

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: A VISÃO DOS USUÁRIOS DO PSF DA REGIÃO DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA

Community health workers: perception of users from the Juiz de Fora Family Health Program

Maria Ruth dos Santos¹, Célia Regina Pierantoni², Karen dos Santos Matsumoto³

RESUMO

Neste artigo buscou-se obter uma visão geral da percepção dos usuários sobre o trabalho do agente comunitário de saúde nas comunidades em que atua, contemplando aspectos da sua inserção, assim como foi avaliada em que nível as atividades dos agentes são percebidas e incorporadas na prática de saúde da população. Para tal, elaborou-se um questionário contendo questões abertas e fechadas que foi respondido por 330 usuários. De forma específica, evidencia que os usuários percebem que a assistência melhorou após a entrada do agente, sem negligenciar os aspectos e características que devam ser modificados e observados no perfil desse trabalhador e no próprio serviço de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Agente Comunitário de Saúde; Serviços de Saúde Comunitária; Programa Saúde da Família; Recursos Humanos em Saúde; Ocupações em Saúde.

INTRODUÇÃO

Desde a institucionalização dos agentes comunitários de saúde (ACS), a partir de um projeto emergencial de calamidade no Ceará nos anos 80, até os dias atuais, o seu número, no Brasil, chegou a 211,0 mil, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas, quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados, sendo o ofício reconhecido como profissão, recentemente.

ABSTRACT

In this article we assessed the perception of users of the family health program about the work implemented by the community health agent. The agents' insertion, and the degree to which their actions are perceived by the population and incorporated into their health practices were also assessed. A questionnaire, composed of open and closed questions, was answered by 330 users. Care was seen to have improved after the entry of the health agents, although some features amenable to improvement and concerning the agents' profile and the health system were identified.

KEY WORDS: Community Health Workers; Community Health Services; Family Health Program; Health Manpower; Health Occupations.

É um profissional integrante da equipe de saúde da família, com exclusividade de exercício no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Realiza, sob supervisão do gestor local, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema.¹

O perfil de atribuições, antes intensivo em ações voltadas para o foco materno-infantil, envolve atualmente competências para atuação no apoio às famílias e coletivos

¹ Maria Ruth dos Santos, Farmacêutica-bioquímica, Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, pesquisadora visitante da Estação de Trabalho do IMS/UERJ - Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

² Célia Regina Pierantoni, Médica, Professora Adjunta do Depto. de Política, Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ; coordenadora e pesquisadora da Estação de Trabalho do IMS/UERJ - Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

³ Karen dos Santos Matsumoto, Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS/UERJ. E-mail:karenmatsumoto@gmail.com

sociais, além de concentrar atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças ou pela mobilização de recursos e práticas sociais para intervenção no campo político e social numa micro-área de ação.

Seu perfil de residência na comunidade, o que pressupõe compartilhamento de valores e interesses sedimentadores de uma identidade coletiva, possivelmente tem reflexo na representação de atribuições, já que o território é o âmbito de validade da profissão e de sua atuação. A matriz do agente assenta-se, conforme preconizado pelas instituições oficiais, em dois aspectos: identidade com a comunidade e pendor para a ajuda solidária.²

Esses traços identificadores, incomuns em outros profissionais de saúde, permitem que se possa cumprir a missão básica de execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito da comunidade em que reside e na qual tenha liderança, manifestando solidariedade entre os seus pares. “O papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia humana ou cultural a seu perfil ocupacional”^{3:7}. Esses requisitos quando presentes, frequentemente o qualificam como um trabalhador *sui generis* ou fora do comum.

Na atualidade, os fatores específicos que impulsionaram a sua criação no Nordeste, quais sejam: o difícil acesso aos serviços formais de saúde, a carência de informação da população sobre maneiras eficazes de proteger a sua saúde, o desconhecimento sobre o funcionamento dos serviços e as limitações do trabalho educativo nas unidades de serviços, são potencializados por outros componentes e determinantes que a eles se agregam nas grandes cidades.

Violência, poluição, diferentes modalidades de assistência, desemprego, concomitância de riqueza econômica e miséria social, extensão territorial, alta densidade demográfica, aumento da população idosa, convivência com diversas etnias, favelas, cortiços, correntes migratórias, crescimento desordenado, invasão de áreas, população carente, dentre outros, imprimem a necessidade de reflexões da adequação do perfil do agente comunitário de saúde a realidades socio-sanitárias mais complexas, como as das grandes cidades.

No Brasil, nas últimas duas décadas, a inserção desse trabalhador vem experimentando mudanças, como: da atuação isolada no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sem o suporte da equipe de saúde da família, para a integração com a Saúde da Família, potencializando o seu trabalho e a estratégia de mudança de modelo de atenção à saúde. Da característica de ruralidade do PACS e do trabalho limitado às comunidades rurais e áreas periurbanas, definido em suas origens, para a entrada em contextos socioeconômicos distintos, em grandes centros

urbanos e regiões metropolitanas. Toda essa mudança implica na revisão de práticas, métodos e dos múltiplos papéis desempenhados.

