



**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

**JÉSICA DE LIMA LOURENÇO**

**SABERES E FAZERES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS  
VISITAS DOMICÍLIARES**

**LAGES, 2016**

**JÉSSICA DE LIMA LOURENÇO**

**SABERES E FAZERES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS  
VISITAS DOMICÍLIARES**

Trabalho de Conclusão apresentado à Banca Examinadora como requisito para a aprovação no Curso de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.

**Orientadora:** Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

**LAGES (SC), 2016**

## **SABERES E FAZERES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS VISITAS DOMICILIARES: Panorama da literatura**

Jésica De Lima Lourenço<sup>1</sup>

Juliana Cristina Lessmann Reckziegel<sup>2</sup>

### **RESUMO**

A profissão de Agente Comunitário de Saúde, apesar de existir a anos, foi regulamentada apenas em 2002 com a Lei 10.507, após quatro anos de regulamentação, houve uma substituição para a lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, adicionando às funções já estabelecidas o combate às endemias, o exercício de atividades de vigilância, a prevenção e o controle de doenças. Porém, destaca-se que o exercício desta profissão enfrenta alguns desafios, dos quais elencamos a falta de formação acadêmica em saúde. Assim este estudo apresenta uma revisão da literatura com o objetivo de identificar os conhecimentos e as práticas utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares por meio de análise de produção científica. Os estudos apontam que a Estratégia Saúde da Família emprega a visita domiciliar e a atuação do Agente Comunitário de Saúde como elementos de grande relevância para o fazer saúde na atenção básica. Também evidenciou-se que o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde envolve o levantamento de dados, observação de riscos epidemiológicos, condições socioambientais e situações-problemas em cada família. Destaca-se que para um bom acompanhamento da comunidade é primordial que o ACS seja capacitado para que consiga desempenhar suas funções e conferir qualidade e resolutividade às atenção de atenção primária.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Agentes Comunitários de Saúde

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Discente do Curso de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente no Programa de Mestrado em Ambiente e Saúde na UNIPLAC.

## 1. INTRODUÇÃO

Em 1991 a fundação Nacional de Saúde e as Secretárias do Estado de Saúde Criaram o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), sendo uma iniciativa de reduzir indicadores de risco, focalizando inicialmente a saúde materno-infantil (COSTA et all , 2012). Inicialmente os Agentes Comunitários de Saúdes (ACS) realizavam ações de apoio às equipes, porém suas funções não eram bem estabelecidas. Apenas em 1999, por meio do Decreto Presidencial nº 3.198, que foram descritas as competências necessárias para o exercício da função destacando as seguintes ações: levantamento sociocultural da área de abrangência das unidades de saúde, realização de atividades de educação em saúde individual e coletiva; estabelecimento de ações para o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e a rede de saúde e reconhecimento das necessidades da comunidade assistida (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

A profissão de ACS, apesar de existir a anos, foi regulamentada apenas em 2002 com a Lei 10.507, considerando as seguintes funções "prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste" (BRASIL, 2002).

Após quatro anos da regulamentação, houve uma substituição da Lei 10.507 /2002 para a lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, adicionando às funções já estabelecidas o combate às endemias, o exercício de atividades de vigilância, a prevenção e o controle de doenças.

Nos últimos anos o PACS tornou-se fundamental para a concretização da Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando possível que a equipe multiprofissional realize a assistência segundo as necessidades e demandas de saúde/doença da localidade, ampliando o acesso e a resolutividade da Atenção e a necessidade de cada família, sempre focando no bem estar e qualidade da vida de cada indivíduo (MARZARI, JUNGES, SELLI, 2011; BONFIN, 2012).

Outro componente importante é que os ACS são necessariamente moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde onde trabalham, sendo fator que amplia o seu conhecimento dos elementos históricos e culturais da população, além de favorecer o vínculo com a comunidade, e por conseqüência, aproximar as famílias da Unidade de Saúde (BONFIN ,2012; JORGE et al, 2007). Porém, destaca-se que o exercício desta profissão enfrenta alguns desafios, dos quais elencamos a falta de formação acadêmica

em saúde, que por vezes dificulta que os ACSs desempenhem a função de auxiliar no cuidado da comunidade, na realização das visitas domiciliares e na observação dos pacientes que precisam de atendimento (JORGE et al, 2007). Reconhecemos que trabalhar em uma equipe de saúde não é uma tarefa fácil e que os profissionais que ali estão buscam ampliar a qualidade da assistência em saúde e da qualidade de vida das pessoas por meio de atendimento humanizado e integral.

