL DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CAMPOS GERAIS-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Universidade Federal de Minas, como requisito parcial, para a obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira

LÚCIA HELENA TEIXEIRA ARAÚJO BRANQUINHO

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PAPEL DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CAMPOS GERAIS-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Universidade Federal de Minas, como requisito parcial, para a obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira

Banca Examinadora:

Profa. Celina Camilo de Oliveira - UFMG
Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira - UFMG
Aprovada em Belo Horizonte, 01/09/2011

**Campos Gerais
2011**

Dedicatória

Na criatura e na criação, o criador se expressa e se corporifica.
Este trabalho é, então, dedicado a Deus, presente em tudo e em todos que
contribuíram para que esse momento fosse possível.

Agradecimentos

Agradecer é sempre um ato envolto em receio. Receio de esquecer um, de não fazer jus ao outro... A despeito disso, não poderia entregar esse trabalho sem agradecer a todos que foram Bênçãos em minha vida, que direta ou indiretamente participaram desse momento. Tenham certeza que tem um pouquinho de cada um de vocês no presente trabalho. Na tentativa de tentar organizar um pouco os agradecimentos e na impossibilidade de colocar todos no primeiro lugar (como o coração manda, mas a física proíbe) resolvi "categorizar" os agradecimentos: família, faculdade, amigos...

A minha mãe, Maria Candida, **(In memorian)**, exemplo de fortaleza, persistência e amor; o porto seguro que sempre me abrigou e impulsionou a navegar em novas águas. Obrigada por manter o farol aceso para apontar-me o caminho de volta... Saudades, minha querida mãe, Nhora...

Ao meu pai, Alberto Carlos **(In memorian)** pelo sorriso e carinho que guardo nítidos na lembrança e pela presença confortante nos momentos de apreensão... Hoje percebo, o quanto suas palavras firmes, de pai "bravo", foram e são importantes em minha vida! Obrigada pelos exemplos de vida! Saudades, meu querido pai, Patusco...

Ao meu esposo Sávio, aos meus filhos: Bruna e Leandro, que preenchem a minha vida de alegria, ternura e esperança num mundo melhor, o meu agradecimento pela paciência nas horas de mau humor quando tudo parecia dar errado: computador travar, inspiração faltar e tantas outras coisas que dividimos nesses últimos dois anos...

A minha querida irmã e madrinha Cida **(In memorian)** que há pouco tempo nos deixou, agradeço sempre a acolhida carinhosa em sua casa nas comemorações "natal, aniversários, em Varginha, curso de enfermagem, o lanche que junto ao padrinho Sebastião **(In memorian)**, com todo carinho preparava, o jogo de baralho...", e como dizia: a Lúcia é a "rapa do tacho", a caçula do Papai, com certeza nunca me esquecerei de suas palavras e pela torcida constante em todas as minhas "investidas". Agradeço a Deus todos os dias por ter feito parte de suas vidas! Onde quer que esteja, beijo a sua mão e peço a sua benção. Saudades...

À Marília Rezende, por ter aceitado orientar-me, pela paciência, pelas palavras de tranquilidade nos momentos de apreensão, por respeitar meus limites e por confiar em mim. Agradeço ainda a abertura para que eu mudasse de projeto. Marília espero ter terminado essa etapa como uma boa orientanda... E que a porta tenha ficado aberta para novas parcerias no futuro...

"A questão fundamental da vida é "atitude", de nada adianta termos atingido uma nova visão de pessoa, de potencial humano, de sociedade, se não a utilizarmos para efetuar mudanças."

Wainer Sailor

RESUMO

Este estudo tem como objetivo discutir a importância da Estratégia de Saúde da Família e a contribuição do Agente Comunitário de Saúde na efetivação dessa estratégia no município de Campos Gerais/MG. Buscou-se descrever a origem do SUS, diretrizes da política de saúde pública e das ações inseridas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de destacar a importância da gestão na qualidade de trabalho na ESF, principalmente dos agentes comunitários. O Agente Comunitário de Saúde é um profissional que mantém relações diretas com a comunidade, coleta dados sobre a composição familiar, as condições onde vivem as famílias e necessidades de saúde da população da área de abrangência. Propor boas condições de trabalho, praticar políticas de remuneração, capacitar e desenvolver ações de educação permanente podem ser ações fundamentais para a otimização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e, conseqüentemente, da Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Auxiliares de Saúde Comunitária. Saúde Pública.

