

LUIZA GUADALUPE LACERDA

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: OS DESAFIOS
DA CAPACITAÇÃO PARA O TRABALHO**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2011

LUIZA GUADALUPE LACERDA

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: OS DESAFIOS
DA CAPACITAÇÃO PARA O TRABALHO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Alisson Araújo

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2011

LUIZA GUADALUPE LACERDA

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: OS DESAFIOS
DA CAPACITAÇÃO PARA O TRABALHO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Alisson Araújo

BANCA EXAMINADORA:

Alisson Araújo

Edison José Corrêa

Aprovada em Belo Horizonte/MG em _____ / _____ / _____

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2011

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os Agentes Comunitários de Saúde com os quais convivi diariamente em meu trabalho, e que me instigaram a ampliar meus conhecimentos teóricos nesta área.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Alisson Araújo, pela orientação e incentivo.

À Professora. Karine Siqueira Cabral Rocha pelas dicas e apoio.

A todos os demais professores do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, que direta ou indiretamente auxiliaram na realização deste trabalho.

A meus pais Luiz (saudades) e Aparecida, minhas irmãs Ana Lúcia e Maria Alice e meus filhos João Luiz e Gabriela, meu marido Temissson que partilham desta conquista.

Aos verdadeiros amigos que conquistei durante curso: Frank, Maria das Graças, Reinaldo, Maria Augusta e Lívia, pelo companheirismo, apoio em momentos difíceis e também pelas ótimas conversas e excelentes *happy hours!*

EPÍGRAFE

Acredita-se que por serem (os agentes) pessoas do povo, não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população. Acredito que os agentes são a mola propulsora para a consolidação do Sistema Único de Saúde, a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada de assistência, a estruturação dos distritos sanitários. Ser agente de saúde é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade. (...) É ser o elo de ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a ponte entre população e os profissionais e serviços de saúde. O agente comunitário é o mensageiro de saúde da comunidade.

Dirigente da Fundação Nacional de Saúde, Brasil, 1991.

Citado por Silva e Dalmaso, em Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde

RESUMO

Frente à importância do trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) para a estruturação da Atenção Primária à Saúde e para a manutenção do Sistema Único de Saúde, este trabalho tem como objetivo identificar na literatura estudos que abordem a capacitação do ACS para o desempenho de seu trabalho. Através de uma revisão narrativa constatou-se que apesar do ACS funcionar como elo entre a equipe e a comunidade, nem sempre esse profissional dispõe de capacitação adequada para as diferentes dimensões do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que o trabalho se torne muitas vezes ineficaz. Partindo desse pressuposto, faz-se necessário conhecer a realidade destes profissionais frente o desempenho de suas atribuições, e o processo de capacitação dos mesmos. A capacitação do ACS baseada na concepção da Educação Permanente em Saúde é uma potencial estratégia que pode resultar em maior qualidade dos serviços prestados por este profissional e por toda equipe.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde, processo de trabalho, capacitação.

ABSTRACT

Faced with the important work of community health agents (ACS) in the structuring of Primary Health Care and maintenance of the Unified Health System, this paper aims to identify in the literature that address the qualification of the ACS to perform their work. Through a narrative review found that despite the ACS function as liaison between the team and the community, not always this professional has appropriate training for the different dimensions of their work. This failure makes the job becomes very often ineffective. Based on this assumption, it is necessary to know the reality facing these professionals perform their duties, and the process of training them. The training of ACS based on the concept of Permanent Education in Health is a potential strategy that may result in higher quality of services provided by this professional and the whole team.