A ESF usa como ferramenta em seu processo de trabalho, o levantamento de dados observando os riscos epidemiológicos, situações-problemas em cada família e condições sócio-ambientais da comunidade, pois com dados efetivos e analisados a equipe poderá realizar ações de assistência e educação em saúde com maior qualidade (FIGUEIRA, SILVA, 2011; ARAÚJO, ASSUNÇÃO, 2004). Com a ESF realizando atendimento integral, desenvolvido por toda equipe, na unidade e domicílios, conseguirá ampliar a abrangência de captação de usuários que poderá acompanhar continuamente. Para que isto ocorra a unidade de saúde da família poderá trabalhar com uma ou mais equipes dependendo do número de famílias naquela área, tendo recomendação no Ministério da Saúde que não se exceda mais de três equipes por unidade (BRASIL,2000).

Nesta perspectiva, este estudo pretende realizar uma reflexão acerca do trabalho dos ACSs, enfocando nos saberes e fazeres empregados nas Visitas Domiciliares, considerando a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os conhecimentos e as práticas realizadas por Agente Comunitário de Saúde nas visitas domiciliares?

## **2. OBJETIVO GERAL**

Identificar os conhecimentos e as práticas utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares por meio de análise de produção científica.

## **3. METODOLOGIA**

Trata-se de uma Revisão de Literatura, desenvolvida por meio de busca no Portal de periódicos CAPES, entre os dias 21 a 28 de novembro de 2015, utilizando a palavra-chave “Agente Comunitário de Saúde”. Para ampliar a amostragem, foram realizadas buscas na Ferramenta Google Acadêmico, no mesmo período, selecionando outras publicações, das quais algumas eram dissertações de mestrado e trabalhos de conclusão de cursos de graduação. Como critério para a inclusão dos considerou-se a

disponibilidade de texto completo para a leitura on-line e a adequação à temática estudada. Para a argumentação e contextualização foram utilizados livros didáticos. Os dados passaram pelo processo de análise de conteúdo, sendo que os principais achados encontram-se descritos a seguir.

#### **4. REVISÃO DE LITERATURA**

##### **4.1 A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PARTICIPAÇÃO DOS ACS.**

Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe à reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas. As unidades contam com Equipes de Saúde da Família (ESF) em conformidade com as normas do Ministério da Saúde. A equipe é composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, que devem fazer parte tanto nessas equipes quanto nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) recomendado pelo MS que cada equipe seja responsável pelo acompanhamento de no máximo de 4.500 pessoas. (FIGUEIREDO, 2012).

Após a implementação da equipe multiprofissional na ESF houve uma grande melhoria na saúde da população em todos os aspectos, como por exemplo, a ampliação das ações de promoção do aleitamento, a assistência às gestantes e a vacinação. (KLUTHCOVSKY, TAKAYANAGUI, 2006). Um dos profissionais da equipe é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), tendo extrema importância pois ele faz o acompanhamento contínuo com cada família, sendo o responsável por uma micro área (FIGUEIRA; SILVA, 2011).

Para um bom acompanhamento da comunidade é primordial que o ACS seja capacitado, para que o mesmo realize um bom levantamento de dados, incluindo a busca ativa, o cadastramento, o rastreamento de patologias, para que com esse mapeamento a equipe realize a assistência necessária (BRASIL, 2014). Assim, o ACS é o grande responsável pelo vínculo da família com a equipe, pois um dos pré-requisitos é a sua inserção como morador da comunidade em que atua (QUEIRÓS, LIMA, 2012).