ABSTRACT

This study aims to discuss the importance of the Family Health Strategy and the contribution of the Community Health Agent in the execution of this strategy in the municipality of Campos Gerais / MG. We sought to describe the origin of the SUS guidelines of public health policy and actions included in the Family Health Strategy (FHS), and highlight the importance of managing the quality of work in the ESF, particularly of community workers. The Community Health Agents is a professional who has direct relationships with the community, collecting data on family composition, the conditions they live in families and health needs of the population of the catchment area. Propose good working conditions, remuneration policies to practice, train and to develop continuing education activities may be critical to optimizing the work of the Community Health Agent and, consequently, of the Family Health Strategy.

Key-words: Family Health Strategy. Family Health Strategy. Community Health Aides. Public Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	13
3.1.1	Histórico e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): a importância da participação popular.....	13
3.1.2	A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	15
3.1.3	Atenção Primária à Saúde.....	18
3.2	GESTÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: atuação do agente comunitário.....	20
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	23
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERENCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

O tema central deste estudo é descrever a importância da estratégia de Saúde da Família e o papel do agente comunitário de saúde, reconhecido como o facilitador do trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe do PSF. A discussão sobre o trabalho dos agentes comunitários é essencial, pois é a qualidade do gerenciamento, seguida da eficiência das ações dos agentes comunitários contribui para a qualidade do atendimento prestado pela equipe.

O agente comunitário de saúde é o profissional responsável, dentre outras funções, por facilitar os vínculos da equipe de saúde com as famílias. Suas funções foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde, através do documento dos Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família (2000). Seu trabalho,

(...) pressupõe aproximação efetiva com a população adscrita à unidade, conhecimento dos problemas sociais da comunidade, capacidade de comunicação, de aceitação e poder de influência para gerar críticas e assim contribuir para a qualidade de vida da população, a partir da visão holística integralizadora sobre o ser humano. Sua função requer atitudes e habilidades específicas e atitudinais no processo de monitoramento à família no domicílio, uma vez que ele pontualmente está na linha de frente para receber as queixas da população e às vezes responder a elas (SILVEIRA; SENA, 2005, p. 60).

As atribuições do agente comunitário e de toda equipe de saúde da família são determinadas pelo Ministério da Saúde, por meio do programa de reestruturação da atenção primária de saúde. A Estratégia de Saúde da Família busca uma reorientação do modelo assistencial e sinaliza o rompimento com as práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a aquisição de novas tecnologias de trabalho (ALVES, 2005).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) assume um conceito ampliado de atenção básica, avançando na direção de um sistema de saúde integrado que converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. Assim, se a construção do SUS implica uma reviravolta ética, a reorganização da atenção básica pela estratégia da ESF amplia e aprofunda o trajeto desse giro ético, pois sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe

técnico-assistencial, mas a um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania (ZOBOLI; FORTES, 2004, p. 1).

Muitas são os problemas que têm se apresentado quanto normatividade no processo de implementação da ESF, tais como: a definição a priori do formato das equipes, as funções de cada profissional, cadastro das famílias, levantamento dos problemas de saúde existentes no território e seus procedimentos de execução todas essas ações reguladas pelo Ministério da Saúde que ainda define prioridades dos locais de assistência e lista de atividades a serem realizadas por equipe (FRANCO; MERY, 2010).

Uma das propostas da estratégia do PSF é o desenvolvimento de práticas de educação em saúde direcionadas para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos. Todos os profissionais de saúde devem desenvolver estas práticas em seus contatos com os indivíduos sadios ou doentes, de acordo com a definição de suas atribuições básicas. Nota-se, que a prática educativa na ESF não conta, necessariamente, com um espaço restrito e definido para seu desenvolvimento, antes disso, adverte-se aos profissionais que devem oportunizar seus contatos com os usuários para “abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária” (BRASIL, 1997).

Foi feito um recorte do processo de trabalho do agente comunitário de saúde por reconhecê-lo como um profissional fundamental para as equipes do PSF, contribuindo para a melhoria do trabalho da Atenção Primária. Bertocini (2000) ressalta que, embora o ACS seja reconhecido como fundamental na atuação das Equipes de Saúde da Família, as condições de trabalho em que ele se insere têm produzido sinais de alienação desse trabalhador, tais como: impotência, estresse, conflitos, disputa por poder, sentimentos de medo, insegurança, baixa auto-estima, dificultando, assim, as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade da assistência.

Esta pesquisa nasceu da minha vivência como coordenadora da Atenção Primária do município de Campos Gerais/MG nos anos de 2009 e 2010. Percebi, na época, que a atenção básica reconhece ser o agente comunitário o grande pilar para sua organização e funcionamento. Com base nessa reflexão, considerei importante aprofundar os meus conhecimentos sobre a gestão do trabalho dos agentes

comunitários, que poderão contribuir para a compreensão do trabalho deste profissional.