Esse estudo buscou obter uma visão geral da percepção dos usuários sobre o trabalho do ACS junto às comunidades, contemplando aspectos da sua inserção, assim como foi avaliada em que nível as atividades dos agentes são percebidas e incorporadas na prática de saúde da população. No entanto, por ser tratar de uma realidade ainda recente, corre-se o risco de não possuir elementos suficientes para emitir declarações conclusivas ou propor julgamentos seguros sobre o tema. Apesar disto, admite-se que o desafio se torna ainda maior.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa utilizou-se da metodologia quantitativa de natureza exploratória - descritiva.

O estudo quantitativo é o de escolha para quando se quer pesquisar de forma exploratória o objeto ou problema em estudo, de maneira a aumentar seus conhecimentos sobre os mesmos.⁴ Quando realizado de forma exploratório-descritiva, permite delinear completamente determinado fenômeno, no qual podem ser encontrados tanto traços quantitativos e/ou qualitativos quanto a acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante.⁵

Assim, para estudar o perfil dos agentes, a providência inicial tomada foi a realização de pesquisa de observação direta do seu trabalho, em uma unidade de saúde da zona urbana do município de Juiz de Fora, com o Programa de Saúde da Família em funcionamento há mais de quatro anos e equipe completa. Essa fase foi importante para o desenho da pesquisa, a definição das técnicas, dos instrumentos e variáveis envolvidas.

Desenho

Para captar a percepção dos usuários, optou-se por uma combinação de técnicas e procedimentos, a partir do seguinte planejamento de pesquisa:

Para representação na amostra dos 37 municípios da área de abrangência da região de Juiz de Fora, foram extraídos aleatoriamente 7 deles (cerca de 20%), para inclusão no estudo. Em seguida, foram listadas, nos municípios sorteados, todas as equipes de saúde da família em funcionamento há mais de um ano e com agentes comunitários de saúde em exercício, também, há mais de um ano. Foram catalogadas 92 equipes.

O segundo estágio de amostragem para representação das equipes de saúde da família foi possível obter-se, recorrendo-se ao banco de dados que compõe o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Foram sorteadas 23 equipes de saúde da família e 129 agentes comunitários de saúde.

Por último, no terceiro estágio, buscou-se uma representação da população usuária a partir do cadastro dos domicílios nas unidades de saúde da família. Integra a amostra 15 domicílios por equipe, que foram extraídos aleatoriamente da base de dados representada na investigação, respeitando-se a divisão da área de abrangência de atuação dos agentes por microáreas específicas. Em cada domicílio, foi selecionado, sem critério pré-estabelecido, entre todos os moradores com mais de 18 anos presentes no momento da entrevista, apenas um para ser entrevistado. Se o domicílio estivesse fechado ou não houvesse adulto presente, passava-se para o domicílio contíguo, à esquerda ou à direita, onde houvesse morador que consentisse em participar e atendessem aos critérios do estudo.

Assim, a amostra total selecionada para a pesquisa foi de 7 municípios, 129 agentes comunitários de saúde e 330 usuários.

Técnica de Coleta de Dados

Para os usuários, elaborou-se um questionário (Anexo 1) contendo questões abertas e fechadas, que buscou refletir aspectos exclusivos da atenção do agente comunitário de saúde às famílias visitadas, assim como aqueles derivativos dessa atenção. Utilizaram-se ainda variáveis universais, como sexo, idade, dentre outras, para configuração do perfil específico desse estrato.

Os dados dos questionários foram introduzidos em uma base eletrônica e posteriormente tratados com o programa estatístico, EPI-INFO-2000. Em seguida, procedeu-se a uma sistematização inicial, a partir da consolidação dos dados processados na base estatística. As análises foram realizadas, a partir da discussão do que os temas e dados suscitaram, tendo por base a argumentação que os achados facultam, visando aos objetivos e pressupostos do estudo.

O estudo foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com o número de protocolo 0032.0.129.000-03.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos usuários entrevistados mostra que a maioria são mulheres (79.1%), jovens (idade

média: 44 anos), com baixos níveis de escolaridade (51.1% não conseguiram concluir o primeiro grau) e renda mensal familiar de até 03 salários mínimos (97.9%). Quase a totalidade é usuária da Unidade Básica de Saúde há muito tempo: de 2 a 10 anos (45.1%) e há mais de 10 anos (40%).

São moradores antigos do bairro onde a Unidade Básica de Saúde e os agentes estão inseridos há mais de 10 anos (63.6%). Grande parte deles recebe regularmente, a cada mês, a visita domiciliar do agente (64.8%), sendo poucos os que declararam que não recebem nenhuma visita (18%) ou só o recebem quando realmente precisam, de acordo com as próprias necessidades (1.2%). Esses dados mostram que o agente se faz presente nos domicílios da sua microárea, sendo reconhecido pelos usuários. Não houve nenhum entrevistado que tenha respondido que não o conhece.

