

PERCEPÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE VISITA DOMICILIÁRIA APÓS APERFEIÇOAMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Perception of Community Health workers on home visits after improvement in Family Health

Vagner Ferreira do Nascimento¹, Ana Cláudia Pereira Terças²,
Thalise Yuri Hattori³, Juliana Fernandes Cabral⁴, Josué Souza Gleriano⁵,
Angélica Pereira Borges⁶, Graziela Regina Machado de Souza Ribeiro⁷, Rulio Glecias Marçal da Silva⁸

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde tem suas ações pautadas na prevenção e promoção da saúde da comunidade, portanto, investir na sua qualificação e formação técnica resulta no fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde. Objetivou-se com o estudo conhecer as percepções de agentes comunitários de saúde sobre visita domiciliária após aperfeiçoamento em saúde da família. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, realizada em novembro de 2015, com 21 agentes comunitários de saúde pertencentes a estratégias de saúde da família localizadas num município da região médio norte de Mato Grosso. Para coleta de dados, utilizou-se questionário semiestruturado, do tipo autoaplicável. As análises foram apoiadas no Discurso do Sujeito Coletivo. Evidenciou-se que os agentes comunitários de saúde reconhecem a importância e necessidade de realizarem visitas domiciliares e o aperfeiçoamento oportuniza um processo crítico-reflexivo, podendo impactar diretamente sobre os resultados de suas ações diárias. Expressam também que, para qualificar a visita domiciliária, é necessário o planejamento prévio das atividades, pautado no discurso da sistematização ou até mesmo perante a inquietação provocada pelo curso de aperfeiçoamento que despertou novas possibilidades de atuação. Os discursos reforçaram a necessidade de investimentos na educação permanente da equipe de saúde, pois viabiliza uma abordagem terapêutica centrada no

ABSTRACT

The Community Health Agent has its actions based on prevention and promotion of community health, so invest in their training and technical training results in the strengthening of the Family Health Strategy and the Health System. The objective of the study meets perceptions of community health workers in home visits after an improvement in family health. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, held in November 2015 with 21 community health workers belonging to family health strategies located in a municipality in the middle north of Mato Grosso. For data collection, a semi-structured questionnaire, the self-report type was used. The analyses were supported by the collective subject discourse. It was evident that the community health workers recognize the importance and need to conduct home visits and improvement gives opportunity a critical-reflexive process and can directly impact the results of their daily actions. Expressing also to qualify for the home visit is required prior planning of activities, based on the discourse of systematization or even before the unrest caused by improvement course that sparked new possibilities for action. The speeches stressed the need to invest in continuing education of health staff because enables a therapeutic approach based on the individual/family/community with a view to building trust, bond, and commitment to mitigate the social problems that directly impact the health.

¹ Docente Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso. E-mail: vagnerschon@hotmail.com.

² Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso.

³ Docente Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso.

⁴ Docente Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso.

⁵ Docente Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso.

⁶ Docente Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso.

⁷ Enfermeira especialista. Prefeitura Municipal de Tangará da Serra. Docente do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

⁸ Docente Assistente do Departamento de Enfermagem da Faculdade Sequencial.

indivíduo/família/comunidade com vistas a construção de confiança, vínculo e comprometimento, de modo a atenuar os problemas sociais que impactam diretamente a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde; Saúde da Família; Capacitação.

KEYWORDS: Community Health Workers; Family Health; Training.

INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) são protagonistas na efetivação da Estratégia Saúde da Família (ESF), as ações desses profissionais se baseiam no contato direto com a realidade social da população adstrita.¹ Apesar da sua atuação datar desde a década de 1970, é no final dos anos 1980 que suas ações são lançadas pelo Ministério da Saúde e, de fato, em 1991, oficializada a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a incorporação do PACS ao Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994.² Em 2002, por meio da Lei 10.507, é criada a profissão de ACS, que se caracteriza pelo 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 Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão de gestor local.³

Dentre os requisitos para exercer a profissão, está a conclusão com aproveitamento do curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde. Realidade nem sempre observada nos municípios brasileiros, já que muitos desses nunca receberam nenhuma qualificação ou capacitação para o serviço em saúde, seja pela necessidade imediata de trabalho, ocupação de cargos ociosos seja pela falta de políticas de educação permanente no interior das secretarias e órgãos competentes, pela rotatividade de profissionais que vem sinalizando nos estudos uma precarização do trabalho do ACS.³

O ACS é considerado um elo que liga a equipe de saúde da família à comunidade assistida, relação que se deve basear na confiança que fortalece as ações e antecipa o diagnóstico das situações de risco, atuando dessa maneira, como agente de organização da comunidade.⁴ Contudo, estudos já apontam que a formação e processo de profissionalização desse agente deve ser revista e amplamente discutida, tendo em vista a amplitude de suas atribuições. O perfil desse agente desenha-se como um profissional que deverá ser capaz de encontrar soluções criativas para problemas complexos do cotidiano de um território, que,

além disso, tenha destreza para o diálogo, acolhimento, capacidade de compreender diferentes culturas e valores e, acima de tudo, saiba trabalhar em equipe.⁵

