

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

**O trabalho do ACS enquanto membro da Equipe de Saúde: uma
revisão de literatura**

MÔNICA APARECIDA DE FÁRIA

UBERABA - MG

2013

MÔNICA APARECIDA DE FARIA

**O Trabalho do ACS enquanto membro da Equipe de Saúde: uma
revisão de literatura.**

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

Orientadora: Patrícia da C. Parreiras

UBERABA - MG

2013

MÔNICA APARECIDA DE FARIA

**O Trabalho do ACS enquanto membro da Equipe de Saúde: uma
revisão de literatura.**

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

Orientadora: Patrícia da C. Parreiras

Banca Examinadora

Prof. Patrícia da C. Parreiras (Orientadora)

Prof^a. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo

Aprovada em Belo Horizonte, 13 de abril de 2013

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalhos aos meus pais pela amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, sem ele nada é possível.

Aos meus pais, ao meu namorado Gustavo que estão sempre do meu lado.

À Equipe do Programa de Saúde da Família - Saúde em Casa de Pratinha-MG, pelo companheirismo, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, cuja vivência e admiração me inspirou a fazer esse trabalho.

Aos meus colegas de trabalho e amigos, principalmente a Raquel, Cristiana e Zilma, que sempre me deram força.

A minha orientadora Patrícia Parreiras pela paciência e compreensão.

RESUMO

A história da Saúde Pública passou por várias transformações nas últimas décadas, dentre elas a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe consigo o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Este serviu de transição para o Programa Saúde da Família (PSF). Ambos os modelos de atenção, só conseguiram sucesso devido a existência do Agente Comunitário de Saúde (ACS), inserido dentro da equipe. O presente estudo tem como objetivo apontar a importância do trabalho do ACS, dentro dessa equipe, apresentando o processo de inserção deste na Saúde Pública brasileira e, qualificando suas atividades. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica – Revisão de Literatura - realizada a partir de consultas e análise de artigos, Trabalhos de Conclusão de Curso, Tese e Dissertações sobre o processo de trabalho do ACS. Ao longo do trabalho pôde ser observado que as ações do ACS são muito importantes. Ele é o elo entre a comunidade e a equipe de saúde. Seu principal instrumento de trabalho é a visita domiciliar, onde identifica reais problemas da comunidade, e propõe soluções juntamente com outros membros da equipe. As ações do ACS ajudam a identificar riscos individuais ou coletivos que ameaçam a comunidade, contribuindo para alguns benefícios, como diminuição das taxas de mortalidade e morbidade. Ele leva informações importantes do domicílio para a unidade de saúde e vice versa, trazendo melhorias para as ações de saúde. O ACS tem papel essencial no processo de consolidação do SUS.

Palavras-chave:

Agente Comunitário de Saúde, Programa Saúde da Família, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The history of Public Health has undergone several transformations in recent decades, among them the creation of the Unified Health System (SUS), which brought the Community Agents Program (PACS), which served as a transition to the Family Health Program (FHP). Both models of care, achieved success only because the existence of the Community Health Agent (CHA), inserted within the healthcare team. The present study aims to point out the importance of the work of ACS, within this team, presenting the process of inserting the ACS Public Health in Brazil, describing their activities. This is a literature search conducted through consultation and study articles, works of Course Completion, Thesis and Dissertations on the ACS. Throughout the work can be seen that the work of ACS, is very important, it is the link between the community and health professionals. His primary instrument is the home visit, which identifies real community problems and proposes solutions with other team members. The work of ACS are single or help identify risks that threaten the collective community, contributing to some benefits such as lower rates of mortality and morbidity. He takes home the important information to the health unit and vice versa, bringing improvements to health actions. The ACS plays an essential role in the consolidation of Sistema Unico de Saúde.

Keywords:

Community Health, Family Health Program, Unified Health System .