A maioria (61.9%) afirma que conhecia o ACS antes de ele se tornar agente, sendo a referência o bairro onde moravam (84.7%), pois para 57% dos respondentes o agente era uma pessoa conhecida. No entanto, somente 8.4% o procuravam na ocorrência de algum problema de saúde ou de qualquer outra dificuldade com a família, sendo que 52.5% não souberam informar se os vizinhos solicitavam sua ajuda na resolução de problemas. Para 11.8%, o ACS participava de movimentos da comunidade em prol da saúde e de outras questões de interesse da coletividade. Ressalta-se das informações obtidas que o agente era de fato uma pessoa conhecida no bairro por residir e vivenciar o mesmo cotidiano e problemas específicos, sociais e de saúde com aquelas pessoas.

Entretanto, não se distinguia dos moradores por ser referência em saúde e não é visto socialmente como alguém que era procurado para colaborar para o alcance dos objetivos da saúde e da melhoria da qualidade de vida. E ainda, algumas características frequentemente associadas a lideranças comunitárias, como a inserção e a participação nos movimentos e nas entidades do bairro têm baixa incidência entre os agentes comunitários.

Os agentes de saúde, pioneiros no Ceará, vinham das frentes de trabalho e eram pessoas “quaisquer”, parte da comunidade, sem, no entanto, representá-la.⁶ Essas questões são ratificadas, quando os usuários revelam que percebem o agente comunitário de saúde como profissional de saúde (59%) e não como uma liderança da comunidade. (7.6%).

A resposta dos usuários ao questionamento sobre a questão da transmissão para os agentes de informações privativas sobre a sua saúde e a da família, evidencia, pelo percentual apurado (82.4%), que têm confiança em revelar essas questões. A confiança pode advir do contato frequente, da liberdade no diálogo, por se tratar de igual

que pertence ao mesmo universo, ou por que o percebem como um profissional de saúde, facilitador do acesso aos serviços de saúde.

Somente uma minoria (10.9%) alega ter se sentido prejudicado, por ter sido preterido no atendimento, por parentes e amigos mais próximos do agente. Para 79.9%, o fato de o agente residir na comunidade ajuda no desenvolvimento do trabalho.

Declararam ser o agente capacitado para dar informações e orientações sobre cuidados com a saúde (77.8%). Alegam que conhece a área de atuação (82.4%) e entende as necessidades das famílias, identificando os problemas e ajudando na busca de soluções (82.6%). Percebem no trabalho do agente, ações mais voltadas para a saúde (95.4%) e melhorias depois da sua incorporação aos serviços de saúde (78%).

No entanto, não souberam avaliar sobre o conhecimento que este profissional tem a respeito das atividades e os sistemas de apoio disponíveis na comunidade, incluindo recursos recreacionais, religiosos, políticos ou filantrópicos. (57.4%).

Para 82.7% dos entrevistados, o agente conhece os problemas de saúde de sua família, demonstra interesse, ouve e os encaminha (87.7%). Cerca de 67% o procuram fora do horário de trabalho e, quando precisam utilizar os seus serviços, está sempre disponível (85.8%). Entre os entrevistados, 32.1% indicam que o agente lidera e estimula as reivindicações da comunidade para a busca de melhor qualidade de vida para todos e 48.9% não souberam dizer quais outras atividades são realizadas na comunidade, com exceção da visita domiciliar. O seu trabalho foi avaliado como ótimo para 44.5% e bom para 42.1% dos usuários.

Em relação às causas da indisponibilidade do agente quando procurados pelos usuários, enumeram as relacionadas no Quadro 1. Dos motivos alegados, interessa observar que somente 10.2% referem problemas com os agentes. Essa interação num espaço comum, compartilhado em um mesmo território, tem propiciado possibilidades de se firmarem relações de distintas maneiras, com resultados positivos, inclusive, na adoção de mudanças de hábitos, atitudes e comportamentos (47,5%).