A profissionalização do ACS não pode ficar adstrita à pretensão de exercer o papel de outros profissionais da saúde, pois, como moradores da comunidade, assemelham-se a esta e preenchem as lacunas da equipe por conhecerem as necessidades daquela população.⁶ Portanto, a própria comunidade reconhece a sua função e percebe a corresponsabilidade com sua própria saúde.⁷

Na lógica neoliberalista, a profissionalização foi preterida porque os ACSs foram incorporados à Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se encontrava em expansão, como meio de racionalizar custos, com emprego de mão de obra barata, fracos vínculos empregatícios e baixa qualificação, toda a fragilidade que envolve as formas de contratação e contribui para alta rotatividade e insatisfação profissional, interferindo assim, no processo de trabalho da atenção primária.⁸

Ao longo das décadas que se seguiram à institucionalização do ACS, várias lutas foram travadas por eles, dentre as principais estão o incentivo pela formação, aperfeiçoamento e desprecarização de vínculos, que, ao menos no âmbito legal, obtiveram algum êxito, como o aumento da escolaridade e a qualificação em nível técnico, com a elaboração do referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.⁹

Em relação à formação e capacitação profissional do ACS, algumas frentes defendem a naturalização do trabalho desses agentes enquanto outras defendem que a categoria deve ter uma qualificação técnica, de responsabilidade do Estado, que muitas vezes se exime dessa responsabilidade e incube o próprio profissional pela sua capacitação e aprimoramento, culpabilizando-o pelo seu sucesso ou fracasso profissional¹⁰, campo já discutido em estudos da literatura nacional.

O ACS é agente nuclear das ações de saúde na comunidade, portanto, investir na sua qualificação e formação técnica resulta no fortalecimento da ESF e do SUS. A capacitação do ACS deve ser pautada em discussões sobre

os princípios e diretrizes do SUS e baseadas na vivência prática, permitindo uma reflexão crítica voltada para a reconstrução de significados, que almeje a ruptura do biologicismo e da medicalização. Essa formação profissional possibilita ao ACS reconhecer suas reais atribuições junto à equipe saúde da família e comunidade, tornando-o co-partícipe do processo de implementação do SUS no cotidiano dos municípios e comunidades.^{4,11,12}

Com a criação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2000, novas discussões foram lançadas sobre o trabalho e qualificação dos ACSs. Eles estão sendo cada vez mais vistos como um corpo treinado que deve ser bem remunerado, que aconselha e oferece tratamentos, além de implementar medidas preventivas. Muitos governos, incluindo os do Brasil, Paquistão, Etiópia e Índia, estão fazendo do ACS uma pedra angular da intensificação de entrega de saúde para a comunidade.¹³

Reconhecendo a importância desse profissional e a valorização a ser dada ao processo educativo como recurso fundamental para aprimorar as práticas sociais e de saúde junto à comunidade, esse estudo objetivou conhecer as percepções de ACSs sobre visita domiciliária após aperfeiçoamento em saúde da família.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado junto aos ACSs, pertencentes a 22 ESFs localizadas em um município da região do médio norte de Mato Grosso.

A importância de ser estudada essa localidade é pela particularidade do seu perfil epidemiológico, com a diversidade étnica e riqueza de agravos notificáveis de importância nacional, como também da baixa cobertura de ESFs, deduzindo uma população com acompanhamento familiar superficial, fragmentado ou ineficaz.

A pesquisa foi realizada no mês de novembro de 2015, no auditório do Centro de Formação e Atualização dos Profissionais da Educação Básica de Mato Grosso (CE-FAPRO/MT), ao término do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde da Família: uma abordagem ao processo de trabalho do ACS, promovido pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão em Política, Planejamento, Organização e Práticas (individual e coletiva) em Saúde (NPEPS) da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) em parceria com a Prefeitura Municipal dessa localidade.

Para definição da amostra, utilizou-se amostragem não probabilística, por acessibilidade, contemplando os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, participantes do Curso de Aperfeiçoamento, atuação mínima de seis meses na função de ACS nesse município

e que concordasse em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os sujeitos de outras categorias profissionais e aqueles que verbalizaram cansaço físico/mental. Após aplicação dos critérios definidos, obteve-se o quantitativo de 36 participantes. Deste grupo, 15 não preencheram todas as questões do questionário, sendo, portanto, retirados da pesquisa. Por fim totalizou-se uma amostra de 21 participantes.

A coleta de dados ocorreu no último momento do curso de aperfeiçoamento dos ACSs, depois do encerramento de todas as atividades teórico-práticas. Inicialmente os sujeitos foram convidados para orientação coletiva sobre a pesquisa e seus objetivos. Após esclarecimentos, foram convidados a participar voluntariamente do estudo, informados de que suas identidades seriam preservadas e mantidas em sigilo, tendo total autonomia em se recusar e/ou se retirar da pesquisa em qualquer momento ou em qualquer fase do seu desenvolvimento. Para a coleta dos dados, utilizou-se questionário semiestruturado, do tipo autoaplicável, com questões abertas. Após a entrega do questionário, foram disponibilizados quarenta minutos para o preenchimento.

