

AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Endemic diseases combat agent and the family health team work process

Agentes de combate a las endemias y el proceso de trabajo del equipo de salud de la familia

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Identificar as atividades dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (SF) a partir dos relatos de suas atividades. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com 57 ACE, que trabalham junto às equipes de SF de Patos de Minas (MG) e que responderam a um questionário autoaplicável, contendo perguntas fechadas e abertas no período de fevereiro de 2012. **Resultados:** A maioria era do sexo feminino (n=46, 81%), com 31 a 40 anos (n=24, 42%), com menos de seis anos de trabalho como ACE, cada um responde em média por 800 imóveis, realiza 31 visitas diárias e não participou do Curso Introdutório de Formação. Nas reuniões de equipe, embora se sentissem integrados com a equipe de SF, mais de 50% não tem conseguido apresentar as informações obtidas, tampouco as necessidades das famílias. **Conclusão:** A maioria dos ACEs se sentem integrados às equipes de saúde da família, contudo a ausência do curso introdutório, antes de iniciar o trabalho no programa, pareceu contribuir para a falta de informações sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). Evidenciou-se que as informações e o conhecimento da realidade das famílias apreendidas pelos ACE durante as visitas domiciliares ou de modo informal, tem pouca valorização pela equipe de saúde da família. Além disso, relatam que seu trabalho junto às famílias foi destacado por trazer benefícios à comunidade.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To identify the activities of Endemic Diseases Combat Agents (Agentes de Combate às Endemias - ACE) in the work process of the Family Health Teams (FHT), from the reports of their activities. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional study, with 57 ACEs who work in conjunction with the FHTs in Patos de Minas, MG, and answered a self-administered questionnaire with closed and open questions, in February 2012. **Results:** The majority were female (n=46, 81%), between 31 and 40 years old (n=24, 42%), less than six years working as agents, each accounting for 800 households on average, performing 31 daily visits, and who had not attended the Introductory Training Course. In the staff meetings, although they felt integrated into the FHTs, over 50% have failed to provide the information obtained, nor the needs of families. **Conclusion:** Most ACEs feel integrated into the family health teams but the absence of the introductory course, prior to starting work on the program, seemed to contribute to the lack of information regarding the work process in the Family Health Strategy (FHS). It was evidenced that the information and knowledge of the families' reality, which are seized by the ACEs during home visits or informally, have little appreciation on the part of the family health team. Despite that, they report that their work with the families stood out for bringing benefits to the community.

Descriptors: Primary Health Care; Health Promotion; Family Health Strategy.

Marcelo Marques Oliveira⁽¹⁾
Gisélia Gonçalves de Castro⁽¹⁾
Glória Lúcia Alves Figueiredo⁽¹⁾

1) Universidade de Franca - UNIFRAN -
Franca (SP) - Brasil

Recebido em: 16/04/2016
Revisado em: 18/07/2016
Aceito em: 16/08/2016

RESUMEN

Objetivo: Identificar las actividades de los Agentes de Combate a las Endemias (ACE) en el proceso de trabajo de los equipos de Salud de la Familia (SF) a partir de los relatos de sus actividades. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal con 57 ACE que trabajan en los equipos de SF de Patos de Minas (MG) y que contestaron el cuestionario auto aplicable con preguntas tipo test y de desarrollar en el periodo de febrero de 2012. **Resultados:** La mayoría era del sexo femenino (n=46, 81%), entre 31 y 40 años (n=24, 42%), con menos de seis años de trabajo como ACE, cada uno responsable por una media de 800 domicilios, que realiza 31 visitas al día y que no haya participado del Curso Introductorio de Formación. En las reuniones de equipo aunque los ACE se sintiesen integrados al equipo de SF, más del 50% no ha conseguido presentar las informaciones conseguidas y las necesidades de las familias. **Conclusión:** La mayoría de los ACEs se sienten integrados a los equipos de salud de la familia, sin embargo, la ausencia del curso introductorio antes de empezar el trabajo en el programa parece que ha contribuido para la falta de informaciones sobre el proceso de trabajo en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Se evidenció que las informaciones y el conocimiento de la realidad de las familias visitadas por los ACE en las visitas domiciliarias o de manera informal tienen poca valorización por el equipo de salud de la familia. Además, relatan que su trabajo con las familias se destacó por los beneficios a la comunidad.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Promoción de la Salud; Estrategia de Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

Em 1994, visando o fortalecimento da atenção básica, o Ministério da Saúde (MS) anunciou a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), na tentativa de ampliar a cobertura e o acesso ao sistema de saúde e de substituir o modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no espaço hospitalar⁽¹⁻³⁾.