Os ACSs também realizam ações de educação em saúde, que podem ser feitas individualmente, no momento da visita domiciliar, em grupos ou até mesmo em locais sociais da comunidade. Figueiredo (2012). Conforme a observação do profissional, poderão ser realizadas essas atividades enfocando a proteção e prevenção, sendo o ACS responsável pelo ao processo de sensibilização das famílias para a participação (BRASIL,1997). Com tudo, o estudo de Kluthcovsky e Takayanagui (2006) apontam que alguns ACSs identificam o serviço de saúde como uma rede de procedimentos para a atenção aos agravos agudos, focando na ação curativa e individual, o que prejudica as ações preventivas e a promoção da saúde.

Um dos desafios vivenciados pelos ACSs está na dificuldade de comunicação com os usuários durante as visitas domiciliares, principalmente no que se refere às concepções sobre saúde e as práticas de cuidado (FIGUEIRA, SILVA,2011; BORNSTEIN, 2007). Assim, a formação dos ACSs vem sendo uma das preocupações de várias instituições, pois o que se pretende é que este profissional seja um facilitador “entre o saber popular, suas culturas e o conhecimento científico, além de estabelecer vínculo entre a equipe e a comunidade (PINTO; FRACOLLI, 2010). A compreensão por parte do usuário quanto ao tratamento a ele oferecido concretiza as ações de assistência à saúde, além de favorecer a co-responsabilização destes no cuidado de sua saúde (BORNSTEIN, 2007; NACIMENTO, 2005).

#### 4.2 A ATUAÇÃO DOS ACS NAS VISITAS DOMICILIARES

Em 1994 A Estratégia Saúde da família foi assumida oficialmente pelo ministério da saúde com o objetivo de remodelar a assistência de saúde tão focada na doença do paciente. E para que a ESF tivesse êxito, incluiu-se as visitas domiciliares e outras atividades, tendo como objetivo a educação em saúde individual, para que houvesse tratamento e recuperação de cada indivíduo (SAKATA, 2007).

A visita Domiciliar é uma atividade fora da unidade realizada por todos, mas principalmente pelos ACS, cabendo a eles realizar uma visita domiciliar em cada família por mês a fim de obter informações relevantes que ajudem a equipe a desvelar as necessidades e elaborar planos terapêuticos para cada paciente acompanhado (BRASIL, 2013). O ACS ao realizar uma visita deve respeitar o espaço familiar, sempre fortalecendo sua ligação com a família, orientando quanto no processo do cuidado,

aumentando a autoestima do usuário e o vínculo com a equipe no processo saúde/doença (BRASIL 2012).

Conforme estudo (SAKATA, 2007) 89% das atividades externas realizadas são visitas domiciliares no processo saúde e doença, focando em pacientes com hipertensão arterial, diabetes mellitus e o acompanhamento de crianças menores de 2 anos. Com a visita domiciliar muda-se o modo de agir e pensar de cada profissional, pois com o conhecimento da realidade e suas necessidades, torna-se possível reconhecer as famílias em sua singularidade e multiplicidade, estabelecendo ações assistenciais em saúde que tenham maior efetividade.

A Visita domiciliar é uma das diretrizes mais importantes da estratégia pois ela é uma das melhores ferramentas para se aproximar de uma família principalmente as que não utilizam os serviços da unidade ou que estão impossibilitados de ir até o local, e por meio dessa atividade ações poderão ser realizadas, fomentando a promoção a saúde, prevenção e recuperação que é o objetivo central da visita domiciliar (NACIMENTO, 2005). Mas para que uma visita domiciliar seja bem realizada é primordial que ela seja bem organizada, favorecendo que seja aproveitado todo minuto que o profissional se encontra com a família, influenciando positivamente na saúde de cada indivíduo (LIMA, SILVA, BOUSO, 2010).

A inclusão do ACS na equipe de saúde e comunidade traz uma nova abordagem das famílias, fazendo com que a população seja o foco na atenção básica, dando ênfase para o acompanhamento ao usuário, observando-o quanto a sua evolução e favorecendo o estabelecimento de vínculo com a equipe para o desenvolvimento de tratamento quando necessário (MENDONÇA, 2004). Além disso, existem situações difíceis, que somente com atendimento na unidade não poderiam ser resolvidos, como o caso de pessoas acamadas e/ou com dificuldade de mobilização, sendo o domicílio o ambiente ideal, garantindo que o usuário que tenha acesso às tecnologias de saúde (BRASIL 2013).