Para análise dos dados, utilizou-se o discurso do sujeito coletivo (DSC). O DSC é a reunião em discursos-síntese dos conteúdos e argumentos que conformam opiniões semelhantes. Foram utilizadas figuras metodológicas para criação dos DSC, compreendendo as Expressões-Chave (ECH), que foram trechos das descrições e que revelaram a essência do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o relato; e Ideias Centrais (IC), que é uma expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados. Vale salientar que a IC não foi uma interpretação, mas uma descrição do sentido do conjunto dos relatos.¹⁴

Os dados foram organizados seguindo quatro etapas operacionais: seleção das expressões-chave de cada discurso, podendo ser contínuas ou descontínuas; identificação da ideia central de cada uma dessas expressões-chave; identificação das ideias centrais semelhantes ou complementares; junção das expressões-chave referentes às ideias centrais, formando uma síntese do discurso, que é o discurso do sujeito coletivo.¹⁴

Foram respeitados todos os aspectos éticos em pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12, iniciando as atividades somente após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UNEMAT, a partir do CAAE: 1 49412215.2.0000.5166 e parecer favorável n. 1.280.421.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos ACSs que atuam em Tangará da Serra corrobora achados da literatura, sendo a maioria do sexo feminino com idade variando entre 18 e 59 anos e predomínio de pessoas jovens na faixa etária de 20 a 29 anos, casados, com filhos, raça\cor parda e ensino médio completo, destacando que alguns já estão cursando ensino superior.^{6,15,16}

Cabe destacar ainda que a renda familiar média é de até 2 salários mínimos, sendo que a maioria reside em casa própria e não possui outra atividade profissional com renda. O tempo de trabalho predominante entre esses profis-

sionais é de 1 a 2 anos, seguidos por pessoas que atuam como ACS de 5 a 6 anos, sendo importante ressaltar que todos participaram do curso introdutório à Saúde da Família no último ano, ofertado pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Os resultados do estudo estão dispostos em quadros. Os quadros estão formados por duas colunas contendo: as IC numeradas por ordem de apresentação no quadro com quantitativo numérico referente às ECH e composição do DSC.

O quadro 1 apresenta IC e DSC dos ACSs participantes da pesquisa, obtidos das respostas ao questionamento que buscou verificar a importância das visitas domiciliares.

Quadro 1 - Ideias centrais dos discursos do sujeito coletivo dos participantes da pesquisa (n=21) - **Percepção de agentes comunitários de saúde após aperfeiçoamento em saúde da família**, em resposta ao questionamento: Qual a importância das visitas domiciliares realizadas por você?

IC	DSC
IC-1 (n=8): Reconhecimento das necessidades da população	Através do ACS, o serviço de saúde tem conhecimento dos problemas de saúde da comunidade. E pelo reconhecimento das necessidades das pessoas na microárea, eu consigo mudar a realidade delas, através das minhas orientações. Na visita domiciliar, tenho o privilégio de conhecer a fundo as vidas que estão sob minha responsabilidade, suas carências e suas restrições, e isso faz com que eu fique atento para problemas atuais e futuros. As visitas me fazem conhecer melhor o indivíduo e do que ele está precisando, até mesmo problemas que não estão ligados à saúde. Portanto, tendo total informação sobre as famílias, posso ajudá-las mais.
IC-2 (n=1): Espaço para escuta e acolhimento	Nas minhas visitas, na maioria das vezes, sou como psicóloga, escuto com respeito e muita atenção, e isso acaba sendo de grande importância para acolher.
IC-3 (n=3): Vínculo	Você busca informação direta com o paciente e ele confia em você para estabelecer o vínculo e elo de ligação com a família. Tendo um vínculo melhor com a família posso facilitar o acesso dela à ESF. O vínculo e a confiança devem estar em primeiro lugar sempre.
IC-4 (n=2): Prevenção	A partir de mim, ele entenderá a importância sobre a prevenção de problemas de saúde. E, com orientação e prevenção, evitará doenças.
IC-5 (n=7): Levar informações	Através de mim, os familiares recebem informações sobre horários, dias e funcionamento da unidade. Minha responsabilidade é buscar e levar informações à comunidade para promover à saúde da família, deixando-os informados sobre alimentação saudável, a importância de as mulheres realizarem o preventivo pelo menos uma vez ao ano, sobre a realização de exames periódicos e outras necessidades.

Fonte: pesquisa direta.

A partir da análise do DSC, observa-se o afã do ACS na construção e fortalecimento de laços de confiança para a efetivação do cuidado à comunidade, sendo esse processo principalmente originado por maior envolvimento e escuta atenta, como também pelo olhar sensível diante do reconhecimento das necessidades do cliente e de sua família (IC-1, IC-2, IC-3).

Escutar o indivíduo, valorizar as suas inquietações, dar atenção aos seus medos e angústias e proporcionar um espaço de liberdade para o desabafo são condutas que fazem da visita domiciliar uma troca intersubjetiva aberta. Ao mesmo tempo, existe uma relação de cobrança e exigências para se obter informação ou a resolução imediata de um problema mais grave que nem sempre costuma ser atendido.