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Caixas de Aposentadorias e Pensões

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IAPS - Instituto de Aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

NOB – Norma Operacional Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS –Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	13
3	METODOLOGIA.....	14
4	DESENVOLVIMENTO.....	15
4.1	A Estratégia de Saúde da Família e o Agente Comunitário de Saúde.....	15
4.2	Ações do Agente Comunitário de saúde.....	17
4.3	Valorização das ações do ACS.....	19
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
	REFERÊNCIA.....	24

1 INTRODUÇÃO

A história da Saúde Pública no Brasil teve seu grande marco na década de 1980, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Segundo Dutra (2008), de 1.500 até o Primeiro Reinado, praticamente não existiu assistência a Saúde no país. As práticas de saúde eram baseadas no empirismo.

Contemporâneo à República, surge o cientista Oswaldo Cruz que contribuiu para a incorporação de algumas ações de saúde, como por exemplo, registros demográficos, criação de laboratórios e produtos profiláticos. Após esse período, vieram vários modelos de atenção, como o Sanitarismo Campanhista na década de 30, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), pela primeira vez organizada por leis. Seguiram-se depois, o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dentre outros. Todos esses modelos eram elitistas e excludentes. Na década de 80, com a Reforma Sanitária, marcada pela 8ª Conferência Nacional da Saúde, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e doutrinas (VARGAS,2008).

O SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais de administração direta e indireta e fundações públicas, podendo ser complementado pela iniciativa privada(BRASIL, 2000).

Juntamente com o SUS, vieram alguns modelos de atenção a Saúde, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que segundo Theisen(2004) foi uma das primeiras estratégias para mudar o modelo de assistência à saúde no Brasil, contribuindo com a reorganização dos serviços nos municípios, integrando profissionais entre si e estes com a comunidade, além de reafirmar alguns princípios do SUS, como universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Na verdade o PACS foi apenas um programa de transição para a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), denominado nos dias atuais como Estratégia de Saúde da Família (ESF). O PSF é uma estratégia que visa atender a família e o indivíduo de maneira integral e contínua, através de ações como promoção, proteção e recuperação da saúde, reorganizando a prática assistencial centrada no modelo hospitalar, passando a focar a família e o ambiente onde essa está inserida (BRASIL, 1997).

O PACS trouxe consigo um grande aliado, o Agente Comunitário de Saúde, profissional esse de grande importância dentro da equipe de saúde. O ACS veio para desenvolver ações básicas de saúde, como promoção a saúde e prevenção de doença, funcionando como elo entre a comunidade e a equipe de saúde. (THEISEN, 2004).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), surgiu contemporâneo ao Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto existem estudos que citam os ACS como os primeiros profissionais de saúde não médicos. Durante os séculos XVII e XVIII na Europa, movimentos que consolidaram a Medicina Social e a enfermagem, contemplaram também a visita domiciliar. No Brasil tal movimento ocorreu entre meados de 1920 e 1990, com a consolidação do SUS. O ACS surge como um trabalhador da saúde integrante da equipe de saúde da família ou do PACS com a finalidade de aproximar as famílias do serviço de saúde e conseqüentemente contribuir na organização da Atenção Básica (FLORES *et al* 2008).

De acordo do Theisen (2004), o trabalho do ACS se diferencia dos outros profissionais de saúde, pois mesmo não possuindo formação científica e técnica, trabalha diretamente com questões que envolvem saúde, doença, educação, informação, prevenção, assistência, através do contato direto e indireto com o usuário, por meio de visitas domiciliares.

O trabalho do ACS é de extrema importância. É impossível pensar na funcionalidade da Equipe de Saúde da Família sem o ACS. No entanto, o trabalho deste profissional, ainda é pouco valorizado por muitos profissionais de saúde e a maioria dos usuários das Unidades Básicas de Saúde(UBS) desconhece seu papel.

Na minha vivência como enfermeira do PSF no município de Pratinha-MG, por quatro anos acompanhando o trabalho dos ACS, pude ver na prática como eles são importantes. Mesmo Pratinha sendo um município pequeno, com aproximadamente três mil habitantes, onde todas as pessoas se conhecem, o vínculo adquirido entre usuários e equipe de saúde é bem estreito. Os ACS têm grande importância nesta relação, pois os outros membros da equipe conhecem aquele usuário que vem todo dia na unidade de saúde, mas desconhecem como é aquele usuário dentro do domicílio e da comunidade.