Dos respondentes, 86.9% afirmam adotar as orientações que o agente sugere, porque consideram que as informações que presta são adequadas e satisfatórias (88.3%). Certamente que as mudanças em hábitos, atitudes e comportamentos não podem ser imputadas unicamente ao trabalho dos agentes, pois há um sem número de circunstâncias que escapam ao seu controle. Algumas se colocam na perspectiva ou ponto de vista do próprio usuário, na esfera

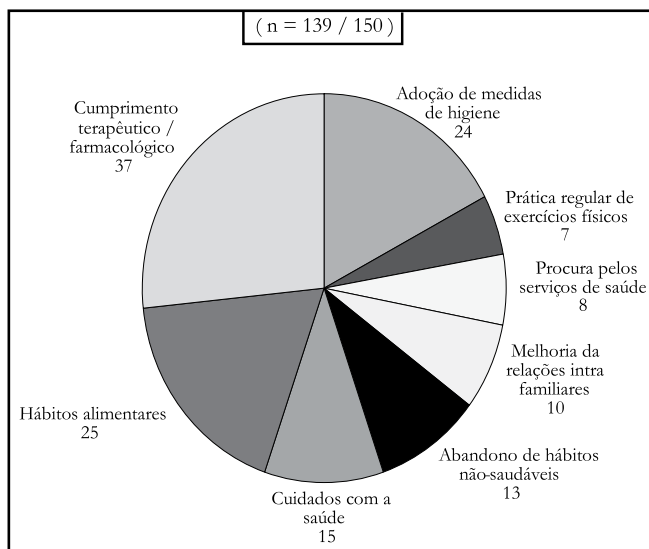
de sua autonomia em adotar ou não as medidas sugeridas; outras englobam a interferência de variáveis externas que, ao final, fica difícil de nomear qual foi a contribuição de cada uma ou se houve uma sinergia de vários fatores que se entrecruzaram para produzir o resultado.

Quadro 1: Motivos Alegados pelos Usuários para a Indisponibilidade do ACS

MOTIVO	FREQUÊNCIA (n= 39)	PERCENTUAL (%)
Preferência pela Unidade de Saúde	12	30.7
Falta de tempo do ACS	10	25.6
ACS ocupado com outras famílias	07	17.9
Não recebe visitas	06	15.3
Problemas com o ACS	04	10.2
TOTAL	39	99.7

Fonte: O autor, 2006.

Gráfico 1: Mudanças de Hábitos/Atitudes/Comportamentos Indicadas pelos Usuários



Fonte: O autor, 2006.

O fato é que as mudanças indicadas não deixam de ter sua significância, com destaque para os que alegam terem incorporado hábitos no que diz respeito ao cumprimento terapêutico/farmacológico. Neste grupo, estão incluídos aqueles que passaram a respeitar e a adotar o tratamento terapêutico proposto, farmacológico ou não, e os que mudaram comportamentos em relação ao uso racional de medicamentos, adotando atitudes de cumprimento

da posologia indicada, dose e horário, regularidade na utilização dos fármacos, além de mais cuidados com a automedicação.

No grupo de mudanças de hábitos alimentares, estão incluídos aqueles que declararam ter adotado as dietas prescritas ou que espontaneamente modificaram hábitos anteriores em relação à alimentação, adotando práticas mais saudáveis.

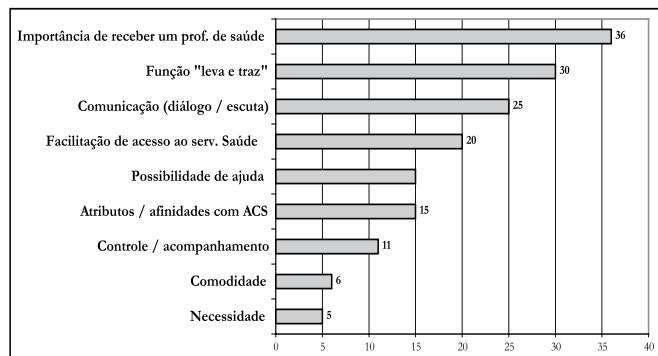
Na adoção de medidas de higiene, afirmam ter tomado atitudes diferentes, tanto em relação à higiene pessoal (banho, cuidados com as unhas, cabelos, higienização e escovação de dentes), quanto em relação aos cuidados com os domicílios (casa limpa, quintal varrido, cuidado com água limpa e parada, destino do lixo e dejetos). O abandono de hábitos não saudáveis envolve a renúncia ao uso de cigarro, álcool e outras drogas, consideradas ilícitas, assim como a “correção de hábitos de vida errados” (nas palavras dos usuários).

Existem dificuldades dos agentes em problematizarem seriamente essas questões, principalmente em relação à higiene e alimentação, na medida em que elas canalizam significados que mobilizam profundamente as pessoas, tanto no âmbito de sua subjetividade, quanto das representações coletivas.⁷

Os critérios que os agentes passam a se referenciar tendem a ser aqueles contidos nos estritos limites das recomendações biomédicas, sem contextualização ou reflexão da realidade que os cerca. Paradoxalmente, é justamente pelo fato de o agente estar imerso neste contexto, compartilhando do mesmo universo cultural e simbólico e supostamente compreendê-lo “de dentro”, que uma parte importante do seu trabalho se desenvolve.

Entretanto, 90.3% afirmam gostar de receber os agentes em seus domicílios e quando questionados sobre os motivos, relacionam os que podem ser visualizados no Gráfico 2.