Essa interação entre o ACS e o usuário realizada a partir do processo cooperativo do entendimento mútuo, viabiliza a construção do vínculo e facilita a aderência dessa comunidade à ESF e à abordagem dessa equipe.^{12,17}

O ACS, por ser o elo entre a equipe e a comunidade, acaba ocupando uma posição de ponte entre universos de saberes diferentes e das realidades culturais. Isso acontece devido ao caráter transformador, de cooperação social, à medida que existe maior compartilhamento do conhecimento e maior conscientização ou sensibilização do serviço em relação às necessidades e demandas da população que objetiva a superação dos problemas coletivos.¹⁸

Há ainda devoção e entusiasmo no cuidado do outro em sua particularidade como se verifica neste fragmento “[...] na visita domiciliar tenho o privilégio de conhecer a fundo as vidas que estão sob minha responsabilidade [...]” (IC-1).

Esse conhecer a fundo implica a sua atuação de, muitas vezes, mediar situações de conflitos e impasses, oriundos da sua aproximação e intervenção com a população. Assim, a convivência cotidiana com as demandas e problemas da população faz do ACS um portador de informações essenciais sobre a vida íntima das famílias adstritas.¹⁷

Sendo assim, além de cumprir as suas atribuições, o ACS precisa responder aos anseios da família, com uma demanda que, muitas vezes, extrapola a sua capacidade de intervenção.¹⁹

Verificou-se também que o ACS assume e anui ao papel educativo no contato com a comunidade, colocando-se e posicionando-se como agente social de referência na orientação de atitudes que propiciam a promoção à saúde e prevenção de doenças. Os discursos reforçam ainda a atribuição do profissional no esclarecimento de informações sobre a rotina e atividades ofertadas pela unidade de saúde na possibilidade de inveterar a regularidade desses no serviço e, conseqüentemente, atender a integralidade de suas demandas (IC-4, IC-5).

É por meio das visitas domiciliares que acontece o estabelecimento das relações que favorecem o levantamento das informações sobre a saúde individual e familiar e direcionamento das ações necessárias. Devido ao seu trabalho direto com a família, se torna um agente multiplicador na integração do discurso científico ao saber popular.²⁰

O ambiente domiciliar é o mais adequado para a realização das atividades de promoção da saúde e prevenção a doenças, atividades primordiais no trabalho do ACS. Todo profissional de saúde é um educador, sendo necessário que este tenha como referência as condições de vida das pessoas e a realidade de seu cotidiano sociocultural, ambiental, político e econômico para que possa intervir de forma proativa.¹⁶

O trabalho do ACS se diferencia do trabalho dos demais profissionais da ESF, pois seu potencial de valorização está ancorado na dimensão educativa, porém, mesmo reconhecida como uma das principais atribuições do ACS, não há clareza sobre a concepção de educação em saúde que deva orientar suas práticas.²¹

A educação popular é compreendida como um conjunto de pressupostos políticos, filosóficos e pedagógicos, cujos alicerces principais são a valorização da cultura; o diálogo, a ética e a democracia, no processo de construção de relações sociais mais justas.²² Sendo esta mais adequada para o trabalho do ACS, pois assim ele poderá procurar a integração entre o conhecimento técnico científico da área saúde e os conhecimentos populares, para que possibilite à comunidade que atende informações, tanto de promoção quanto de prevenção, acessíveis e adequadas à realidade local.

No quadro 2, destacam-se IC e DSC extraídos das narrativas, quando se buscou questionar a necessidade de se realizar capacitação que contemplasse visitas domiciliares.

Os DSCs apontam que o conteúdo de visitas domiciliares em capacitações, oportuniza um processo reflexivo, ao levar o estabelecimento prático de uma ação e que os instrumentos autoavaliativos da prática individual permite a descoberta de inconsistências, lacunas e recursos no desempenho de sua prática (IC-1, IC-2).

A prática corriqueira das ações inviabiliza que o ACS consiga avaliar o seu processo de trabalho e refletir a partir daí para melhorar a sua atuação. A ausência da supervisão da equipe e o não acompanhamento das práticas in loco tendência o distanciamento desse processo reflexivo.

Dessa forma, as capacitações permitem a integração do ensino e serviço por meio de metodologias participativas que incentivam essa autorreflexão realizada pelos momentos de concentração (sala de aula-trabalho da parte teórica) e momento de dispersão (na comunidade em sua área de abrangência). Como resultado, é possível observar

Quadro 2 - Ideias centrais dos discursos do sujeito coletivo dos participantes da pesquisa (n=21) - **Percepção de agentes comunitários de saúde após aperfeiçoamento em saúde da família**, em resposta ao questionamento: Você julga necessária a realização de capacitação que discute as visitas domiciliares, por quê?