Com a visita domiciliar, o ACS poderá realizar o acolhimento objetivando com ênfase na escuta das reais necessidades do usuário, tornando o processo de trabalho mais qualificado e humanizado, levando aos profissionais a troca de saberes para um atendimento diferenciado evitando que a situação encontrada se agrave ou necessite de um atendimento especializado (BRASIL 2013).



#### 4.3 SABERES E FAZERES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: PANORAMA DA LITERATURA

Os Agentes de saúde tiveram início na década de 1970 por todo país como pessoas voluntárias, com a vontade de ajudar o próximo em ações sociais, focando sempre no mais pobre, pois esta população não tinha uma renda que pudesse contribuir para a previdência social, os impedindo o acesso ao serviço público de saúde (VIEIRA, 2011).

Hoje no SUS a maior categoria de profissionais é o ACS que cada vez mais vem lutando por reconhecimento e valorização na saúde, que conforme (QUEIRÓS, 2012). O cuidado em uma sociedade é tão complexo que necessita de saberes e práticas diferentes e com o ACS inserido a equipe todos saberão a verdadeira necessidade da comunidade realizando desenvolvimentos estratégicos

A um estudo que identifica problemas na ESF junto ao ACS, informando a importância da reorientação, enfatizando o modelo da atenção sanitária, pois a vários índices de saúde que geram controvérsias na organização de trabalho na equipe dentro da integralidade e equidade (MOROSINI, 2012).

A educação popular na atenção básica é realizada pela equipe como um método de intervenção, fazendo com que grupos coletivos fossem realizados, priorizando o diálogo para troca de saberes, respeitando as culturas mais com um processo de reflexão. Por este motivo, o papel do ACS facilita como mediador, trazendo a equipe conhecimentos que ninguém mais sabe, tendo um papel de responsabilidade profissional com seus usuários (GALINDO; BUELONI, 2006).

A pedagogia em educação, envolvendo o trabalho dos agentes comunitários de saúde, vem se tornando uma das prioridades no momento na visita domiciliar, centralizando na prática educativa, pois mediações realizadas pelo mesmo podem trazer muitas mudanças e diminuição de índices na prestação de serviços dentro da atenção básica (BORNSTEIN, 2007).

A muitas dúvidas, quanto a real necessidade dos agentes comunitários no âmbito do SUS, qual seu conhecimento quanto saúde pública, Conforme Morosini (2012) o ACS é visto como um educador popular em saúde, mas o autor relata que seria muito relevante que a prática educativa em saúde seja reinventada, possibilitando uma aproximação diferenciada com as famílias. Segundo o autor supracitado as práticas educativas realizadas pelo ACS devem ser revistas quanto o processo saúde/doença e

para que isso ocorra é necessário que os gestores apoiem o processo de educação permanente para todos da equipe e a seriedade da qualificação do curso técnico de Agente Comunitário de Saúde.

A muitas transformações relacionadas à saúde todos os dias, fazendo com que profissionais da rede pública busquem novos conhecimentos, tendo o ACS uma reeducação continua, em conhecimentos gerais e específicos para que o mesmo tenha habilidades de interagir tanto com a equipe e família, orientando com segurança, no valor dos cuidados para promoção em saúde de cada usuário (MODESTO et al, 2012).

Ao realizar um planejamento é necessário um mapeamento junto ao ACS, alguns são elaborados pela percepção deste profissional em uma visita domiciliar, pois é ele que está ativamente todos os dias na casa dessas famílias, e com estas intervenções, estratégias em promoção de saúde, os riscos em saúde diminuem consideravelmente. Mas como enfatiza alguns autores como são essas informações colhidas pelo ACS como está sendo levada aos seus gestores, qual a real problematização vista por ele e interpretada a sua equipe, até mesmo pela complexidade encontrada ao local, fazendo que se discuta o perfil profissional do ACS, a importância da formação e suas qualificações no processo educacional (PENNA, 2009; TOMAZ, 2002).