Gráfico 2: Motivos segundo usuários para Satisfação com as Visitas



Fonte: O autor, 2006.

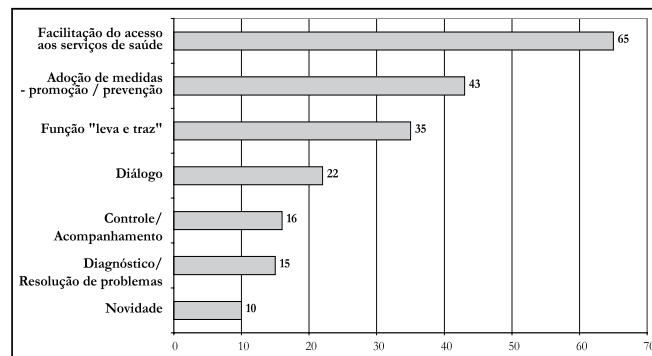
Dentre os motivos alegados pelos usuários, destaca-se o fato de estarem recebendo um profissional de saúde, pois assim o consideram. Na perspectiva colocada e que tem significado para os usuários, o agente comunitário de saúde representa muito mais que a sua figura física possa sugerir. Os usuários canalizam neste trabalhador toda a expectativa que possuem de aproximação com os serviços e com os profissionais de saúde e as possibilidades abertas nesse diálogo. Ao “abrir a porta de suas casas” equivale a abrir a porta para os serviços de saúde, ou seja, “atrás do agente, vem o médico, o remédio, o exame [...]” (Usuária PSF/ Juiz de Fora), ou seja, estão se referindo à acessibilidade aos serviços de saúde que o agente pode defender, removendo barreiras existentes.

Na denominação “Função leva e traz”, referem-se ao papel de intermediador, elo, mensageiro, tradutor, que o agente desempenha “ao levar problemas das casas e trazer soluções do Posto” ou trazer informações sobre o funcionamento, horários, disponibilidade de insumos e marcação de procedimentos, necessidade de visita do médico e levar as demandas e necessidades das famílias.

Nas possibilidades abertas pela comunicação, que envolve escuta, fala, conversa, ou simplesmente “ter alguém para conversar comigo”, estão inseridas as manifestações de cuidados mais amplos, no sentido do humano em “que o cuidado não se opõe ao trabalho, mas lhe confere uma tonalidade diferente [...] A relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito [...] Não é pura intervenção, mas inter-ação e comunhão.”^{8:95}

Em relação às melhorias na saúde após a admissão do ACS, ressalta-se o quantitativo dos que afirmam que a facilitação do acesso aos serviços de saúde foi a mais importante melhoria, seguida da adoção de medidas de promoção/prevenção, da função de mensageiro desempenhada pelo agente e dos benefícios que dessa função possam advir? e novamente o diálogo com o usuário, dentre outras, o que pode ser observado no Gráfico 3.

Gráfico 3: Melhorias segundo usuários após admissão ACS



Fonte: O autor, 2006.

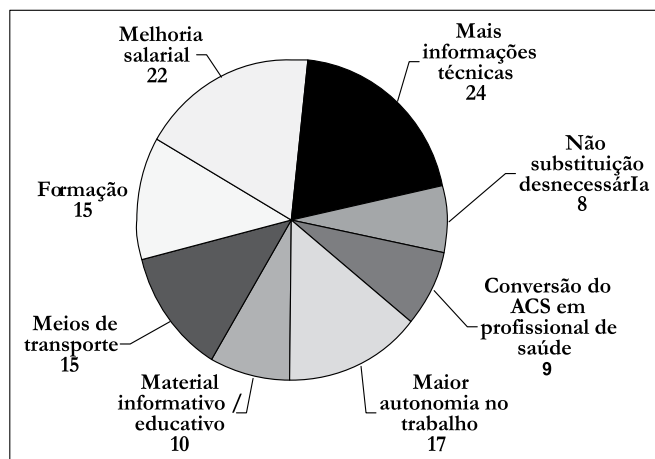
Quanto à facilidade de acesso aos serviços, trata-se, na verdade, da acessibilidade nas suas diversas dimensões⁹, no sentido geográfico, ao diminuir a distância entre serviços e usuários, funcional, representado pela possibilidade de acesso às distintas modalidades de serviços e profissionais da unidade de saúde local e até mesmo ao sistema de saúde como um todo e a cultural, considerada pela inserção do serviço nos hábitos e costumes da população.

Os usuários apontam várias medidas que consideram importantes para melhorar o trabalho do ACS, que foram agrupadas em medidas em relação: aos processos de trabalho, às visitas, à unidade de saúde.