IC	DSC
IC-1 (n=1): Apresentação de falhas	Consgo acrescentar o que está faltando nas minhas visitas, porque nos apresenta onde estamos falhando.
IC-2 (n=1): Reflexão sobre o trabalho	Me fez refletir melhor sobre o nosso trabalho.
IC-3 (n=11): Aprimoramento dos conhecimentos	Eu deixava de abordar muitas coisas por falta de atualização dos meus conhecimentos, visão, missão e valores. Muitas orientações eu não tinha conhecimento, não sabia o que dizer ao paciente e, através dessa capacitação, foi tirada muitas dúvidas. Aprender sempre é bom e coisas novas melhor ainda, principalmente porque estamos dia a dia com as famílias e tendo que saber lidar com todas as situações. Me vejo agora, um recém-formado, com conhecimentos fresquinhos e informações atualizadas. Muitas coisas achamos que já aprendemos e é suficiente, mas não, todo novo conhecimento deve ser aproveitado, porque a gente sempre terá motivos para aprender. É necessário que nossos conhecimentos sejam ampliados.
IC-4 (n=6): Adequação das práticas	Eu mantinha uma rotina de orientações básicas, mas isso vai mudar. Com a capacitação amenizarei as dúvidas e saberei adequar minhas práticas com maior precisão. Eles orientaram a melhor forma que temos que abordar as pessoas nas visitas. Agora, eu vou colocar em prática o que eu aprendi. Com certeza, vou saber abordar melhor meus pacientes.
IC-5 (n=2): Troca de experiências	Sempre aprendemos mais, principalmente com as experiências contadas por nossos colegas. É nessas capacitações que podemos expor nossas dificuldades e fazer trocas de experiências.

Fonte: pesquisa direta.

a reflexão e elaboração de novos conceitos bem como a consolidação da sua aprendizagem.^{23,24}

Um ponto a ser ressaltado é que, apesar de os ACSs serem responsabilizados por incongruências na unidade, mesmo não sendo muitas vezes do seu âmbito de atuação, eles não ocupam espaços de protagonistas e muito menos participam das decisões que poderiam contribuir para a melhoria do serviço, o que lhes resta, na maioria das vezes, é apenas a sensação de dever.²⁵

Há também, o desvelar do sentir-se inacabado do profissional, o reconhecer de um sujeito em um contínuo aprendizado, dada a incompletude do ser humano em meio ao dinamismo dos avanços da ciência. O DSC demonstra a valorização e satisfação pelo ganho de novos conhecimentos como expresso no fragmento “[...] me vejo agora, um recém-formado, com conhecimentos fresquinhos e infor-

mações atualizadas [...]”. O discurso ainda completa, levantando a noção do aprender como atividade inesgotável e passível para construção de um mundo novo ampliado, em que associa o progresso das atividades ao desenvolvimento educativo do profissional (IC-3).

A realização da capacitação dos ACSs mostra ser essencial para o esclarecimento e o direcionamento das suas competências dentro do Programa preconizado pelo Ministério da Saúde baseado na concepção ampliada de saúde, nos princípios do SUS, nos conceitos de promoção da saúde e na prevenção de doenças e no acompanhamento e na avaliação das ações de saúde. Assim, a qualificação permite uma relação direta com as suas atribuições baseada na competência técnica e política, além do reconhecimento da dimensão social diante do empoderamento desse profissional no âmbito de suas relações sociais.²⁴

Adiante, o DSC expôs que essa complementariedade de informações oferecidas no curso irá subsidiar mudanças em suas práticas. E esse aflente aguçará o sentido transformador do profissional, agregando às abordagens uma postura diferente, mais precisa (IC-4).

As ações comunicativas oriundas do processo de capacitação, oferecem oportunidades dos mecanismos sistêmicos de controle e segurança. Isso acontece pela possibilidade de criar formas de sociabilidade voltadas ao entendimento solidário e pela priorização das interações em que os sujeitos se reconhecem como portadores de saberes, de vontades e de direito.²⁶

Além disso, a construção de orientações específicas para as necessidades sentidas constitui a essência do trabalho dos ACSs, e se espera que esta se sobreponha, na medida do possível, às imposições técnicas predominantes no cotidiano.¹⁷

Na sequência, houve o apontamento para uma metodologia de aprendizagem por meio da interação entre os colegas nesse espaço formativo, através da colaboração e mediação do conhecimento, permitido pelas trocas de experiências. Verificou-se que a familiarização com outros

cenários e o compartilhar das vivências dessa mesma cultura profissional realçou o pertencimento a uma coletividade representativa (IC-5).

A intensificação das capacitações, com o uso de propostas pedagógicas diferenciadas mediante a problematização, o compartilhamento das vivências e dos diferentes conflitos diários do trabalho fortalece e possibilita a esses profissionais a opção de tomadas múltiplas ou diversas de decisões, uma estratégia a ser valorizada e implementada.²⁷

Em uma oficina realizada com ACSs, identificou-se que esses profissionais revelaram que cotidianamente incorporam novas técnicas na assistência junto às famílias, mas precisam da atenção e interesse dos demais colegas da equipe para tornar o trabalho coeso. Reconhecem que após atividades de capacitação percebem maior facilidade de abordagem com o usuário, além de sentirem-se valorizados, começando a pensar de forma mais coletiva e humanizada.²⁸

O quadro 3 apresenta IC e DSC revelados a partir do questionamento que buscou conhecer as perspectivas de mudanças do ACS quanto à dinâmica de suas visitas domiciliares após o aperfeiçoamento.