Keywords: Community health agent, work process, training.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	10
2. OBJETIVO	14
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	15
4. ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E OPERACIONAIS: O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	16
4.1. Breve histórico sobre o Sstema Único de Saúde e seus princípios	16
4.2 Estratégia de saúde da família – um novo modelo de atenção à saúde.....	17
4.3 O ACS e seu trabalho	19
4.4 A capacitação do ACS	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
6. REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O trabalho em saúde tem passado por inúmeras mudanças, dentre elas, a construção de novas propostas de cuidado, voltadas em especial para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Em decorrência dessas mudanças vem ocorrendo modificações nos processos de trabalho como a incorporação de novas tecnologias e o desenvolvimento de novas especialidades, levando ao surgimento de novas profissões, como é o caso do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Este trabalhador tem sido considerado muito importante para a estruturação da atenção básica de saúde e para a manutenção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Como no caso do ACS, algumas iniciativas marcaram fortemente a incorporação de pessoas da própria comunidade na atenção à saúde. Podendo ser citado, por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) criado para a região nordeste do país em 1976. Esse programa tinha como foco desde questões relacionadas ao meio ambiente até problemas sanitários que exigiam atenção médica e que para tanto, utilizava-se de pessoas escolhidas nas próprias comunidades para exercer parte do trabalho na localidade.

Em um segundo momento, foi proposto o PIASS para a expansão em esfera nacional, incorporando então a figura do visitador sanitário. Este personagem tinha como ações: proporcionar a extensão do atendimento à população rural; incorporar uma visão ampla do indivíduo e sua relação com a comunidade; promover uma organização política da comunidade incentivando a luta pela saúde e as discussões da relação dos problemas de saúde com as condições gerais de vida da população (BORNSTEIN, 2007).

A primeira experiência de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada ocorreu em 1987, no estado do Ceará quando houve a contratação de 6.113 pessoas com função de combate à seca e redução da mortalidade infantil. Porém, com o fim da estiagem, essa iniciativa é desativada. Mas as comunidades antes assistidas reivindicaram sua continuidade, surgindo então o Programa dos Agentes de Saúde em 1988, em 45 municípios cearenses, posteriormente ampliado para todo o estado (SILVA e DALMASO,

2002). Isto transforma uma proposta pontual e emergencial de combate à seca em uma estratégia de promoção à saúde, criando o Programa de Agentes de Saúde do Ceará.

No começo da década de 90, tem início, em nível de Brasil, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) sob coordenação da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, possuindo forte influência do programa desenvolvido no Ceará. Em 1992, o PNACS dá lugar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que inicialmente manteve o foco nos princípios norteadores do Programa anterior, posteriormente ampliando-se para dar apoio à organização da atenção básica em saúde dos municípios. Hoje o PACS e o Programa Saúde da Família (PSF) dão forma à Estratégia Saúde da Família, que propõe a reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da Atenção Básica. Os dois programas contam no corpo de sua equipe básica o imprescindível apoio dos ACS's.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil a partir de 1994, com intuito de consolidar e aperfeiçoar as doutrinas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nos serviços de atenção primária (BRASIL, 1996). A implantação que ocorreu, inicialmente, na Região Nordeste, devido à epidemia do cólera, obteve um impacto significativo nos indicadores, quando comparados aos de regiões não cobertas pelo Programa.

Corroborando com a Organização das Nações Unidas (ONU), que elegeu o ano de 1994 como o Ano Internacional da Família, o Ministério da Saúde cria, então, no Brasil o PSF. O programa é embasado nos princípios e diretrizes do SUS, 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 Saúde da Família estrutura-se apoiada no Sistema Único de Saúde, incorporando as diretrizes de universalização, descentralização e participação da comunidade. Anunciam-se ainda como princípios complementares: caráter substitutivo ao modelo tradicional de atenção primária à saúde, anteriormente centrado na relação médico-paciente e no atendimento individual; integralidade e hierarquização; territorialização; cadastramento da clientela e equipe multiprofissional.

A equipe básica do PSF é composta por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares/técnicos de enfermagem e de 4 a 6 agentes (ACS).

O ACS funciona como elo entre a equipe e a comunidade. Está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. Nogueira e Ramos (2000) identificam, no trabalho do agente, a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social, as quais consideram que têm, sempre, potenciais de conflitos.

Em estudo desenvolvido sobre o agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS/PSF, no município de São Paulo, Silva (2001) identificou que o agente comunitário não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade.

Contudo, na atualidade, o que ainda se percebe é um ACS com dificuldades em realizar seu trabalho, pois na maioria das vezes este “cai de pára-quedas” no serviço, sem preparo nenhum para desenvolver tal função, gerando então um serviço ineficiente e ineficaz, tornando-o sem qualidade.