A presente pesquisa tem como objetivo geral, descrever a importância da estratégia de Saúde da Família e o papel do agente comunitário de saúde como facilitador desta estratégia.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão narrativa a partir de uma investigação bibliográfica dos estudos da literatura sobre o assunto, desenvolvidos nos últimos 10 anos, tendo como interesse descrever a importância da estratégia de Saúde da Família e o papel do agente comunitário de saúde como facilitador desta estratégia.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de março e abril de 2011, por meio dos portais da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do CEABSF, usando os descritores: “Saúde da Família”, “Auxiliares de Saúde Comunitária”, “Saúde Pública”. Foi também utilizado o material didático do CEABSF e textos de livros especializados. As bases de dados considerados foram Lilacs (Literatura Latino Americana e do caribe em Ciências de Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library on Line) e Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Os artigos selecionados abordavam os assuntos relacionados ao objetivo do estudo.

Após o levantamento bibliográfico, os artigos repetidos foram excluídos e posteriormente realizou-se a leitura do resumo dos artigos. Os artigos que não se configuravam com o tema proposto foram descartados. Após a seleção do material realizou-se a leitura exploratória e minuciosa do assunto, fichamentos dos conteúdos de onde extraiu as informações necessárias para a elaboração da revisão da literatura.

Após a leitura fluente das publicações relacionadas a temática desse estudo conseguiu-se identificar os principais autores que retrataram a Estratégia de Saúde da Família bem como o trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde.

Na busca de literaturas especializadas, foram encontradas 322 publicações documentos relacionados ao tema proposto. Foi realizada então uma contextualização das publicações segundo categorias referentes à temática, e escolheu-se 5 artigos para discussão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

3.1.1 Histórico e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): a importância da participação popular

A compreensão da reforma da política de saúde no Brasil deve ser entendida, a partir da questão mais ampla da descentralização e democratização do Estado, a qual se inscreve no contexto das reformas sociais a partir do final da década de 1970, período em que se colocou em pauta a questão da participação social na área da saúde (COTTA; MENDES e MUNIZ, 1998).

A participação popular, na construção do SUS, tornou-se possível por meio da organização dos movimentos sociais, como os de bairros, os de mães e os de moradores; somando-se, ao longo da década de 80, a ações de outros atores sociais presentes nos serviços públicos, na burocracia do Estado, nas universidades e participantes de outros movimentos no setor saúde com o tema: “Saúde um direito de todos e dever de Estado”. Trata-se, portanto, de um movimento que se constituiu em bases populares, expandindo-se através da esfera pública. (BRASIL, 2000).

Podemos dizer que aconteceu um avanço significativo da saúde pública no Brasil, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8080/90 e 8.142/90). Essas leis estabeleceram, dentre outras, as diretrizes para o funcionamento do sistema de saúde como o acesso universal, a equidade e a integralidade dando início ao processo de descentralização político-administrativo da política de saúde (BRASIL, 1990).

O SUS teve seus princípios estabelecidos com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são chamados de princípios doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização, da participação popular e da hierarquização de princípios organizacionais (BRASIL, 1990).

O SUS busca descentralizar, integralizar e regionalizar as ações e os serviços em saúde, buscando a participação da população na formulação, na execução e a avaliação das ações de saúde e o fortalecimento do papel do município na gestão dos serviços. O pressuposto que prevalece é de que o acesso à saúde deve ser universal e gratuito, enfatizando ainda a necessidade de práticas mais humanizadas em saúde (BRASIL, 1990).

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve um conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública. Sua organização se baseia em redes regionalizadas e hierarquizadas com atuação em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

O processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado das lutas empreendidas por entidades do setor da saúde agregadas no movimento da reforma sanitária em prol da universalização do direito à saúde. Esse movimento atuou junto ao poder Legislativo, objetivando a inclusão dos princípios da reforma sanitária na nova Constituição brasileira (PEREIRA, 1996).

Neste contexto vale ressaltar a criação de dispositivos com relação à participação popular na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para o setor saúde, relacionadas na Lei nº 8.142. Esta lei apresentou um grande avanço na regulamentação das conferências de saúde e dos conselhos de saúde, como instâncias colegiadas do SUS, criando um mecanismo de controle social do sistema (BRASIL, 2003).

Desta forma, com a comunidade participando deste processo, criaram-se mecanismos, como conferências e conselhos nos âmbitos federal, estadual e municipal, como instâncias deliberativas de formação paritária, Estado e sociedade civil, organizados para exercer o controle social na prestação dos serviços.