Quadro 3 - Ideias centrais dos discursos do sujeito coletivo dos participantes da pesquisa (n=21) - **Percepção de agentes comunitários de saúde após aperfeiçoamento em saúde da família**, em resposta ao questionamento: Você acredita que terá mudanças em suas visitas domiciliares após o aperfeiçoamento?

IC	DSC
IC-1 (n=2): Planejamento	Na parte de planejamento, mais planejamento.
IC-2 (n=1): Trabalho em equipe	Com certeza, vamos trabalhar mais em equipe.
IC-3 (n=10): Atualização dos conhecimentos	Eu achava que nunca conseguiria pôr em prática o que lia nos manuais e cartilhas do Ministério da Saúde até me atualizar nesse curso. Todos precisam estar em constante aperfeiçoamento e levar informações atuais às comunidades. Eu aprendi muitas coisas novas, atualizei meus conhecimentos e minha abordagem vai ser diferente, melhor e correta, saberei tirar dúvidas dos pacientes sobre alguns tipos de doenças e modos de prevenção. Estarei mais preparado para atender minhas famílias. A comunidade só tem a ganhar com isso, pois esse curso trouxe muito conhecimento ao agente comunitário de saúde.
IC-4 (n=1): Visita domiciliar qualificada	Esse treinamento melhorará minha rotina no serviço, visão de se fazer uma visita domiciliar qualificada.
IC-5 (n=4): Abordagem adequada	Minha abordagem passará a considerar a situação no momento e a necessidade do outro, orientando idosos, crianças, gestantes, principalmente na realização de abordagem adequada para cada particularidade de cada paciente ou familiar.

IC	DSC
IC-6 (n=3): Segurança	Eu terei mais segurança no atendimento das famílias, principalmente no aspecto de clareza sobre as doenças, formas de adquirir e tratá-las. E isso auxiliará em conduzir de forma segura a saúde das famílias.

Fonte: pesquisa direta.

Na análise do discurso, verificou-se menção e ênfase ao planejamento como um espaço preparatório e emancipador para as atuais visitas domiciliares, um passo que requer, no discurso, uma sistematização ou que, diante dos direcionamentos propostos no aperfeiçoamento, houvessem emergido novas possibilidades para operacionalização da atividade (IC-1).

Quanto ao fato de a ESF trabalhar com metas estipuladas e repassadas por coordenação e que devem ser alcançadas mensalmente, observa-se a importância da realização de um planejamento em relação às diversidades enfrentadas nas visitas domiciliares (deslocamentos-visitas, revisitas, condições climáticas, exposição a risco de violência urbana, falha na rede de atenção, burocracia no preenchimento dos registros entre outros) que devem ser consideradas, pois demandam tempo e podem interferir no alcance das metas esperadas bem como na resolutividades das ações.^{17,29}

A visita domiciliar deve ser realizada de forma sistematizada pelas equipes de saúde da família, para isso, é necessário que sejam traçadas formas de planejar, executar, registrar, avaliar e reavaliar a ação. Segundo Kebian e Acioli³⁰, esse planejamento é assistemático, sendo adequado às demandas com foco na priorização das visitas a grupos vulneráveis. Os mesmos autores descrevem ainda que o ACS deve realizar pelo menos uma visita domiciliar mensal às famílias de sua microárea, porém identificaram em sua pesquisa que, quando isso se torna impossível, ele prioriza a visita domiciliar para alguns usuários e, quando acompanha os enfermeiros, normalmente atua de forma passiva.

O DSC suscita ainda uma referência ao modelo de trabalho baseado na união, cooperação e na integração da equipe como sutilmente observado no fragmento: *“com certeza, vamos trabalhar mais em equipe”* (IC-2).

O ACS, por exercer inúmeras funções, se pensado no contexto da assistência à saúde e sua função enquanto agente mediador pela construção sobre as demandas da população, acaba por condicionar-se muitas vezes a situações em que determinadas necessidades de saúde não são contempladas devido às intervenções fragmentadas da equipe. As condutas tangenciais de alguns profissionais

sem considerar as informações dos demais colegas da equipe interferem na integralidade da assistência, bem como descaracteriza o modelo de trabalho estabelecido ao ACS.^{31,32,33}

Assim, o trabalho em equipe, a partir de um diálogo aberto às diversas solicitações, pode redefinir as responsabilidades e competências de seus integrantes, principalmente nos casos de situações mais preocupantes e urgentes que requerem respostas e ações mais imediatas e que estão atreladas ao apoio de todos os componentes.¹⁷

Surge como demanda a percepção da existência de espaços que promovam a interlocução entre os diferentes sujeitos a partir da produção do conhecimento com base na pró-atividade e na autonomia do conjunto - ACS, usuário, equipe de saúde e gestão. Essa ação possibilita o debate de diferentes saberes e a associação das demandas e necessidade de saúde a partir de um planejamento participativo, nessa perspectiva, surge o reconhecimento da consolidação da importância do ACS como sujeito da ação.²⁴

Paralelamente, ressalta-se que, ao reconhecer que devem estar em constante aperfeiçoamento com a incorporação de novos conhecimentos, suas metas se tornam viáveis e ganham vida além dos manuais e cartilhas, o que contribui para uma assistência mais qualificada e visão ampliada sobre a comunidade e seu processo de adoecimento, que facilita a retomada do protagonismo desse profissional (IC-3, IC-4).