Partindo desses pressupostos, surge então a necessidade de se refletir sobre a capacitação do ACS. A reflexão e estudo sobre a capacitação do ACS colaboram para o desempenho de suas atribuições com qualidade, efetividade e eficiência e também no sentido de sua formação identitária enquanto profissão. A capacitação do ACS contribui assim tanto para a própria categoria profissional quanto para o trabalho das equipes do PSF, o que otimiza toda uma estratégia de organização da atenção básica.

Assim, o presente trabalho propõe uma revisão narrativa da literatura sobre o tema “Capacitação do ACS” auxiliando principalmente profissionais de saúde e gestores para o

conhecimento, planejamento e implementação desta importante condição para o melhor exercício profissional do agente no PSF e no PACS.

2. OBJETIVO

Registrar trabalhos que abordem a capacitação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para o desempenho de seu trabalho, contribuindo assim para qualidade da assistência prestada a população pelas equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se por uma revisão narrativa da literatura nacional sobre o tema “Capacitação do ACS”. A revisão narrativa constitui basicamente na análise da literatura publicada em livros, artigos entre outros, portanto possui papel fundamental para educação continuada, pois permite atualização de conhecimento a respeito da determinado tema (ROTHER, 2007).

Na busca de uma visão ampla e integral sobre o assunto, além de referências bibliográficas da área da saúde da família, valorizaram-se também áreas como a da saúde pública, educação, dentre outras. Após esse estudo identificou-se quatro principais temas a serem discutidos a seguir.

4. ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E OPERACIONAIS: O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Como introdução para o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e sua necessária capacitação, serão abordados inicialmente um histórico sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a estratégia Saúde da Família (SF).

4.1. Breve histórico sobre o sistema único de saúde e seus princípios

Para se entender a participação do ACS, juntamente com a equipe de SF na prevenção de doenças e promoção à saúde da população, optou-se em fazer um breve histórico sobre o Sistema Único de Saúde(SUS) e seus princípios, tendo como subsídio à temática, o ACS como ferramenta importante para o trabalho da equipe de SF, refletindo então a importância da capacitação desse profissional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) “é um sistema único porque segue a mesma doutrina em todo território nacional”. (COSTA e CARBONE, 2004; p.4).

O SUS foi implantado mediante a elaboração da Constituição Federal de 1988 e constitui um conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Assim, o SUS deve garantir saúde como direito de todos mediante políticas públicas, que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos à saúde e acesso universal e igualitário às ações e serviços, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Para que os princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade – sejam alcançados é necessário pensar “o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira com que os serviços se organizam para produzi-las e distribuí-las” (SILVA, *et al*, 2005: p.392).

Assim, a consolidação do SUS exigiu muitas discussões sobre modelo assistencial e também a superação do modelo hegemônico para a adoção do modelo de vigilância à

saúde, entendido como uma prática sanitária referenciada no conceito positivo de saúde, qualidade de vida e no paradigma social do processo saúde - doença (SILVA, *et al*, 2005).

O modelo de vigilância à saúde contribui para mudar o perfil epidemiológico e controlar os agravos à saúde, representando assim, uma estratégia de promoção para uma assistência integral, universal, equânime e humanizada. Ressalta-se que o modelo assistencial não se reduz à prática médica voltada apenas para o indivíduo doente e na cura de doenças. A sua concepção exige: “revisar o conceito de saúde e os determinantes históricos e culturais que incidem sobre as intervenções técnicas e sobre os problemas e necessidades de saúde da população” (SILVA, *et al*, 2005: p. 392).

Dessa forma, destacam-se as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, onde o agente comunitário de saúde possui papel fundamental.

4.2 Estratégia saúde da família – um novo modelo de atenção à saúde

Inicialmente o governo formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução da mortalidade materno-infantil, principalmente nas regiões norte e nordeste. A partir da experiência acumulada no Ceará com PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a enfocar a família como parte integrante das ações programáticas de saúde. (ROSA; LABATE, 2005). Surge então no Brasil o Programa de Saúde da Família PSF, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção primária, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Segundo Rosa e Labate, 2005, o PSF pode ser definido como um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área da saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e, principalmente, mais humanizados.