Destaca-se em relação aos processos de trabalho que mais informações técnicas para os agentes significam informação de mão-dupla, ou seja, informação que chega ao agente e que vai para o usuário. O grande desafio é prover o agente de informação não normatizada, não-autoritária, que deva ser repassada no contexto de uma relação comunicativa de troca, sem perda do caráter técnico, inerente à informação especializada. Nesse sentido, tanto os usuários quanto os agentes reforçam a noção básica do movimento da promoção da saúde de empowerment, que implica em prover as coletividades de informações que tenham significado e que possam ser vistas, sentidas e utilizadas como insumos para a tomada autônoma de decisões.⁷

Mais autonomia no trabalho está associada ao processo de trabalho do agente e à organização de sua agenda mensal e diária, pautada pelas normas e regras das Secretarias de Saúde, onde as necessidades locais nem sempre encontram espaço para serem inseridas. Encontra-se também associada à repetição dos temas abordados nas visitas, que acabam tornando-se desgastantes e depois de um determinado tempo desinteressando a ambos - ACS e famílias.

Gráfico 4: Medidas sugeridas pelos usuários em relação ao processo de trabalho

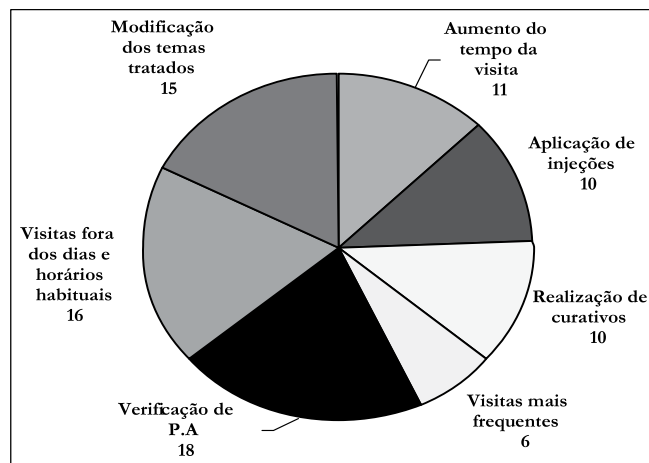


Fonte: O autor, 2006.

Em relação às visitas, cabe destacar as necessidades sentidas pelos usuários de não realização de procedimentos simples, como: aferir pressão arterial, aplicação de injeções, realização de curativos, que juntos totalizam 38 respostas. É importante destacar também a necessidade das visitas serem realizadas em dias e horários fora do habitual, bem como o aumento do tempo das mesmas.

O PSF vem ampliando as implementações de ações direcionadas à população geral, com programas e ações singularizadas, isto é, as de demandas específicas de uma comunidade. A partir dos resultados da pesquisa, é possível perceber a satisfação dos usuários em receber o ACS, porém indica uma necessidade de reformulação das estratégias de visita domiciliar, possibilitando atender um número maior de usuários, principalmente aqueles que trabalham nos horários em que normalmente as visitas são realizadas.

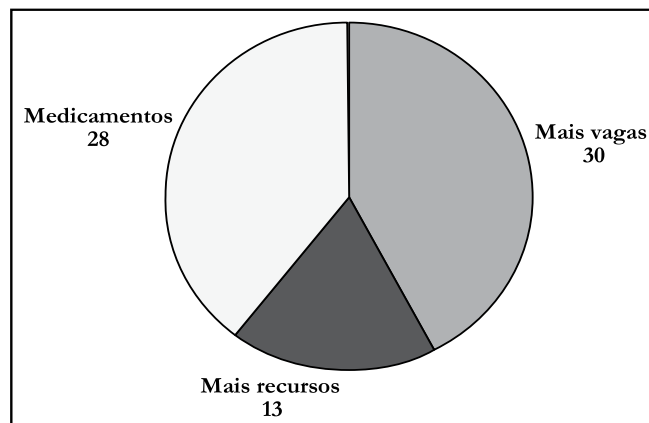
Gráfico 5: Medidas sugeridas pelos usuários para as visitas



Fonte: O autor, 2006.

Em relação à Unidade de Saúde: vagas, medicamentos e mais recursos de forma geral, foram indicados como fatores dificultadores do trabalho do próprio agente de saúde.

Gráfico 6: Medidas sugeridas pelos usuários para a unidade de saúde



Fonte: O autor, 2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em geral, com diferentes e válidas maneiras de entender os agentes comunitários de saúde, os usuários concordam que a assistência melhorou após a entrada do ACS, sem negligenciar os aspectos e características que devam ser modificados e observados em seu perfil e no próprio serviço de saúde.

Assim foram resumidas pela Organização Mundial de Saúde¹⁰ as características principais dos agentes: devem ser membros da comunidade em que trabalham e selecionados por ela, respondem por suas atividades perante a comunidade, devem ser apoiados pelo sistema de saúde, sem tomar parte necessariamente de sua organização e receber uma formação mais breve do que a dispensada aos trabalhadores profissionais.