A possibilidade de influência da sociedade sobre a gestão pública é concretizada pelos conselhos e conferências de saúde, e estes acreditam que desta forma, onde a sociedade assume o papel de orientação e fiscalização das ações do Estado no que diz respeito à política de saúde, é um ponto positivo para o processo de democratização; onde todos têm possibilidade de participar das decisões, contemplando a transparência das ações (BRASIL, 1995).

Os Conselhos de Saúde constituem-se em órgãos permanentes e deliberativos, que tem a função de fiscalizar o funcionamento e o financiamento das ações em saúde, seja em âmbito municipal, estadual e federal. Estes Conselhos têm regulamentação legal e são mecanismos de controle e de participação social, já que estes mantêm uma comunicação aberta com a comunidade, de forma que esta passa a ter a possibilidade de reivindicar por seus direitos. Estes Conselhos são espaços públicos de disputa e negociação para melhores condições de vida e saúde, compostos por usuários, gestores governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores da área da saúde (BRASIL, 1995).

Com realização de quatro em quatro anos, as conferências são fóruns de debate com representação de vários segmentos da sociedade e têm a função de avaliar a política de saúde e propor mudanças, diretrizes e definições que contemplem os interesses dos usuários nas três instâncias deliberativas.

3.1.2 A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil

O surgimento e a consolidação da rede básica voltada para as ações de Atenção Primária à Saúde no Brasil se concretizaram por meio da expansão da rede de Serviços de Saúde em todo o território nacional tomando-se como referência os princípios organizativos e assistenciais do SUS. Na expansão da rede básica ficou delegado às Secretarias Estaduais de Saúde, o papel de coordenar e acompanhar as ações de saúde, auxiliar na formulação de políticas e promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde. Aos municípios cabem a gestão e a execução dos serviços públicos de saúde.

O PSF prioriza a promoção, proteção e recuperação da saúde, atendendo desta maneira, aos indivíduos e suas famílias de forma integral, oferecendo assistência contínua de acordo com suas necessidades além de organizar práticas nas suas respectivas Unidades Básicas de Saúde, dando ênfase ao caráter multiprofissional e interdisciplinar (COSTA et al., 2000).

Cada equipe é responsável por até 4500 (quatro mil e quinhentos) habitantes e cabe ao ACS cadastrar todas as famílias da sua área de abrangência. Nesse processo, são identificados os membros da família, a morbidade referida, as

condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias residem e para esse cadastramento são utilizados dados, sobretudo oficiais, como IBGE, cartórios e DATASUS além, dos dados coletados nas visitas domiciliares (COSTA et al., 2000).

As instalações das unidades de Saúde da Família são efetuadas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com a programação municipal.

A responsabilidade pela população adscrita é dos profissionais designados. De acordo com a normatização do Ministério da Saúde, os Agentes Comunitários de Saúde deverão residir na comunidade onde trabalham.

A equipe deve desenvolver uma avaliação permanente através de indicadores de saúde da sua área de atuação. Para isso é necessário à equipe conhecer a realidade das famílias, através do diagnóstico situacional para realizar um bom plano de ação.

Cada profissional tem suas atribuições e para todos há um indicativo de criar o vínculo com a população da área de abrangência. Cada membro da equipe deve contribuir na manutenção da saúde dos indivíduos sob sua responsabilidade, bem como prestar assistência para as pessoas que se apresentarem acometidas por doenças. Atuam na Unidade Básica, nos domicílios e nos locais onde forem demandados (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

O objetivo do trabalho desenvolvido na ESF é, segundo seus defensores, uma estratégia estruturante de um novo modelo assistencial em saúde. No entanto, os estudos sobre a realidade atual, dezessete anos de implementação da ESF no Brasil, mostram que existem tantos pontos positivos na proposta, em direção à ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho, quanto aos problemas em relação a condições de trabalho. Além disso, verifica-se a persistência dessas características no trabalho em saúde e, também, no trabalho desenvolvido na ESF (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Segundo Pires,

o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do

processo que o produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 1998, p. 85).

Pires (1998) recomenda que para exercer atividades no setor saúde é requerido dos profissionais pleno domínio de conhecimentos necessários para o desenvolvimento de atividades, por parte dos profissionais envolvidos, tanto por parte dos médicos, como dos enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e demais profissionais.

Visualizar a ESF como uma forma de reorientação do modelo assistencial sinaliza a fragmentação com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a utilização de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas na ESF (ALVES, 2005).