O Programa Saúde da Família (PSF) apresenta-se no atual cenário da política de saúde brasileira como um modelo de atenção em saúde, pautado no paradigma da vigilância à saúde. Além disso, o PSF funciona como porta de entrada para o SUS, mudando a relação entre os profissionais de saúde e a população incentivando a

participação da comunidade, tratando o indivíduo de forma integral dentro de seu contexto familiar.

O Programa de Saúde da Família propõe a reorganização da atenção básica voltando suas ações para a prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde o que favorece a maior aproximação dos serviços à população. Assim, “a estratégia de saúde da família proposta pelo governo, elege a família como núcleo social alvo em um território definido e agrega ainda os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade e intersetorialidade, além de vigilância em saúde” (COSTA; CARBONE, 2004: p. 9). Nesse contexto a visita domiciliar é um importante instrumento no acompanhamento das famílias, pois há uma maior interação entre equipe de saúde e família, o que torna possível avaliar de forma precisa o processo saúde-doença destes, e os cuidados domiciliares tornam-se assim parte integrante das ações da equipe do PSF.

Quando a visita domiciliar é avaliada no âmbito das práticas de saúde pública, observa-se que a sua importância é inquestionável, tanto no diagnóstico de determinados problemas de saúde, quanto na prevenção, na promoção à saúde, na reabilitação e no controle de doenças. A visita domiciliar é uma importante estratégia de assistência à saúde, pois promove a interação entre os profissionais de saúde e a comunidade, respeitando suas crenças, valores e visões.

Dentro deste contexto o agente comunitário de saúde (ACS) tem-se revelado o ator mais intrigante no que se refere à visita domiciliar como estratégia de assistência à saúde. Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula a relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos.

Essa posição particular nos fez refletir sobre a importância da educação permanente no cotidiano de trabalho do ACS, pois este deve funcionar como facilitador de educação em saúde, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Portanto, devido à complexidade do trabalho do ACS e a precariedade em sua formação profissional é de extrema importância que a equipe de saúde da família insira em seu cotidiano o

processo de educação permanente. Visto que, a educação permanente em saúde, pode ser uma estratégia potente para a transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano.

4.3 O ACS e seu trabalho

As atribuições básicas dos ACS estão estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, sendo detalhadas num total de 33 itens. São mencionadas atribuições que fazem parte do conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil socioeconômico, 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.

Embora o enfoque preventivo seja tão enfatizado nas atividades dos ACS, observa-se que o trabalho de orientação acontece de forma individualizada, centrada no reforço da assistência médica e na prevenção de riscos específicos. Esses aspectos deixam a impressão de que sua abordagem, na maioria das vezes, não considera a dinâmica familiar, mas o somatório dos indivíduos que coabitam o domicílio fazendo assim com que o ACS não cumpra de maneira satisfatória suas atribuições dentro da equipe (SILVA E DALMASO, 2002).

A Lei 10.507 de julho de 2002 instituiu a profissão do ACS. Essa lei teve o papel de reconhecer os ACS como uma categoria profissional e de incentivar o processo de formação desses trabalhadores. Sendo importante destacar que, além de reiterar que os agentes deveriam morar na comunidade em que atuam, como já preconizava o PSF, a lei

determinou que esses trabalhadores deveriam ter o ensino fundamental completo, excetuando-se os que já exerciam essa função anteriormente, e deveriam também concluir um curso de qualificação básica.

A proposta de formação técnica do ACS foi organizada a partir do perfil de competências, que por sua vez, foi pactuado a partir da consulta pública organizada pela equipe técnica da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, no final de 2003.

Nesse perfil as competências atribuídas aos ACS agrupam-se em três conjuntos de habilidades, com a seguinte formulação: 1) desenvolver ações de integração entre as equipes de saúde e as populações adscritas às unidades de saúde; 2) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pela pelas equipes de saúde; 3) desenvolver ações de promoção da saúde, desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigido às situações de risco sanitário para a população e desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes (BRASIL, 2004). Portanto, a importância de capacitar o ACS para o trabalho, se deve, à importância da Estratégia de Saúde da Família no contexto da política de saúde brasileira, bem como para potencializar os ACS frente ao papel de educadores populares.