Conforme o Ministério da Saúde o ACS tem dois envolvimento a comunidade a técnica que seria os grupos, ações em promoções em saúde e a social que cria um vínculo com as famílias se tornando um mobilizador social. a um estudo que mostra a falta de conhecimento e habilidades para desenvolver suas funções, me fazendo pensar como é importante o aperfeiçoamento do curso técnico do agente comunitário de saúde. (MODESTO et al, 2012). Com formação técnica de qualidade, este profissional será mais participativo nas atividades da comunidade, tendo um olhar ampliado do contexto familiar, trabalhando com ações de promoção da saúde com segurança e autonomia (FILHO, 2004, p. 378)

Segundo Santos e Fracoli (2010) torna-se necessário que os ACSs desenvolvam cinco competências: Integração com a equipe de saúde, buscando sempre ações a serem necessárias e realizadas na comunidade, sempre no perfil da população que se encontra; Planejamento das ações de saúde pra que todos tenham sempre um resultado qualificado e positivo do que se espera das ações realizadas no local; Promoção de saúde focando sempre na importância da qualidade de vida do cidadão; Prevenção e monitoramento do risco ambiental e sanitário trabalhando sempre com planejamento junto a equipe; Prevenção e monitoramento de grupos específicos e morbidades sempre com

embasamento nos protocolos de saúde pública. Considerar tais competências permite que o ACS se integre à equipe e possa realizar intervenções individuais e coletivas junto à comunidade, seguindo as recomendações da Carta de Ottawa que defende a ideia de cuidado econômico ambiental, social, político e cultural da população (BUSS, 2000).

As Pesquisas que apontam que o ACS tem a visita domiciliar como a base na realização de suas ações, como, funcionamento da UBS, orientação de ações desenvolvidas nos serviços de saúde, e a maioria dos mesmos relatam não exporem muito suas opiniões nas reuniões em equipe fazendo que tenha um baixo índice do ACS que leva dificuldades e necessidades encontradas pela comunidade diminuído e eficiência que se pode chegar no certo saúde, pois com tudo o papel do ACS é mais que uma profissional que atua sozinho mais sim um membro da equipe de saúde que deve compartilhar com os membros o ambiente social e cultural que aquela comunidade se encontra. (SANTOS, FRACOLLI, 2010)

Conforme alguns estudos a idade predominante do ACS é de 20 a 50 anos sendo 80% mulheres e 20% homens (SANTOS et al., 2011; GALAVOTE, 2011; MOTA, DAVID, 2010). Pois segundo Barbosa (2009) a sociedade tem uma cultura muito forte quanto o cuidado com o próximo, e o sexo feminino, vem ligado ao símbolo maternal, fazendo com que esses profissionais continuem nesta função mesmo em situações precárias, já com o sexo masculino mesmo aumentando nesta área os mesmos tendem a procurar profissões que possam estar na liderança.

Um estudo mostra que 2,7% destes profissionais do município do Rio de Janeiro possuem nível fundamental, sendo que a maioria destes profissionais possuem a escolarização de nível médio, mas que muitos ainda continuam estudando ou por estarem nesta profissão procuram se aperfeiçoar, onde 40% optaram pela área da saúde. (MOTA, DAVID, 2010)

A um estudo que relata que 40% do ACS de um município de grande porte não realizam análise de risco social mais somente ambiental, fazendo que se reflita que tipo de treinamento estes profissionais estão tendo, para o desenvolvimento de seu trabalho como incentivar a população de ações na sua comunidade. a maioria também relata que raramente executa ações em parceria com outras secretarias do município, pois conforme estudo os mesmos não realizam muitas propostas, quanto ao conselho de saúde raramente participam por não serem incentivados ou por não saberem qual seria a sua participação, o que é uma grande preocupação pois é o ACS que tem um contato contínuo e direto com toda população sabendo seus medos, crenças e dificuldades e se os

mesmos participarem mais das ações forem mais envolvidos em conselhos de saúde o índice de uma melhor qualidade de vida de cada indivíduo provavelmente irá aumentar (SANTOS, FRACOLLI, 2010).