Com início em 1994, a Estratégia de Saúde da Família é uma aposta do governo federal para que os municípios possam implementar a atenção básica sendo reconhecida como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência (COSTA et al., 2004) .

No entanto, ainda há muitos desafios a serem superados, para que seja possível sua consolidação. No contexto de reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Para que seja realizada uma efetiva atuação com qualidade por parte dos trabalhadores dos SUS, é necessária a construção de outro tipo de vínculo entre estes e seus usuários, no interior do conjunto das instituições de saúde, do ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência.

A configuração da Equipe de Saúde da Família, possibilita a mudança do modelo assistencial de saúde, firmando-se como política pública de impacto positivo sobre a saúde da população. Entretanto, muitos desafios ainda devem ser superados, sendo o maior deles a conscientização dos diversos atores (gestores,

profissionais e a população) em relação à nova forma assistencial, que implica uma quebra de paradigma. Para compreender estes desafios, será feita uma breve digressão sobre a atenção primária à saúde que foi a primeira diretriz para as mudanças em todo o mundo.

3.1.3 Atenção Primária à Saúde

Em 1978, realizou-se em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, antiga União Soviética, a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) (ANDRADE, 2006).

De acordo com esta conferência foi definido como principal meta “saúde para todos no ano 2000”, através da priorização da atenção primária em saúde, buscando em suas bases a participação da comunidade (ANDRADE, 2006).

As considerações finais descritas no relatório desta conferência, deixou estabelecido que os cuidados primários em saúde seriam o principal meio para obter um nível aceitável de saúde para todas as populações do mundo (BRASIL, 2003).

Segundo a conferência realizada em Alma-Ata, os cuidados primários de saúde, são cuidados essenciais com base em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis; sendo colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema da saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (RIZZOTTO, 2000).

Os cuidados primários na saúde formam-se por meio de algumas atividades em saúde, como por exemplo: educação em saúde; distribuição de alimentos e

nutrição adequada; saneamento ambiental; programas de saúde materno-infantil; prevenção de doenças endêmicas; tratamento adequado de doenças e de agravos comuns; fornecimento de medicamentos essenciais. Também são importantes, as questões de relacionamento entre os setores, a equidade e a participação individual e comunitária (RIZZOTTO, 2000).

Este processo de regulamentação da Estratégia de Saúde da Família originou-se devido à necessidade de tornar sólido um funcionamento satisfatório do SUS, e que propusesse definitivamente a efetivação desse sistema e em que a ESF operasse para resolver a maior parte dos problemas básicos de saúde, investindo também na promoção da saúde. Tanto que, apesar da ESF ter se expandido, não está sendo caracterizado pelo Ministério da Saúde como uma proposta nova a ser implantado, e sim como uma estratégia, pois não traz propostas inovadoras diferenciadas do SUS, mas a consolidação de todos os princípios desse sistema, auxiliando em sua expansão (MENDES, 1996).

3.2 GESTÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: atuação do agente comunitário

A atuação da Estratégia de Saúde da Família está baseada na organização das Equipes de Saúde da Família. A ligação entre as famílias que irão ser atendidas, e a equipe de saúde, é realizada pelos ACS. São várias as funções dos ACS, com destaque para: cadastramento das famílias; registro das atividades realizadas em sistema próprio de informações, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); acompanhamento mensal das famílias; diagnóstico sócio-demográfico; estímulo à participação comunitária. São pré-requisitos para ser ACS: morar na área de atividade por pelo menos dois anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade para trabalhar quarenta horas semanais na execução de seu trabalho (BRASIL, 2000).

A profissão de Agente Comunitário de Saúde – ACS, somente foi criada em Julho de 2002, com a Lei nº10.507. Para o Ministério da Saúde, o ACS é um membro da equipe de saúde da comunidade responsável pela construção de vínculos com a comunidade.

Toda família cadastrada, tem atendimento médico, sem restrição de sexo, de idade e etnia. Espera-se que o profissional médico desenvolva, com os demais membros da equipe, estratégias de prevenção e de promoção da qualidade de vida da população. O serviço executado pelo ACS e auxiliares de enfermagem, é supervisionado pelo enfermeiro, e este, ainda realiza consultas na unidade de saúde, além de prestar assistência domiciliar. O auxiliar de enfermagem é responsável pelos procedimentos de enfermagem na unidade de saúde e nos domicílios e executa ações de orientação sanitária.

Infere-se que se torna difícil o trabalho de reorientação do modelo de assistência curativa, e centrado em hospitais para um modelo focado na integração das ações e dos serviços de saúde. O objetivo é a prestação de um atendimento com início na atenção básica, o que exige uma mudança cultural dos profissionais de saúde e da população e o ACS tem sido reconhecido com fundamental nesse processo.