O fato é que, no Brasil, a noção de agente comunitário se distancia do conceito da Organização Mundial de Saúde¹⁰, pois o agente brasileiro surge no contexto de uma política de Estado, inserido na estrutura de funcionamento dos serviços de saúde e hoje, das equipes de saúde da família, não sendo unicamente apoiados pelo sistema, mas parte dele.

De igual forma, diferenciam-se da maioria das experiências internacionais, pois ao contrário dos agentes do Ceará e dos propósitos iniciais do programa, não tratam enfermidades mais simples, nem realizam procedimentos menos complexos, muito embora essa questão tenha sido assinalada pelos usuários como uma dificuldade e uma limitação da sua ação.

O seu perfil de atribuições reflete a dimensão técnica universalista³, na medida em que se prende muito mais às diretrizes e normas ditadas pelas políticas de saúde e reforçadas pelas Secretarias Municipais respectivas do que às demandas locais e às necessidades sentidas e reivindicadas pelas comunidades. Considerando a dimensão comunitarista de seu perfil de atribuições, entende-se que essas duas dimensões podem ser complementares.

As análises feitas não deixam dúvidas de que os agentes podem desempenhar uma função importante no campo da promoção da saúde das populações, na busca de políticas públicas saudáveis e de uma melhor qualidade de vida, individual e coletiva. Contudo, não há efetivamente um meio ou receita própria para isso, diante da diversidade situacional de cada realidade e do alto grau de generalidade, não-especificidade e imprecisão que as ideias de promoção da saúde e a noção do que se inclua em “qualidade de vida”, encerram.

Porém, apesar disto, os ACS conquistaram espaço e credibilidade nas comunidades em que atuam. O grande

desafio para o processo formativo dos mesmos é a internalização da noção de promoção da saúde, concomitante ao desenho de ferramentas e estratégias de comunicação, articuladas e socialmente contextualizadas, de informações significativas, com o fim último de desfrutarmos de uma sociedade mais saudável para todos. Certamente que há espaço para o agente comunitário de saúde nesse processo. E pode-se dizer que, numa certa medida, esse processo de mudança já está em curso.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Norma Técnica. Lei N° 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Nogueira RP. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2002 fev; 6(10):75-94.
3. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVAO. A Vinculação Institucional de um Trabalhador *Sui Generis* - O Agente Comunitário de Saúde. *Cadernos do IPEA.* Rio de Janeiro: IPEA; 2000. Texto para Discussão n° 735.
4. Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. Pesquisa quantitativa e metodologia. In: Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. *Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
5. Lakatos EM, Marconi MA. *Fundamentos de metodologia científica.* 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1991.
6. Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [Tese]. São Paulo: USP- Faculdade de Saúde Pública; 2001.
7. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18(6):1-12.

8. Boff L. Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 2002.

9. Unglert CVS. Territorialização em sistema de Saúde. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p. 221-35.

10. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS; 1978.