O município de Pratinha, localiza-se na região Sudoeste do Estado de Minas Gerais, no Alto Paranaíba. Pertence a região Triângulo Sul, na microrregional de Araxá. Possui área geográfica de 619,30 quilômetros quadrados e altitude 1.162 metros. Faz limites com municípios de Ibiá, Tapira, Campos Altos e Medeiros.

O município teve sua UBS construída na década de 70. Em 1994 foi criado o Fundo Municipal de Saúde. Com a Norma Operacional Básica - NOB 96, o município foi habilitado em Gestão Plena de Atenção Básica. Em 1999, iniciou o Programa Saúde da Família, que funcionou até 2007, na área física da UBS. Desde 2007 o PSF funciona em espaço próprio. Apesar da separação física a população adistrita é a mesma. Atualmente a equipe do PSF conta com um médico de família, um ginecologista uma vez por semana, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar

de saúde bucal. O PSF atende zona urbana e rural, contando com oito ACS, cinco na zona urbana e três na zona rural. A zona rural foi dividida em quatro regiões, onde há atendimento médico toda quarta-feira. Cada semana em uma região.

A UBS funciona vinte e quatro horas com serviços de urgência e emergência. Durante a semana funciona posto de coleta para exames laboratoriais, radiográficos, ultrassonografia e serviços de fisioterapia. O PSF, atua na prevenção, oferecendo serviços de imunização, papanicolau, curativos, nebulização, triagem neonatal, visitas domiciliares, medicação, grupos operativos, para portadores de Diabetes, Hipertensão Arterial, Gestantes, Puericultura, Tabagismo, entre outros.

O PSF está enquadrado na Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1, e possui seis microareas, duas urbanas e quatro rurais. Devido a grande extensão, a zona rural não é totalmente coberta pela equipe de PSF.

Atualmente o PSF possui 966 famílias cadastradas, sendo 1382 pessoas do sexo masculino e 1394 do sexo feminino. De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 25% da população é idosa. As patologias prevalentes são Hipertensão e Diabetes, sendo também as maiores causas de internação. Os óbitos ocorridos no município são por causas cardíacas e/ou pulmonares, geralmente associadas à idade avançada (SIAB, 2012).

Em minha percepção, a população enxerga o ACS apenas como aquele funcionário da prefeitura que recebe para andar o dia inteiro nas casas dos outros, não dando importância às suas atividades e às informações que eles levam as suas casas. Muitas vezes, os próprios Agentes Comunitários de Saúde desconhecem sua importância, enquanto membros da equipe de saúde.

Pretende-se com esse estudo reafirmar para a população do município de Pratinha-MG, o quão importante é o trabalho do ACS. Mostrar como esses trabalhadores podem ser grandes agentes de mudanças sociais, seja nos domicílios ou na comunidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Apontar a importância do Trabalho do ACS, enquanto membro da equipe de saúde.

2.2 Específicos

- Identificar as atividades desenvolvidas pelo ACS dentro da Equipe de Saúde da Família.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho, foi realizado a partir de uma pesquisa bibliográfica/revisão de literatura, onde foram selecionados artigos, trabalhos de Conclusões de Cursos, Dissertações e Teses sobre o trabalho e as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde.

A pesquisa bibliográfica caracteriza-se por um estudo realizado a partir de um material elaborado, como livros, artigos e outros (GIL, 1995).

Foram pesquisados artigos nas seguintes bases de dados on line: Scielo (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde) e no portal Programa Ágora disponibilizado pelo CEABSF. Para encontrar os artigos foram utilizados os seguintes descritores: agente comunitário de saúde, programa saúde da família, processo de trabalho em saúde. Os artigos foram escolhidos através de análise do conteúdo dos mesmos e a relação entre o tema escolhido.