Dentre as funções realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, duas merecem um destaque especial. Primeiramente, os ACS devem informar aos demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades, e em segundo lugar, ressalta que eles devem orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde. (BRASIL, 2000).

No entanto, há a necessidade de algumas mudanças, tanto na forma de organização, como na formação dos profissionais que irão atuar neste setor, com o objetivo de torná-los adequados para trabalharem com competência profissional no desenvolvimento de atividades na ESF.

De acordo com Zarifian (1999), pode-se definir competência profissional como sendo a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para dialogar com outros atores na mobilização de suas capacidades.

Esta definição de competência se baseia na observação do trabalho como conjunto de acontecimentos, sem previsão, e com diminuída margem de prescrição, indo contra as propostas baseadas nos estudos clássicos sobre a organização e gestão do trabalho, identificados como o fordismo, o taylorismo ou o fayolismo. Tal acepção, por sua vez, implica um novo conceito da qualificação

profissional, que deixa de ser a disponibilidade de um estoque de saberes, para se transformar em "capacidade de ação diante de acontecimentos" (ZARIFIAN, 1999).

A atuação dos ACS se concentra no apoio às pessoas tanto individual, quanto coletivamente, buscando identificar situações mais comuns de risco em saúde. Participam no processo de orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, compartilhando as responsabilidades com os profissionais de saúde de sua equipe. Em toda a sua prática utiliza os conhecimentos sobre a prevenção e solução de problemas de saúde, promoção da vida em sociedade e de desenvolvimento das interações sociais.

É de competência do Agente Comunitário de Saúde, ao exercer a sua função, desenvolver a capacidade de mobilizar pessoas e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho. Na gestão do seu trabalho deve realizar ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde. Ao realizar esta atividade coletiva é importante estar alerta para partir da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagir tanto na equipe de trabalho, como também com os indivíduos, grupos e coletividades sociais.

Cabe ao Gestor de Saúde, a função de orientação, acompanhamento e exigência dos cumprimentos das propostas do SUS, com base também no estabelecimento de metas para a prática profissional dos agentes comunitários de saúde.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como proposta, nos limites de realização de um trabalho acadêmico, trazer contribuições no sentido de ampliar o conhecimento relacionado à Estratégia de Saúde da Família e a importância da atuação do agente comunitário de saúde nesse contexto.

A realidade do trabalho nos dias atuais evidencia uma transformação significativa, caracterizada por uma transição entre o modelo taylorista/fordista – que vigorou entre os anos 1950 e 1970 para um novo modelo. No modelo antigo a organização do trabalho se caracterizava pela dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e pouca autonomia por parte dos trabalhadores. No novo modelo denominado um modelo tecnológico, o trabalho é baseado na intelectualização cujas principais referências são o conhecimento técnico e a qualificação profissional (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Assim sendo, para Franco e Mery (2010), vale ressaltar que as tendências do trabalho em saúde apontam para uma formação mais polivalente, no sentido da multiquificação, gerando a necessidade de revisão das atuais habilitações de nível médio, o que provoca resistências do ponto de vista corporativo e ameaça a construção de uma identidade profissional.

Dentro deste contexto, Alves (2005) enfatiza que é necessário conscientizar sobre a importância da gestão do trabalho dos profissionais na Saúde Pública, de forma a constituir uma prática de qualidade e baseada na excelência. Após 17 anos de implementação da ESF no Brasil, observa-se que existem tantos pontos positivos na proposta, em direção à ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho, quanto aos problemas em relação a condições de trabalho.

Destacamos nesse estudo o trabalho do agente comunitário de saúde. Desta forma, o fato do processo de trabalho do ACS estar mais próximo à população favorece o desenvolvimento das atividades dos outros membros da equipe. Paralelamente, a equipe torna-se referência para resolução dos problemas detectados, respaldando assim, suas ações. Para Silveira e Sena (2005) a referida inserção na equipe do PSF dependerá da aceitação, da orientação e do acompanhamento desses profissionais no rol de suas atividades.