Estudos mostram jovens vem crescendo nesta profissão em busca de uma melhor qualidade de vida, mas que segundo estudos o ACS com mais idade, tende a saber mais das dificuldades que a comunidade se encontra criando um vínculo maior com as famílias que acompanha, mas que com jovens inseridos nestes ramos a uma abertura para inovações no aprimoramento da ESF (FERRAS, AERTS, 2005; GALAVOTE,2011)

O ACS tem boa relação interpessoal orientando sempre o indivíduo ao seu autocuidado fazendo com que mais que a metade desses profissionais realizem orientações sobre sinais de problemas de saúde, fazendo até mesmo encaminhamentos até a UBS caso achem necessidade. Mas que raramente estimulam os mesmos a participarem de programas sociais locais como prevenção a violência priorizando ações voltadas a sinais clínicos voltados a problemas de saúde ou gestantes e crianças. (SANTOS, FRACOLLI, 2010).

Muitos do ACS se acham desvalorizados quanto seu trabalho e sua renda comparando a de outros profissionais o mesmo referem que seus gestores desmontaram desconfiança em seu empenho e que muitas vezes a forma de tratamento pessoal pode magoar, a maioria relata trabalhar na comunidade em que mora, mas não é 100%, fazendo com que os mesmos compartilhem as mesmas crenças e culturas do local facilitando o conhecimento da área. Conforme este estudo a uma alta rotatividade destes profissionais fragilizando os vinculo das famílias com a equipe, vários membros não sabem qual é a sua real atribuição pois muitos buscam esta profissão por falta de emprego, realizando suas tarefas de ACS como uma obrigação, fazendo com que não sejam bem executadas, muitos relatam que são muitas famílias para poucos ACS. (SANTOS, et al., 2011).

Com a regulamentação da profissão com a Lei nº 10.501 em 2002 verificou-se em algumas pesquisas ainda a presença de contratos fazendo com que este profissional tenha riscos trabalhistas e gerando instabilidade do mesmo no local, pois conforme estudos a forma de contratação deste membro da equipe pode influenciar no modo em que o mesmo trabalha, pois além do descomprometimento ele pode afetar todos ao seu redor trazendo consequência na qualidade do serviço de saúde (CASTRO, VILAR, FERNANDES, 2005; SANTOS. et al, 2011).

Conforme pesquisado, muitos ACS já estão na aria a mais de cinco a seis anos sendo muito importante para a criação de um laço forte entre ele e a comunidade, fazendo com que o mesmo tenha um papel de responsabilização de trabalhar, na prevenção e promoções para que o usuário tenha sempre acesso ao sistema de saúde, mas como observado em bibliografias a vários tipos de conceito para o ACS do que significaria o seu processo de trabalho, pois relata Gavalote (2011) "o ACS deve estar atento para quatro verbos importantes na execução de seu trabalho, pois refletem a maioria de suas ações: identificar, encaminhar orientar e acompanhar".

Contudo há outro estudo que o ACS tem sua visita domiciliar tem o enfoque mais curativo, com orientações, marcação de consultas e entrega de exames fazendo com que as ações preventivas são esquecidas muitas vezes, muitos destes profissionais relatam satisfeitos com sua atuação na comunidade, mas que muitas vezes sente a falta de reuniões e integração da equipe quanto a ajuda, promoções de saúde que se deve a população (CASTRO, VILAR, FERNANDES, 2005).

Com a inserção do curso técnico de agente comunitário de saúde os profissionais tiveram a efetivação de seu papel dentro da equipe multiprofissional, pois esta pesquisa mostra que os mesmos não tinham clareza suficiente de qual seria o seu papel com a população, até mesmo com a equipe, como já visto ainda existe a contratação deste profissional por meio de contrato diminuindo a sua estabilidade (Modesto, et all. 2012)

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observou-se que o ACS é um membro importante para a rede SUS, pois com a inserção deste profissional na saúde publica a equipe de saúde obteve maiores dados defamílias cadastradas e acompanhadas.

Este profissionais obtiveram várias transformações até a consolidação da ESF mais com iss ouve um grande crescimento quanto ACS, junto a capacitações, cursos, e acompanhamentos de gestores os mesmo vem se sentindo mais confiantes no desenvolvimento de suas atividades, quebrando barreiras quanto a sua importância dentro da equipe e abrindo um espaço para a participação efetiva do mesmo em reuniões, matriciamento e educações permanente.