Desse modo, a visita domiciliar consiste na atividade de maior importância na organização da assistência, mas, para que ela possa ser efetiva, existe a necessidade de estarem bem informados e qualificados para estarem atentos às necessidades das famílias atendidas e também ter um olhar para os recursos que possam ser aproveitados pela ESF.¹⁷

A distinção clara de suas atribuições por meio dos aperfeiçoamentos limita seu campo de atuação e minimiza a sobrecarga de trabalho. Não se pode negar que os conhecimentos adquiridos nesses espaços de formação ampliam a possibilidade desses agentes de se tornarem sujeitos capazes de questionarem e superarem os limites impostos pela realidade da comunidade em que moram e

trabalham.²⁴ Permite, assim, a legitimação da sua atuação enquanto mediador população/serviço.³⁴

Em consequência, aqueles discursos com abordagens que pareciam não considerar a especificidade do indivíduo, a partir do aperfeiçoamento, possuirão artifícios para renovar a formatação, ganhando atendimentos mais personalizados e seguros (IC-5, IC-6).

O aperfeiçoamento traz mudanças positivas relacionadas ao âmbito profissional, principalmente quanto ao processo de abordagem diferenciado e humanizado de forma a criar vínculo entre eles e os usuários, a discriminação das suas atribuições lhes conferiu maior legitimação, empoderamento, maior segurança nas orientações além da profissionalização e valorização da sua função.²⁴

As diferentes ações e sugestões asseguram a integração social solidária, que irá atribuir ao trabalho de mediação um ressignificado baseado na dignidade e na gratidão.¹⁷

No estudo conduzido por Marzari, Junges e Selli⁶, foi destacado que o perfil do ACS exige liderança, dinamismo, visão, responsabilidade, ética, força de vontade, doação e sensibilidade. Ressalta também que o trabalho cotidiano exige constante atualização profissional, porém que esta deve ser construída pautada pela integralidade que reúne o saber popular em saúde e saber técnico científico.

Mota e David¹⁵ destacam que, em seu estudo sobre escolarização dos ACSs, foi possível observar que esses profissionais demonstram o interesse em ampliar conhecimentos e crescer como indivíduos, além de a maioria estar realizando ou já ter realizado alguma capacitação na área da saúde. Os mesmos autores destacam ainda que esses agentes, ao ingressarem na profissão, tiveram acesso a um conhecimento, um novo saber e que a participação em uma equipe multiprofissional os aproximou de novas profissões da área da saúde e isto contribuiu para o retorno aos estudos, elevando assim o nível de escolaridade.

Percebe-se claramente o papel transformador que a formação traz aos ACSs, já que, além de contribuir para a capacitação profissional, estimula o crescimento pessoal, intelectual e social, como também o reconhecimento da importância da equipe multiprofissional de saúde e a participação dos gestores e da população no planejamento das ações, fundamentais para a efetivação do cuidado em saúde.³⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos apresentados reforçam a necessidade de investimentos na educação permanente da equipe de saúde, não somente do profissional ACS. Proposta que poderá atenuar diagnósticos contraproducentes, como o adocimento do não aprender ou do não aplicar, que transitam

nos ambientes de trabalho. O que favorece a retomada da educação e manutenção do preenchimento das lacunas nas práticas em saúde e seus frágeis aportes teóricos no campo da saúde coletiva.

Foi notória a percepção dos benefícios que o aperfeiçoamento proporcionou ao aspecto profissional, pois viabilizou uma abordagem qualificada, atualização, aproximação do ensino com a prática e o aprimoramento de ações anteriormente já executadas. Todos esses itens trazem como consequência contribuições para a interação comunidade-ACS-serviço por meio do fortalecimento do vínculo, da construção de uma confiança mútua sustentada na humanização, acolhimento, comprometimento e responsabilização do profissional pelo cuidado demandado.

Assim, o ACS assume um caráter social que é fortalecido na sua ação de escuta qualificada e oportunizando um espaço de construção de um valor terapêutico, constituído a partir do real conhecimento da dinâmica familiar do seu território, de suas necessidades em saúde, da possibilidade e aproximação de uma atenção contínua e integral.

As transformações decorrentes do curso de aperfeiçoamento remetem ao processo de educação como instrumento de inclusão de uma realidade local, construção de um perfil social estabelecido no território e explicação dos espaços de construção da cidadania, uma vez que opera uma nova abordagem ou reforça a ação prática do Agente enquanto construtor e inspirador da ação local, das práticas de saúde traduzidas no elo com a unidade de saúde e as constantes entradas de informação na vida cotidiana da população.