Silva e Dalmaso (2002) elencam algumas estratégias que devem ser garantidas para otimizar o trabalho do ACS e que aparecem, hoje, como mais produtivas:

- o desenvolvimento de planos integrados para a área social comprometidos com a equidade;

- o envolvimento maior dos agentes e de parte da carga horária da equipe com atividades coletivas e comunitárias;

- um investimento maior em atividades de supervisão dos trabalhos, pois se a formação básica ou o treinamento específico é necessário, a manutenção da qualidade do trabalho se faz mediante atividades de supervisão e de reflexão;

- considera-se que a supervisão dos agentes comunitários deveria cobrir os diferentes ângulos do seu trabalho: as visitas domiciliares, com especial atenção para os casos clínicos que constituem situações de maior vulnerabilidade; as atividades comunitárias, que podem ter sua solução em programas da área social ou serem atividades reivindicativas de direitos de cidadania; a situação de trabalhador agente, identificando sofrimento e apoiando formas de lidar com conflitos;

- finalmente, para a construção de novas práticas e do conhecimento correspondente, há que se investir sempre em pesquisa, quer de natureza mais operacional, na avaliação de processos e resultados, quer de teorias acerca do trabalho e da sua organização.

Nessa perspectiva, há necessidade de desenvolvimento e incorporação de tecnologias que apóiem a identidade do agente comunitário, integrando as diferentes dimensões de sua atuação - as previstas e as necessárias - e de preparação de todos os demais sujeitos da Estratégia de Saúde da Família, e não apenas o agente comunitário de saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

O texto de Alves (2005), busca refletir sobre as práticas de educação em saúde no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). A partir de uma revisão histórica das práticas de educação em saúde e dos discursos sanitários a elas subjacentes, são reconstituídas as racionalidades determinantes de tais práticas. Este trabalho aponta como resultado que o modelo hegemônico de educação em saúde, em sua essência divergente do princípio da integralidade, é caracterizado e discutido em comparação a um modelo de práticas de educação em saúde emergente.

Franco e Merry (2010) discorrem sobre os princípios de Integralidade e hierarquização: territorialização e adscrição da clientela; equipe multiprofissional, por meio de uma revisão bibliográfica. Seu trabalho traz como resultado, a questão de que para o desenvolvimento de um modelo assistencial centrado no usuário, deve-se propor um trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves/leveduras, com a "produção do cuidado", entendido enquanto ações de acolhimento, vínculo, autonomização e resolução.

Ribeiro, Pires e Blank (2004) refletem, por meio de uma revisão de literatura, sobre o trabalho das equipes do programa, utilizando-se como referência a teorização sobre o processo de trabalho em saúde. Seu trabalho traz como resultado a concepção de que a construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS é um desafio. Desta forma, os autores consideram como essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência.

Silva e Dalmaso (2002) discutem em seu artigo, as atribuições, a atuação, as competências do agente comunitário na ESF, com a realização de uma revisão integrativa de literatura. Os resultados de seu trabalho apontam para a necessidade de desenvolvimento e incorporação de tecnologias que apoiem a identidade do agente comunitário, integrando as diferentes dimensões de sua atuação - as previstas e as necessárias - e de preparação de todos os demais sujeitos do Programa, e não apenas o agente comunitário de saúde.

Silveira e Sena (2005), discutem a inserção do Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família, em Contagem/MG, na perspectiva da promoção à saúde, por meio de um estudo qualitativo, descritivo-analítico. Os resultados de seu trabalho apontam o ACS com perfil compatível para realização de tarefas de promoção da saúde e mobilização comunitária. Ficou explícito que seu trabalho tem resultado na cooperação de distintos profissionais com perspectivas de complementaridade e interdependência das ações, contemplando a dimensão ética no reconhecimento e consideração do trabalho do outro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde, após 20 anos de existência, tem demonstrado muitos avanços com relação às ações de saúde da população. Embora, ainda apresente lacunas, esse sistema de saúde vem garantindo aos cidadãos, a porta entrada e uma melhor assistência na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, tratamento e reabilitação. . Nesse contexto situamos a Estratégia de Saúde da Família, que tem realizado ações concretas junto ao indivíduo e às famílias, buscando responder às necessidades da população, por meio de condutas que sejam efetivas e eficazes.

A estratégia de Saúde da Família coloca-se como um elemento potencializador e oportuno rumo à construção de uma nova ética social, orientada pela possibilidade de mudança do modelo assistencial, alicerçada pelos princípios do acesso, pela qualidade no acolhimento humanizado, pelo vínculo social e inscrevendo a intersectorialidade como campo de saber e prática. Esta questão suscita repensar as ações de saúde sob a égide de um novo paradigma. A lógica da doença, centrada no atendimento individual/curativo, é deslocada para a prevenção de agravos e promoção à saúde. Esse processo implica a construção social de um novo sistema de saúde.

O modelo de atenção proposto pela Estratégia de Saúde da Família, conforme foi apresentado no decorrer deste trabalho respeita o diagnóstico das situações epidemiológicas e dos indicadores de saúde apresentados pela população adscrita, no planejamento e desenvolvimento de suas ações.