Submissão: maio de 2009

Aprovação: dezembro de 2009

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA EM DOMICÍLIO

- 1) Você é usuário da Unidade de Saúde?
() Sim / () Não / () Não sabe / () Não responde
 - 2) Há quanto tempo?
() Menos de 2 anos / () De 2 a 5 anos
() De 5 a 10 anos / () Há mais de 10 anos
 - 3) Há quanto tempo você mora aqui?
() Menos de 2 anos / () De 2 a 5 anos
() De 5 a 10 anos / () Há mais de 10 anos
 - 4) Você recebe regularmente a visita do ACS?
() Sim / () Não / () Não sabe / () Não responde
 - 5) Com que frequência?
() Semanal / () Quinzenal / () Mensal
() Bimensal / () Outra. Especificar: _____
 - 6) Você conhecia o ACS antes dele se tornar ACS?
() Sim - Se sim, responda à pergunta 7.
() Não / () Não sabe / () Não responde
 - 7) De onde você o conhecia?
() Do bairro / () Das reuniões aqui do bairro
() Da igreja / () Da associação/sociedade de moradores
() Outro. Especificar: _____
 - 8) Antes do ACS que o visita se tornar ACS, ele (a) era uma pessoa conhecida aqui do bairro?
() Sim / () Não / () Não sabe / () Não responde
 - 9) Ele (a) participava dos movimentos da comunidade em prol da saúde e de outras questões de interesse da comunidade?
() Sim / () Não / () Não sabe / () Não responde
 - 10) Quando você ou alguém de sua família tinha problema de saúde ou qualquer outro problema vocês o procuravam (a) antes dele (a) ter se tornado um ACS?
() Sim / () Não / () Não sabe / () Não responde
 - 11) E os seus vizinhos e pessoas da comunidade o (a) procuravam?
() Sim / () Não / () Não sabe / () Não responde
 - 12) O ACS conhece os problemas de saúde dos membros da sua família?
() Sim / () Não / () Não sabe / () Não responde
 - 13) Quando você precisa utilizar os serviços do ACS...
() Ele está sempre disponível
() Ele às vezes está indisponível. Qual o principal motivo? _____
 - 14) Você gosta de receber a visita do ACS?
() Sim Qual o motivo? _____
() Não Qual o motivo? _____
() Não sabe / () Não responde
 - 15) O ACS estimula e lidera as reivindicações da comunidade para a busca de melhor qualidade de vida para todos?
() Sim / () Não / () Não sabe / () Não responde
 - 16) O ACS realiza outra(s) atividade(s) na comunidade com as pessoas e famílias, sem ser a visita domiciliar?
() Sim Qual? _____
() Não / () Não sabe / () Não responde
 - 17) Você e sua família mudaram comportamentos, hábitos e atitudes depois que o ACS começou a visitá-los?
() Sim. Especificar uma mudança: _____
() Não / () Não sabe / () Não responde
 - 18) Você procura o ACS fora do horário de trabalho dele?
() Sim / () Não / () Não sabe / () Não responde
 - 19) As informações que o ACS fornece a você e sua família são adequadas e satisfatórias?
() Satisfaz plenamente / () Não satisfaz plenamente (vá para a 20)
 - 20) Qual o principal motivo?
() São incompletas / () São de difícil compreensão
() Não confio nas informações
() Outra razão: _____
 - 21) O ACS demonstra interesse, ouve e encaminha os seus problemas e os de sua família?
() Sim / () Não / () Não sabe / () Não responde
 - 22) Você e sua família seguem os conselhos e orientações que o ACS dá?
() Sim / () Não (vá para a 23) / () Não sabe / () Não responde
 - 23) Se não, qual o principal motivo?
() Falta de conhecimento do ACS
() Falta de empenho do ACS em nos convencer
() Falta de confiança nas suas orientações e conselhos
() Não sabe informar / () São incompletos
() Outro motivo: _____
 - 24) Que conceito você daria para o trabalho do ACS?
() Ótimo / () Bom / () Regular / () Insatisfatório
() Não sabe informar
 - 25) Indique uma única medida que você considera que ajudaria a melhorar o trabalho do ACS: _____
 - 26) Que palavra resume o trabalho do ACS para você? _____
 - 27) Para você o ACS é um...
() Profissional de saúde / () Membro da comunidade
() Liderança aqui da comunidade / () Cargo de confiança do Prefeito
() Não sabe avaliar / () Não responde
 - 28) Você tem confiança em transmitir para o ACS as informações sobre os problemas da sua família?
() Sim. Por quê? _____
() Não. Por quê? _____
() Não sabe informar / () Não responde
 - 30) Você já se sentiu prejudicado no atendimento do ACS em função de ele ter privilegiado parentes e amigos?
() Sim / () Não / () Não sabe responder / () Não responde
 - 31) O fato de o ACS residir no bairro ajuda no trabalho?
() Sim / () Não / () Tanto faz / () Não sabe avaliar
() Não responde
 - 32) Você acha que o ACS é capacitado para dar informações e orientações sobre cuidados de saúde bem como realizar a vigilância à saúde das famílias sob sua responsabilidade?
() Sim / () Não / () Tanto faz / () Não sabe avaliar
() Não responde
 - 33) Em sua opinião, o ACS conhece bem a sua área de atuação e incentiva a participação da população na solução dos problemas?
() Sim / () Não / () Tanto faz / () Não sabe avaliar
() Não responde
 - 34) O ACS entende as suas necessidades e as de sua família, identifica os problemas e estimula-os a encontrar soluções?
() Sim / () Não / () Tanto faz / () Não sabe avaliar
() Não responde
 - 35) O ACS conhece a respeito das redes sociais e os sistemas de apoios disponíveis na comunidade, incluindo recursos recreacionais, religiosos, políticos ou filantrópicos?
() Sim / () Não / () Tanto faz / () Não sabe avaliar
() Não responde
 - 36) Em sua opinião, o trabalho que o ACS executa está mais voltado para a saúde ou para a doença?
() Para a saúde / () Para a doença / () Para nenhum dos dois
() Não sabe informar / () Outro. Especificar: _____
 - 37) Você acha que melhorou a saúde depois que o ACS começou o seu trabalho?
() Sim. Por quê? _____
() Não. Por quê? _____
() Não sabe / () Não responde
- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO USUÁRIO
- Município de Residência: _____
 Bairro: _____ Urbano/Rural _____
 Unidade de Saúde: _____ Equipe: _____
 Idade: () anos - Sexo: () (masculino - feminino)
 Escolaridade: _____
 Renda mensal familiar
 () Até R\$260,00 / () De R\$261,00 a R\$520,00
 () De R\$521,00 a R\$780,00 / () De R\$781,00 a R\$1.300,00
 () Mais de R\$1.300,00
- Comentários do usuário: _____
 Comentário do Entrevistador: _____
 Entrevistador: _____
 Data: ____/____/____