Os dados do município de Pratinha foram coletados no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

O foco para a pesquisa foi o trabalho Agente Comunitário de Saúde, no entanto foram abordados outros temas como Saúde Pública, SUS, PSF, PACS, para contextualização do tema proposto.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 A Estratégia de Saúde da Família e o Agente Comunitário de Saúde

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como uma forma de complementar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS contava apenas com ACS, sendo esses coordenados por um enfermeiro. O enfermeiro além de coordenar as ações dos ACS, também é responsável por capacitá-los. Essa capacitação é realizada de acordo com as necessidades identificadas na comunidade (BRASIL, 2001).

A ESF é composta por uma equipe mínima, sendo esta formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde. Cada ACS, pode ser responsável por no máximo 750 pessoas. A ESF, ainda pode ser integrada à uma equipe de saúde bucal (BRASIL, 2009).

A inserção da Saúde Bucal no PSF, afirma a proposta de mudança no modelo de saúde. A saúde bucal, deve ser incorporada a saúde geral do indivíduo (PALÚ, 2004).

O ACS, deve residir dentro da própria comunidade, ter idade superior a 18 anos, o perfil social deve prevalecer sobre o perfil técnico, deve estar disponível para realizar o trabalho em tempo integral (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

O ACS, veio para contribuir para a mudança de paradigmas. O antigo modelo de assistência a saúde, focado no curativo, onde o usuário procurava o sistema de saúde, ou melhor atendimento a saúde somente quando estava doente. Não existia um cuidado continuado, isso só foi possível, com o surgimento do PACS, que serviu como transição para o PSF, que posteriormente passou a ser ESF.

A ESF é uma nova forma de fazer saúde, com foco na prevenção. Trouxe consigo uma mudança de locus centrado no hospital, para um modelo que valoriza a prevenção de enfermidades focando a família. A ESF articula técnicas e conhecimentos de várias áreas como clínica, epidemiologia, planejamento social orientando ações multiprofissionais e integradas (JORGE *et al* , 2007).

Apesar do PACS e da ESF, contar com o ACS inserido como membro da equipe de saúde, e nas suas respectivas portarias constar as responsabilidades e atribuições, o ACS, só foi reconhecido como profissional em 2002, com a Lei nº 10.507 de 10 de Julho de 2002. Em 2006 esta Lei é revogada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 e os ACS retornam à executores de “atividades”.

Art. 3º -O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do

SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

A inserção do ACS, no serviço de saúde tornou-se uma política estrutural para a saúde pública no Brasil (QUEIRÓS; LIMA, 2012). De acordo com Seabra *et al* (2008), o trabalho do ACS dentro do PCS e da ESF, é de mediador entre comunidade e serviço e mediador de diferentes saberes. Possuem uma identidade comunitária, realizando tarefas que vão além do campo da saúde. Podem dar suporte a comunidade em causas sociais e culturais.

O trabalho do ACS no PSF, veio como uma proposta para organizar a atenção à saúde, incorporando aos determinantes sociais do processo saúde/doença, práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde em grupos adstritos, contribuindo para a construção de um novo modelo de atenção (JORGE *et al*, 2007).

O antigo modelo de atenção à saúde, o modelo biomédico, tem como foco técnicas relacionadas a proteção específica, com um atendimento médico prescritivo, reducionista, bem diferente do que é proposto pelo PSF. O modelo biomédico limita-se ao atendimento individual e prescrição de medicamentos, desconsiderando aspectos sócio culturais e a família onde o indivíduo está inserido. Os pacientes são percebidos pelos profissionais médicos como seres sem instrução (MORETTI-PIRES, 2009).

Ainda de acordo com Moretti-Pires (2009), a ESF caracteriza-se por um modelo de atenção primária que tem uma visão complexa do indivíduo, cujo compromisso é prestar uma atenção pautada no atendimento integral e contínuo, com equidade e resolutividade,

por meio da humanização, procurando desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde.

Para que as ações de saúde aconteçam faz-se necessário que os princípios básicos do SUS sejam cumpridos, mesmo que sua operacionalização apresente realidades diferentes, sejam essas diferenças locais, municipais e regionais (BRASIL, 2009). O grande aliado da equipe da ESF para sanar essas diferenças e focar as particularidades é o ACS.