Esse modelo de atenção à saúde provém de uma reflexão sobre a importância de ações de promoção de saúde, evitando o afogamento dos serviços de média e alta complexidade, estes últimos com função apenas curativa.

Por meio desse direcionamento e pela importância que a atenção primária tem nas diretrizes e propostas do SUS o trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família deve ser bem planejado, com organização e gerenciamento.

O trabalho do agente comunitário é de grande relevância para a Estratégia de Saúde da Família, pelo fato de este profissional ser o elo entre o serviço de saúde e a comunidade. Assim ele tem uma função primordial até mesmo na proposição de

mudanças dentro dos serviços, decorrente de percepção mais acurada das necessidades da população, advinda da escuta dos problemas das pessoas. Em suma este profissional tem uma percepção mais apurada da realidade vivenciada pela comunidade.

Observo, no município de Campos Gerais, que a Estratégia de Saúde da família vem crescendo tanto em cobertura quanto em qualidade e resolutividade; até o ano passado tínhamos somente cinco equipes de saúde da família e uma cobertura de 57% da atenção básica. Hoje, conseguimos ampliar a cobertura para 86,7%, com a implantação de mais duas equipes de saúde da família.

Verifica-se com este trabalho, que a estruturação da Estratégia de Saúde da Família do município de Campos Gerais/MG tem relação direta com o trabalho da equipe de saúde da família.

De acordo com a revisão de literatura realizada enfatiza-se que o Agente Comunitário de Saúde é um importante elo para a equipe e comunidade. Este profissional mantém contato permanente com a comunidade, tendo informação sobre as necessidades de saúde da população atendida.

Há que se pensar na importância do direcionamento de maior número de pesquisas sobre os Agentes Comunitários de Saúde, levando em consideração seus dilemas, dificuldades e realizações, fatores esses, influenciados ou não, pela natureza peculiar do seu trabalho.

A pesquisa realizada atingiu o objetivo a que se propôs, abarcando a importância da estratégia de Saúde da Família e o papel do agente comunitário de saúde como facilitador desta estratégia. Considero, após a realização deste trabalho, que este profissional deva ser valorizado e capacitado permanentemente para o exercício de sua função. É necessário que haja uma correlação entre as suas vivências práticas e o conhecimento da realidade, para que assim se desenvolva a habilidade abordar as questões apresentadas pela comunidade no seu cotidiano de trabalho.

Considero que o Agente Comunitário tem um poder de transformação muito grande, já que seu trabalho se constitui num processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Dessa forma, propor boas condições de trabalho, praticar políticas de remuneração, capacitar e desenvolver ações de educação permanente podem ser ações

fundamentais na otimização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e, conseqüentemente, da Estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Salvador, Ba. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev, 2005.

ANDRADE, L. O. M. et al. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNDAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (eds.) **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BERTOCINI, J. H. **Da intenção ao gesto uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau**. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil**. Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Lei nº. 8080, de 19 setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. LEX, São Paulo, ano 54, p. 1060-1073, Coletânea de legislação, 1990.

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

COSTA, M. B. S., et al. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. **Rev Bras Enfermagem**; 53:149-52, 2000.

COTTA, R.M.M; MENDES, F.F e MUNIZ, J.N. **Descentralização das Políticas Públicas de Saúde: “do imaginário ao real”**. Viçosa: UFV, 1998.

FRANCO, T; MERY, E. E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Tribu-buna/PSFTito.html>>. Acesso em 10 out. 2010.

LALONDE, M.A. **New Perspective on the Health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974. (ISBN 0-662-50019-9).

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z.V.O. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador sui generis – O Agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, Texto para discussão, n. 735, 2000.

PEREIRA, C. A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira - 1985-1989. **Dados**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Anna Blume, 1998. 254 p.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. e BLANK, V. L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, 20(2), 438-446, 2004.

RIZZOTTO, M.L.F. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ** 2002; 6(10): 75-83.

SILVEIRA, M.R.; SENA, R.R. Diversidade de práticas e saberes: o caso do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família de Nova Contagem/Minas Gerais. **REME – Rev. Min. Enf**; vol.9, n. 1, p. 59-64, jan/mar, 2005.

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

ZARIFIAN, P. **A Gestão da e pela Competência**. In: Seminário Internacional de Educação Profissional, Trabalho e Competências. Rio de Janeiro, 28 e 29 de novembro de 1996. Anais. Rio de Janeiro: SENAI/DN-CIET, 1999.

ZOBOLI, E.L.C.P.; FORTES, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2004, vol.20, n.6, pp. 1690-1699.