Identificou-sedificuldades do ACS quanto sua permanência no local, diminuindo o vinculo que o mesmo já teria conseguido de cada família com a equipe, além de

alguns relataram não ter uma grande abertura com seu gestor o que é muito prejudicial tanto para equipe e comunidade acompanhada.

Quanto aos conhecimentos e praticas do ACS conforme estudo muitos ainda tem duvidas de qual sua real função, colocando como principal função a visita domiciliar, para tentar ajudar a população com dificuldades encontradas, infelizmente muitos ainda encontram desafios ao realizar um acompanhamento, aceitação da família para a realização de sua visita mensal, muitos referem o salario baixo, a falta de apoio da equipe e materiais, fazendo que este profissional se sinta impotente em várias situações.

Observa-se que muitos do ACS ao realizar uma visita domiciliar ficam focados muito da ação curativa, deixando as prevenção e promoções de saúde a desejar, é imprescindível que o ACS tenha um aprendizado continuo para com sua função conforme a Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, com capacitações baseando-se na realidade o mesmo baseado na prevenção de doenças, promoção de saúde tanto individual como coletiva.

É de extrema importância que o gestor do local, avalie sempre o trabalho da equipe, realizando educações permanentes, integrando toda equipe em melhorias para o cuidado com a população, responsabilizando todos pelas ações que definiram realizar sempre sensibilizando todos os membro da sua importância para a comunidade.

Atualmente observo-que muitos autores tem estudado qual a função deste profissional para um definição de suas competências, pois ele é o primeiro canal de acesso do paciente a rede SUS, e qual são os saberes deste membro não tendo uma formação profissional que o permita socializar e orientar as famílias.

Identificando que o trabalho do ACS tende a contribuir no processo de trabalho de saúde, mas muitas vezes oACS é colocado como um profissional para suprir todas as necessidade básicas do ambiente que o paciente necessita, por este motivo é de extrema importância que este trabalhador saiba quais seus seusafazeres tanto coma a equipe e comunidade sendo também ético, participativo, criativo em seus desempenho.

Este estudo apontou alguns desafios a serem alcançados a importância de estudos qualificados a este trabalhador, a valorização deste profissional dentro da equipe, a priorização de ações continuas realizadas pelo mesmo com o apoio de todas as redes, fazendo com que estas ações coletivas gerem efeitos positivos para a comunidade que o ACS atue.

Ainda a muitos desafios a serem alcançados na Atenção Básica, e com o os saberes e praticas do ACS sendo a alcançados, em compartilhamento com a população a

autonomia destes profissionais só tende a aumentar em promoções em saúde resultando em quebra de barreiras gerando a satisfação do mesmo em seu desempenho.

## REFÊRENCIAS

FILHO AA. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, mar./ago.2004.

ARAÚJO, MRN; ASSUNÇÃO, R.S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev. Bras. Enferm**, jan./fev, v.57, n. 1, p. 19-25, 2004.

BARBOSA, Regina H. S. Análise do trabalho do ACS na perspectiva de gênero. In: DAVID, Helena M.S.L. et al. **Abordagem interdisciplinar das novas condições e processos de trabalho em saúde**: o caso dos agentes comunitários de saúde. Relatório de Pesquisa. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília 2012.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 06 out. 2006. Seção 1, p.1.

BRASIL. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências [Revogada]. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 11 jul. 2002. Seção 1, p.1

BONFIM PF, FORTUNA CM, GABRIEL CS, DURANTE MC. **Ações educativas em um programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Rev. Brás Enf., Brasília, v.65, n.3, p.420-427, 2012.

BORNSTEIN, VJ, **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes.** Rio de Janeiro: s.n., 2007.231p.

BUSS, PM. **Promoção da saúde e qualidade de vida;** Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CASTRO, LJ; VILAR, ALR; FERNANDES, PV. **Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS.** [Site da Intent], 2005. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes>> Acesso em 05 janeiro de 2016.

COSTA MC, SIVA EB, JAHN AX, RESTA DG, COLOM ICS, CARLI R. **Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: possibilidade e limites.** Rev. Gaúcha Enferm., v.33, n.3, p.134-140, 2012.

FERRAZ, L; AERTS, DR. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre.** CienSaude Colet., v.10, n.2, p. 347-355, 2005.