Segundo o Ministério da Saúde, as atribuições estão relacionadas a um aspecto estruturante: o papel de educador como um agente de mudança naquela comunidade (BRASIL, 2006).

Sabe-se que o ACS emerge da comunidade sem bagagem técnica específica, para assim desempenhar seu papel de agente educador. Relacionando-se a função desse profissional, é notória a importância de capacitá-lo no cotidiano de seu trabalho, para que ele possa colaborar na construção e na manutenção da qualidade da assistência prestada, identificando problemas e participando coletivamente se suas resoluções.

4.4 A capacitação do ACS

Apesar de o ACS desenvolver um trabalho complexo, caracterizado principalmente pela dimensão educativa, em geral, a sua formação profissional tem-se caracterizado pela precariedade e diversidade. Isto se deve ao fato de que, para essa função desde o PACS, o Ministério da Saúde estabelecia como critério de escolaridade as habilidades de ler e escrever. A formação profissional restringia-se em geral à capacitação em serviço, realizada pelo enfermeiro.

Outro agravante em relação ao trabalho do ACS diz respeito à justificativa de que esse trabalhador deva ser representativo da comunidade em que atua, o que comumente é entendido como uma desqualificação profissional. Esse errôneo entendimento denota a desvalorização da dimensão conceitual de sua qualificação, influenciando assim diretamente na qualidade do serviço prestado pela equipe.

Para Tomaz (2002), com a implantação do PSF o papel do ACS foi ampliado, exigindo novas competências nos campos político e social, principalmente ligadas à promoção da saúde. Entretanto, o processo de qualificação do profissional ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel.

Instrumentalizar-se para lidar com o universo diversificado é um desafio que os trabalhadores do SUS estão enfrentando, em especial o ACS, por possuir pouca ou nenhuma qualificação, para o desenvolvimento de seu trabalho. Sendo de extrema importância a capacitação desses profissionais para o exercício de suas funções. Dentre as formas de capacitação, destacamos a educação continuada e educação permanente em saúde (EPS), visto que não há treinamento específico pra esse profissional.

A incorporação da EPS na cultura institucional pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe. Os membros desta equipe expõem seus conhecimentos, seus saberes, com intuito de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes. Dessa forma, ela pode ser uma estratégia potente, para a qualificação do ACS, pois possibilita a reflexão do saber cotidiano (VASCONCELOS, GRILLO e SOARES, 2009).

A EPS valoriza e soma saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a coletividade, para viver e conviver com qualidade, além de, concretizar conceitos teóricos, como: acolhimento, humanização, integralidade e vínculo, também em relação à equipe. A EPS pode ser considerada uma estratégia capaz de trazer para o ambiente de trabalho abordagens metodológicas dialógicas e democráticas (VASCONCELOS, GRILLO e SOARES, 2009).

O ambiente de trabalho é considerado pela EPS como lócus gerador de aprendizado significativo, visto que a busca do conhecimento por parte dos profissionais ocorre a partir da identificação e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho. A proposta de trabalho da educação permanente em saúde parte do reconhecimento de que é a partir do trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de autoavaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe e da necessidade de conhecimentos complementares.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após essa revisão da literatura foi possível conhecer um pouco sobre o processo, a situação atual e os desafios da qualificação e capacitação do ACS no contexto da estratégia SF e da EACS. Foi notória a importância desse profissional no processo de trabalho da equipe de saúde, sendo então de extrema importância que esse profissional esteja capacitado para desempenhar suas atividades, tornando o trabalho de toda equipe eficaz.

Contatou-se que os trabalhos analisados revelam uma preocupação com a capacitação profissional dos ACS, pois em sua maioria os estudos ressaltam a necessidade de um melhor preparo deste profissional para desempenhar sua função com qualidade.