Para Silva e Ribeiro (2009), é importante que as famílias assistidas pela ESF, conheçam a importância do profissional ACS, pois ele identifica situações que possam comprometer direta ou indiretamente a saúde das famílias. Portanto, sua função não se limita a facilitar o acesso ao serviço de saúde e a relação com outros profissionais da ESF.

O ACS é segundo Seabra *et al* (2008), como um termômetro para a equipe de saúde. Ele consegue enxergar aos olhos da população o papel que a equipe de saúde representa na comunidade permitindo que as ações exercidas possam ser avaliadas. Porém, o trabalho do ACS só será satisfatório quando realizado em conjunto com outros profissionais da equipe.

O trabalho do ACS, também é muito importante no planejamento das ações da equipe da ESF, pois é ele o responsável pela produção dos dados, que futuramente servirão como base para criação de indicadores. É ele quem conhece a realidade da comunidade para discutir junto a equipe possíveis estratégias para melhorias de indicadores.

4. 2 Ações do Agente Comunitário de saúde

O ACS é um importante elemento dentro da Equipe da Estratégia de Saúde da Família. Ele não é apenas um funcionário que visita as famílias todo mês. De acordo com Brasil (2009), um bom ACS, para desenvolver com sucesso seu trabalho, precisa antes de mais nada conhecer bem o território da unidade de saúde que atua, sua comunidade. Não basta conhecer somente os problemas enfrentados por essa comunidade, o ACS precisa também conhecer o potencial econômico, social e cultural da mesma.

O ACS, tem que gostar muito do que faz, ter iniciativa, interesse em aprender sempre. Tem que ser um ser observador. Observar o indivíduo como um ser, que tem seus problemas individuais, mas ao mesmo tempo, vive em uma comunidade, tem uma

família, uma religião.

Silva e Ribeiro (2009), destacam em seus estudos algumas qualidades do ACS, como iniciativa, responsabilidade, autonomia. Deve conhecer a utilidade e os impactos das ações realizadas por eles. Compreender que os grupos sociais são concretos, com necessidades, modo de vida e a interação dos indivíduos com a equipe de trabalho, com grupos e comunidade.

Assim como qualquer trabalhador da área da saúde, o ACS tem que fazer seu trabalho com ética e respeito. Ele vai estar sempre dentro da casa das pessoas, muitas das vezes o vínculo entre o ACS e o usuário, assume uma certa intimidade e companheirismo na busca dos problemas identificados.

A privacidade das informações prestadas pelo paciente é um direito garantido pela humanização. A privacidade engloba a intimidade, honra, garantindo que o usuário tenha direito de decidir se suas informações pessoais devem ser reveladas ou não a equipe de saúde. Por ter maior proximidade com o usuário, residir próximo a residência deste, o ACS deve garantir a privacidade dos usuários que relaciona. (FORTES; SPINETTI, 2004).

Para Silva e Ribeiro (2009), independente da função ocupada na ESF, espera-se que o profissional aja de maneira ética, ouvindo o usuário, respeitando suas crenças pessoais e seus valores.

O ACS deve ser capacitado para exercer bem sua função. Conforme dito anteriormente o ACS, pode ser capacitado pelo enfermeiro da equipe. No entanto, houve um período em que o próprio governo federal disponibilizou um curso técnico voltado para esses profissionais.

Em novembro de 2004, é apresentada a Portaria GM/MS 2.474 que institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde. Esta formação foi apresentada com a proposta de curso técnico de nível médio.

Barros *et al* (2010), explica que o curso foi dividido em três etapas, totalizando 1200 horas. A primeira etapa com carga horária de 400 horas, a única que foi colocada em prática e tinha como objetivo desenvolver o perfil social e esclarecer o papel do ACS enquanto membro da equipe multiprofissional. A segunda etapa, com carga horária de 600 horas, exigia que o participante tivesse Ensino Fundamental Completo e era voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças. A terceira etapa com carga horária de 200 horas exigia Ensino Médio e tinha como objetivo consolidar temas sobre promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário, ofertando ao final, a formação de nível técnico.