A experiência local pode apontar para convergências com estudos nessa temática, mas também é fortalecedora de um processo de interiorização do conhecimento e da força que a articulação ensino-serviço promove no fortalecimento do Sistema Único de Saúde, uma vez que é nesse espaço que se constroem ações que aproximam o teórico conceitual da vivência cotidiana e faz a ação científica compreender melhor as suas diretrizes e quais são os processos de possíveis aperfeiçoamentos.

Observa-se a necessidade de novos estudos que abordem essa perspectiva da qualificação, pois permitirão uma compreensão mais aprofundada da relação que será constituída entre a formação do ACS e sua articulação com a ESF, aos processos de trabalho e de atenção à saúde, uma vez que eles assumem a base essencial para todas as práticas e ações da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Saúde da Famí-

- lia: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
2. Vieira M, Lopes MR, Durão AV, Chinelli F. In: Vieira M, Durão AV, Lopes MR, organizadores. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2011. p.23-32.
 3. Mato Grosso (Brasil). Lei 10.507 de 10 de julho de 2002. Brasília: Senado Federal; 2002. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/1398/normatizacoes>>.
 4. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc.* 2009;18(4):744-55.
 5. Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(3):412-9.
 6. Marzari CK, Junges JR; Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(1):873-80.
 7. Arruda CAM, Moreira TMM, Machado MMT, Pessoa VM, Oliveira CJ. O ACS ensina a gente a ter amor pela vida: percepções de usuários assistidos na Estratégia Saúde da Família no Ceará. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2010;34(4):935-50.
 8. Durão AV, Morosini MV, Carvalho V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: Vieira M, Durão AV, Lopes MR, organizadores. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p.119-60.
 9. Chinelli F, Lacerda A, Vieira M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: Vieira M, Durão AV, Lopes MR, organizadores. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2011. p.33-78.
 10. Lopes MR, Durão AV, Carvalho V. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde. In: Vieira M, Durão AV, Lopes MR, organizadores. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2011. p.161-208.
 11. Queiroz DM, Silva MRF, Oliveira LC. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. *Interface - Comunic Saude Educ.* 2014;18(2):1199-210.
 12. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(7):2147-56.
 13. Singh P, Sachs JD. 1 million community health workers in sub-Saharan Africa by 2015. *The Lancet.* Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62002-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62002-9)>.
 14. Lefreve F, Lefreve AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface.* 2006;10(20):517-24.
 15. Mota RRA, David HMS. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab Educ Saúde.* 2010;8(2):229-48.
 16. Freitas LM, Coriolano-Marinus MWL, Lima LS, Ruiz-Moreno L. Training of community health agents in the city of Altamira (Pará), Brazil. *ABCS Health Sci.* 2015;40(3):171-7.
 17. Justo CMP, Gomes MH, Silveira C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Saude Soc.* 2015;24(2): 594-606.
 18. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2008;13(1):259-68.
 19. Souza LJR, Freitas MC. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2011;35(1):96-109.
 20. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(3):358-65.
 21. Fonseca AF, Morosini MVGC, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador

comunitário em perspectiva histórica. *Trab Educ Saúde*. 2013;11(3):525-52.

22. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2001.

23. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º198, de 13 de fevereiro de 2004. [Citado em: 1 jun 2016]. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>.

24. Melo MB, Quintão AF, Carmo RF. O programa de qualificação e desenvolvimento do agente comunitário de saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. *Saúde Soc*. 2015; 24(1):86-99

25. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde Soc*. 2012;21(1):141-52.

26. Melo EM et al. A violência rompendo interações: as interações superando a violência. *Rev Bras Saúde Mat Inf*. 2007;7(1):89-98.

27. Briese G, Lunardi VL, Azambuja EP, Kerber NPC. Sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2015;14(2):1035-42.

28. Cardoso FA, Cordeiro VRN, Lima DB, Melo BC, Menezes RNB, Moulaz ALS, et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011 out; 64(5):968-73. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S003471672011000500026>>.

29. Ávila MMM. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(1):349-60.

30. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf*. 2014 jan-mar;16(1):161-9. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>>.

31. Carvalho, BG et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. *Rev Latino Am Enferm*. 2012;20(1):1-8.

32. Pinto AGA, Jorge MSB. Prática clínica na estratégia de saúde da família: relações entre equipe e usuários no

território urbano. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2015;6(2):1514-29.

33. Peduzzi, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para construção da prática profissional. *Physis*. 2011;21(2):629-46.

34. Lotta GS. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. *Saúde Soc*. 2012;21(Supl. 1):210-22.

35. Pereira SM, Lima AWS, Oliveira ECT, Santos ZC. Equidade do acesso à atenção à saúde de famílias vulneráveis cadastradas em uma unidade de saúde da família. *Rev APS*. 2015;18(3):325-34.

Submissão: junho de 2016

Aprovação: dezembro de 2016