O trabalho do ACS necessita ser feito de forma criteriosa na atenção primária à saúde. É necessário priorizar as ações voltadas para promoção da saúde, sobretudo aquelas de cunho preventivo, sem, no entanto prejudicar as ações curativas, pois o trabalho do ACS é de grande importância na mudança do modelo assistencial (foco da doença para foco na saúde).

Cabe ainda perguntar se a equipe de saúde, e os gestores, estão oferecendo elementos para a capacitação que permitam o desenvolvimento de um potencial transformador dos agentes, pois neste panorama observa-se que os ACS tornam-se uma figura importante para a qualidade do cuidado em saúde em esfera pública.

Considerando a necessidade de capacitar o ACS para o trabalho, uma vez que este possui o papel de agente educador, destaca-se a preocupação da autora deste trabalho frente à formação profissional do agente, bem como o seu papel no contexto da estratégia de saúde da família.

No cotidiano da equipe de saúde da família, como profissional da atenção primária à saúde, a autora percebe a necessidade de capacitação profissional da equipe, e em especial do ACS, devido à deficiência em sua bagagem técnica, o que dificulta o desempenho de suas funções.

Diante dessas considerações, reconhece-se a importância da capacitação dos ACS para o trabalho, visto que esse possui papel fundamental dentro da equipe. Essa importância se dá através da educação continuada e educação permanente em saúde, pois estes profissionais irão proporcionar maior eficácia em suas ações, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde e na qualidade de vida das famílias.

Sendo assim, acredita-se que este estudo poderá servir de suporte para a implantação de programas de capacitação nas unidades de saúde, instigando os profissionais de saúde, em especial o ACS a ampliarem seus conhecimentos e habilidades proporcionando assim maior qualidade ao serviço prestado pela atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

BORNSTEIN, V.J.. *O Agente comunitário de saúde na mediação de saberes*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: [Acesso em: Mar 2010.](#)

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 5 dez. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília, DF, 2004.

5- BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília, DF, 2004.

6- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. *Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: Abr 2010.

7- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. *Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: Abr 2010.

8- BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Trad. de Luis Eduardo Fonseca- Brasília, 1996. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006*. 4. ed. Brasília, DF, 2007. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006). p 9-55.

9- _____. _____. *Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde*. Brasília, DF, 2004.

10- _____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF, 2001.

11- _____. _____. Secretaria Executiva. *Programa de agentes comunitários de saúde*. Brasília, DF, 2001.

12- COSTA, E, M, A.; CARBONE, M, H. *Saúde da Família uma Abordagem Disciplinar*. Rio de Janeiro, Ed. Rúbio: 2004.dez. 1988.

- 13- Lei no 10.507, 10 jul. 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 11 jul. 2002.
- 14- NOGUEIRA, R.P. ; SILVA F. ; RAMOS, Z. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis o agente comunitário de saúde*. 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: Abr 2010.
- 15- NOGUEIRA, R.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista". Interface Comunicação, Portaria no 1.886, 18 dez. 1997. Aprovas as normas e diretrizes do Pacs e PSF. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 19 dez. 1997.
- 16- ROSA,W.A.G; LABATE,R.C.P. Programa de Saúde da Família: A construção de um Novo Modelo assistência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. V. 13.n.6. Ribeirão Preto. Nov/Dez/, 2005.
- 17- ROTHER, E.T. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*. Ed.20. 2007.Saúde, Educação. Botucatu, vol 6, nº 10, p. 91-93,2002.
- 18- SILVA , R. V. B., et al. *Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da Integralidade em saúde*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesp/UERJ, Abrasco, 2005. p. 75-90.
- 19- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2002.
- 20- SILVA, J.A. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. P 217.
- 21- SILVA, J.A. *O Agente Comunitário de Saúde no Projeto Qualis:Agente Institucional ou Agente de Comunidade*.São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,2001 TESE,Administração Hospitalar, São Paulo.
- 22- TOMAZ, J.B;C.O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.
- 23- VASCONCELOS, M.; GRILO, M.J.C.; SOARES, S.M. *Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde*. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. CEABSF. Belo Horizonte. Nescon/UFMG. Editora UFMG, 2009.