Infelizmente, a formação de ACS não teve continuidade. Em 11 de Novembro de 2008, a Portaria GM/MS de nº 2.662, que institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, também não foi colocada em prática.

Gomes (2009) lamenta o processo de qualificação falho do ACS, e o define com desestruturado e fragmentado, impossibilitando assim que ele desenvolva suas competências de maneira adequada. A capacitação e a educação permanente são fundamentais, para todos os membros de equipe de saúde, não só os ACS, para que os mesmos possam atender as necessidades das famílias.

O ACS precisa ser capacitado, seja pelo enfermeiro da equipe ou outro profissional competente para desempenhar várias funções, como identificar áreas e situações de risco individual e coletivo; encaminhar pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário, orientar pessoas sobre o funcionamento da unidade, acompanhar situação de saúde das pessoas e ajudá-las a conseguir superá-las (BRASIL, 2009).

Para Machado (2010), o ACS, seja na unidades da saúde, nos domicílios e coletividade, estendem o acesso às ações e serviços de informação e promoção social aos usuários, além de participar da orientação, acompanhamento e educação em saúde.

A educação em saúde visa combinar oportunidades que favoreçam promoção e a manutenção de algumas condições importantes, como bem estar, físico, psicológico e social através da acessibilidade aos serviços de saúde (SILVA;RIBEIRO, 2009).

O ACS, usa com instrumento de trabalho a visita domiciliar, essencial no seu dia a dia, para realizar entrevista, cadastramento e mapeamento (JORGE et al, 2007). A visita domiciliar permite ao enfermeiro e o ACS, aproximarem-se da família, facilitando o entendimento do contexto de vida que estão inseridos, identificando necessidades e sugerindo condutas coerentes. A presença do ACS, no domicílio repercute em modificações no estilo de vida das famílias. Durante a visita domiciliar, o ACS, pode notar e compreender situações, que em nenhum outro momento seriam reveladas, seja no contexto familiar, no autocuidado, na alimentação ou até mesmo em dificuldades pessoais (KEBIAN; ACIOLI, 2011).

Ainda de acordo com Kebian e Acioli (2011), a visita domiciliar do ACS, deve ter como foco a identificação das demandas de saúde das famílias, educação e saúde e ainda devem ser acompanhados outros profissionais quando forem nos domicílios.

O trabalho do ACS, acontece dentro e fora da unidade de saúde. Dentro da unidade o ACS, deve participar das reuniões de equipe ajudando no planejamento das atividades. Fora da unidade ele deve realizar o mapeamento, cadastramento e visita das famílias adistritas. Tanto dentro quanto fora da unidade ele deve realizar trabalho de educação e saúde/orientação do paciente sobre auto-cuidado e higiene bucal, escuta e acolhimento do paciente.

De acordo com Silva e Ribeiro(2009), o ACS deve estar preparado para orientar as famílias sobre cuidados com a comunidade e o auto cuidado, assumindo seu papel de sujeito educativo, transmitindo conhecimentos e estimulando sua capacidade de analisar e criticar problemas vivenciados na comunidade, ajudando a propor soluções.

4. 3 Valorização das ações do ACS

O ACS, apesar de ser fundamental dentro da equipe de saúde, ainda é muito desvalorizado. O próprio ACS desconhece seu valor.

O ACS, tem um papel de educador em saúde que faz toda a diferença. Esse papel pode ser exercido dentro dos domicílios, nas unidades e até mesmo em grupos programados pela comunidade. Muitas doenças e agravos podem ser complicados pela falta de informação. Muitas vezes o médico ou enfermeiro não conhecem a realidade do domicilio para orientar adequadamente o indivíduo.