FIGUEIREDO EN; **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos.** Módulo Político Gestor. Especialização em saúde da família. UMA-SUS/UNIFESP. 2012

FREITAS, H. **Análise de dados qualitativos: aplicações e as tendências mundiais em Sistemas de Informação.** São Paulo/SP: Revista de Administração da USP, v. 35, n. 4, p.84-102, 2000.

FIGUEIRA, AS; SILVA, ALA. **Agente Comunitário de Saúde: Um novo ator no cenário da saúde do Brasil.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 899-915, 2011.

FRAGA OS, **Agente Comunitário de Saúde: elo entre a comunidade e a equipe de saúde da estratégia saúde da Família,** Governador Valadares, 2011.

GALINDO, EMV.; BUELONI, PM. **ACS: Agente de Transformação Social?** Ministério Da saúde; fundação Oswaldo cruz; Centro de pesquisas Aggeu Magalhães; Departamento de Saúde Coletiva; Recife, 2006.

GALAVOTE, HS; PRADO, TN; MACIEL, ELN; LIMA, RCDL. **Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil);** Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.1, p.231-240, 2011.

GERHARDT, TE; SILVEIRA, DT. **Métodos de Pesquisa.** 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.



JORGE, MSB; ALBUQUERQUE, KM; PEQUENO, LL; ASSIS, MMA; GUIMARÃES, JMX. **Concepções dos Agentes Comunitário de Saúde Sobre Sua Prática no Programa de Saúde da Família.** Rev. APS, v.10, n.2, p.128-136, jul./dez.2007.

KLUTHCOVSKY ACGC, TAKAYANAGUI AMM. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde;** Rev Bras Med Fam e Com; Rio de Janeiro, v.2, nº 5, abr / jun 2006

LIMA AN; SILVA L; BOUSO RS. **A visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde sob ótica de adultos e idosos,** saud soc. [ online].2010 vol.19 n. 4, pp. 889-89. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br) acesso em: 14 de janeiro de 2016.

MAZARI, CK; JUNGES, JR.; SELLI, L. **Agentes comunitário de Saúde: Perfil e Formação.** Ciência e Saúde Coletiva, v.16, supl.1, p. 873-880, 2011.

MENDONÇA MHM. **Profissionalização e regulação da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da reforma sanitária.** Trabalho, Educação e Saúde. 2004; 2(2):353-365.

MOROSINI, MVGC. O agente comunitário de saúde: práticas educativas; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, **Fio Cruz.Educ. Saúde,** Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 347-351, jul./out.2012

MODESTO, MSA; GRILLO, LP; PRÓSPERO, ENS.; MARIATH, AB. Avaliação de curso técnico de agente comunitário de saúde sob a ótica dos egressos. **Trab. Educ. Saúde,** Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 387-406, nov. 2012.

MOTA, RRA; DAVID, HMSL. **A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho?** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out.2010.

NASCIMENTO CMB. **Precarização do trabalho do agente comunitario de saúde: um estudo em municípios da região metropolitana de recife.** Recife 2005. Disponível em : <[www.cpqam.fiocruz.br](http://www.cpqam.fiocruz.br) > dia 12 de Janeiro de 2016.

PENNA, G. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O agente comunitário de saúde no controle da dengue;** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. p. 5-6. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

PINTO, AAM.; FRACOLLI, LA. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práxicas;** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v.12, n.4. p.766-769, 2010.

QUEIRÓS, AAL; LIMA, LP. A **institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde**; Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 257-281, jul./out.2012.

TOMAZ, JBC. **O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói**. Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

SANTOS, KT; SALIBA, NA; MOIMAZ, SAS; ARCIERI, RM; CARVALHO, ML. **Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família?** Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n. 1, p.1023-1028, 2011.

SANTOS, LPGS; FRACOLLI, LA; o **Agente comunitário de saúde possibilidade e limites para a promoção e saúde**; RevEscEnferm USP., v.44, n. 1, p76-83, 2010.

SAKATA KN, ALMEIDA MCP, ALVARENGA AM, CRACO PF, PEREIRA MJB. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares**. Rev Bras Enferm 2007; 60(6): 659-64.

VIEIRA M; DURÃO AV; LOPES MR (ORG.); **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011. p. 33-78.