Por exemplo, o paciente vai ao consultório e o médico prescreve uma medicação, o paciente ouve e aceita calado o que lhe é prescrito, mas não entende nada do que o médico disse. Quando o ACS, vai até a casa dessa pessoa, devido ao vínculo estabelecido, o paciente sente-se a vontade de perguntar como se toma a medicação. Ou seja, o trabalho do médico só terá resultado devido a ação do ACS. Muitos obstáculos encontrados entre médicos e pacientes, que existem no cotidiano se dissolvem com a presença do ACS (SANTOS *et al*, 2008).

O ACS, possibilita a comunicação entre os usuários e os trabalhadores de saúde, articulando a escuta e a fala, é um facilitador para a criação do vínculo interpessoal entre famílias e membros da equipe (JORGE *et al*, 2007).

Os ACS, exercem papel relevante no desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, são responsáveis por identificar e notificar doenças e

agravos, além de informar a equipe sobre situações de risco encontradas na população adstrita (SANTOS *et al*, 2008).

O trabalho do ACS, é muito importante na prevenção, trazendo impactos significativos na saúde da comunidade. Ajuda no acompanhamento de hipertensos, diabéticos, crianças e gestantes (MEDEIROS *et al*, 2006).

O ACS, ajuda a equipe junto aos pacientes portadores de doenças crônicas. Ele consegue ver se os portadores de hipertensão e diabetes estão tomando a medicação e seguindo corretamente as orientações médicas. Acompanha crianças desnutridas, pesando-as semanalmente e auxilia as gestantes na gravidez e puerpério.

O ACS, possui papel essencial, no processo de consolidação do SUS, além de facilitar o acesso da população aos serviços e ações de saúde, servindo como elo de ligação entre comunidade e equipe, possibilita o fortalecimento de relações, facilitando o diagnóstico de situações de risco (GOMES *et al*, 2009).

Infelizmente as ações exercidas pelos ACS, não são facilmente visíveis e mensurados. No entanto dados estatísticos, a longo prazo, demonstram mudanças significativas na prática da população local, fruto do trabalho exercido pelo ACS (MEDEIROS *et al*, 2006).

Para Kluthcovsky e Takayanagui(2006), apesar das dificuldades, é inegável o benefício trazido pelo trabalho do ACS, ele tem proporcionado melhorias na saúde da população brasileira, com redução dos índices de mortalidade e morbidade, melhoria nas taxas de algumas ações de saúde.

Muitos riscos que ameaçam a população, sejam eles individuais ou coletivos, podem deixar de existir ou ser minimizados com a presença do ACS, na família ou na comunidade.

O ACS, desempenha várias funções, como identificar áreas e situações de risco individual e coletivo; encaminhar pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário, orientar pessoas sobre o funcionamento da unidade, acompanhar situação de saúde das pessoas e ajudá-las a conseguir superá-las (BRASIL,2009).

Por meio do seu trabalho o ACS torna-se capaz de mobilizar e articular conhecimentos e habilidades, para acompanhar, apoiar, orientar a população por meio de uma concepção de saúde, que vise qualidade de vida e a autonomia em saúde (SILVA; RIBEIRO, 2009).

O ACS tem se tornado um sujeito social fundamental na construção do novo modelo de atenção à saúde, sejam elas coletivas, integrando ações de promoção a saúde, como nas relações de vínculo estreitadas com famílias ou núcleos sociais (JORGE *et al*, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde, foi um marco importante no processo de consolidação do SUS.

Seu trabalho serve como elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde, aproximando comunidade e profissionais de saúde por meio das visitas domiciliares. O ACS, está sempre presente na vida das famílias assistidas por ele. Isso permite que ele conheça as dificuldades e problemas enfrentados pelos usuários. Aproximando equipe de saúde da comunidade. O ACS, desenvolve várias ações dentro e fora da unidade de saúde, permitindo que a equipe do ESF, possa atender de maneira adequada a população adstrita.

O ACS, não é apenas um visitador, ele exerce junto com sua equipe de saúde ações de educação e saúde, orientando e levando as famílias informações sobre cuidados com a saúde.

Após o surgimento do ACS, percebeu-se a redução das taxas de morbidade e mortalidade, proporcionando melhorias na saúde da população brasileira.

Muitos riscos que ameaçam a saúde da população, sejam eles individuais ou coletivos podem ser minimizados pelo trabalho do ACS. No entanto, a população ainda desconhece a importância desse profissional.

A população deve valorizar o trabalho do ACS. De acordo com Medeiros *et al* (2006), o agente de saúde tem papel de vigilante e cuidador da saúde da população.

6 REFERÊNCIAS

BARROS, D. *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf>. Acesso em: 5 de novembro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília (DF): MS; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva-** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamneto de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa agentes comunitários de saúde(PACS)/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva- Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p.

BRASIL. **Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002.** Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. B. Ministério Da Saúde. 2002a Acesso em: 10 de Outubro de 2012.

Disponível em:<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2002/10507.htm>.

FLORES, O. *et al.* **Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. Com. Ciências Saúde.** 2008; 19(2): 123-136. Disponível em: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art05agentes.pdf. Acesso em 11 de Setembro de 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GOMES, K. O. *et al.* A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.744-755, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/17.pdf>. Acesso em: 06 Novembro de 2012.

JORGE, M. S. B. et al. Concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua prática no Programa de Saúde da Família. **Revista APS**, v.10, n.2, p. 128-136, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/05concepcao.pdf>. Acesso em: 15 de Outubro de 2012.

KEBIAN, L. V. A. ACIOLI, S. Visita domiciliar: espaço e práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 9(3):403-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>. Acesso em : 05 de Novembro de 2012.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. TAKAYANAGUIZ, A. M. M . O Agente Comunitário de Saúde: uma revisão de literatura. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 novembro-dezembro; 14(6). Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/337/115>. Acesso em 9 de Outubro de 2012.

MACHADO.M.C.H.S. *et al.* Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (4): 459-468 out. / dez., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000400006&script=sci_arttext. Acesso em: 01 de Novembro de 2012.

MEDEIROS, R. L. R. et al. **O Agente Comunitário de Saúde como agente de mudança sociocultural**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde Estação CETREDE / UFC / UECE. Fortaleza, 2006. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Agente_comunitario_mudanca.pdf Acesso em 10 de Outubro de 2012.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a13>. Acesso em: 03 de Novembro de 2012.

PALÚ, A.P.N. **A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios**: a visão de odontólogos do Paraná, 2004. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2004.

QUEIROS, A. A. L.LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. educ. saúde** [online]. 2012, vol.10, n.2 [cited 2012-10-16], pp. 257-281 . Acesso em: 10 de Outubro de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19817462012000200005&lng=en&nrm=iso. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000200005>. Acesso em: 10 de Setembro de 2012.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 10 de Setembro de 2012.

SEABRA, D. C. *et al.* O Agente Comunitário de Saúde na visão da equipe mínima de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 226-234, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/337/115>. Acesso 11 de Outubro de 2012.

SANTOS, et al. Perfil do Agente Comunitário de Saúde no PSF Vila Mury. **Caderno UNIFOA**. Edição Especial Prefeitura de Volta Redonda. Outubro. 2008. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/especiais/pmvr/39.pdf>. Acesso em: 15 de Outubro de 2012.

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.

SILVA, P. R; RIBEIRO, G. T.F. ACS: Elo de ligação entre comunidade carente e a ESF. **Vita et Sanitas**, Trindade-Go, n. 03, jan.-dez./2009. Disponível em: http://fug.edu.br/revista_3/pdf/asc_elodeligacao.pdf Acesso em: 10 de Outubro de 2012.

THEISEN, N.I. S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS):** condições de trabalho e sofrimento psíquico, Santa Cruz do Sul, RS. 2004. 160 F. Dissertação (Mestrado e doutorado). Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, Santa Cruz do Sul, 2004.

VARGAS, J. D. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil:** revisão da literatura/. – Jeferson Dutra de Vargas. - Rio de Janeiro, 2008. 28 f.; 30 cm.

VARGAS. J. D. **História das políticas Públicas de Saúde no Brasil:** Revisão de Literatura. 2008. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde). Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008.