No entanto, só a partir de 1998 o programa se consolidou como estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde que priorizava ações pautadas nos princípios da territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e equidade, em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Também fazia parte da proposta o trabalho interdisciplinar e em equipe na perspectiva de que a ruptura com o modelo hegemônico do trabalho em saúde requeria a readequação dos processos de trabalho no interior das Equipes de Saúde da Família (EqSF)⁽¹⁻³⁾.

Inicialmente, as equipes eram compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e mais quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A partir

do ano 2000, foram incluídas as equipes de Saúde Bucal. As equipes multiprofissionais de saúde desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as EqSF a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no contexto do SUS^(1,4-6).

A unidade de Saúde da Família trabalha com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Uma unidade de SF poderá atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Este critério deverá ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local⁽⁷⁾.

A base de atuação das equipes são as Unidades Básicas de Saúde, incluindo as atividades de visita domiciliar (VD) com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco⁽⁷⁾.

Considerados esses aspectos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se destacando como estratégia para reorganização da atenção básica à saúde na lógica da vigilância e da educação em saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da saúde^(1,6,7).

Em 2003, o MS reorganizou a área de epidemiologia e controle de doenças, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). A cargo da Vigilância em Saúde (VISA) ficaram a vigilância e o controle das doenças transmissíveis, das doenças e agravos não transmissíveis e da situação de saúde; a vigilância ambiental em saúde; a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária⁽⁸⁾.

A SVS assumiu como prioridade político-institucional, a integração entre a atenção básica e a vigilância em saúde, como descrito no Plano Anual de Trabalho de 2008⁽⁹⁾. Nesse contexto, um importante passo estabelecido para a integração e fortalecimento das ações de vigilância em saúde na atenção básica, mais especificamente junto à ESF, foi a inserção dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) nas equipes.

O ACE tem como atribuição o desempenho de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças endêmicas e infectocontagiosas e a promoção da saúde;

atividades de educação para a saúde e de comunicação; e a execução de programas de saúde, todas desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor. Espera-se que essas ações sejam complementares e compartilhadas com os profissionais das EqSF, tendo como base o território de referência^(10,11).

Os critérios que regulamentam a incorporação do ACE ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, encontram-se na Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010 do MS⁽¹²⁾.

Esta Portaria Ministerial revela a busca pela integralização da atenção à saúde com a inserção deste novo agente e oferece o embasamento necessário para legalização e inserção deste profissional nas EqSF. Entretanto, uma das condições necessárias para sua efetivação diz respeito à representação que os ACE têm da sua atividade⁽¹²⁾.

As representações possibilitam a compreensão do conhecimento social de um determinado grupo, pois atuam como um sistema capaz de capturar a complexidade também do processo de trabalho das equipes, considerando as relações e as ações do indivíduo em seu contexto⁽¹³⁾.

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de equipe na atenção básica, constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS. Baseados nos estudos dos processos de trabalho em saúde, parte-se do pressuposto de que os instrumentos e os agentes são elementos que precisam ser examinados de forma articulada, pois somente na sua relação recíproca configuram um processo de trabalho específico^(14,15).

Assim, o objetivo desse estudo foi identificar as atividades dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (SF) a partir dos relatos de suas atividades.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal, que buscou identificar, a partir dos depoimentos dos ACE, suas percepções sobre as atividades desenvolvidas junto às famílias e EqSF.

O conjunto e as relações de percepções, opiniões e atitudes que determinado grupo estabelece a respeito de determinado fenômeno social acabam por lhe atribuir significados próprios, estabelecendo, assim, a representação daquele fenômeno social. As representações sociais podem, então, ser definidas como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada⁽¹⁶⁾.

A noção de representação social diz respeito a um sistema de valores, ideias e práticas sobre um determinado fato ou objeto construído socialmente e ancorado nas

experiências do grupo que as elaborou. Não são meras reproduções ou reações a estímulos exteriores determinados; antes, são sistemas que possuem uma lógica própria, com uma linguagem particular e com diferentes níveis de apreensão crítica da realidade e expectativas⁽¹⁷⁾.

De fato, a representação de um dado objeto não se constrói isoladamente e deve ser estudada articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais; e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual elas intervêm⁽¹⁶⁾.

O estudo foi desenvolvido no município de Patos de Minas, Minas Gerais. A Secretaria Municipal de Saúde conta com 206 Agentes Comunitários de Saúde, destes 88 atuam como Agente de Combate às Endemias (ACE). Para a participação na pesquisa, usou-se como critério de inclusão os ACEs terem sido contratados mediante concurso público, estarem atuando nas equipes de Saúde da Família e concordarem em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o que resultou em 70 ACEs.

Desse total, foram excluídos 13 agentes, sendo oito por trabalharem como supervisores de áreas endêmicas, quatro agentes por encontrarem-se em licença saúde e um agente por estar em licença maternidade, resultando em 57 participantes, o que representa uma amostra de 64,7% da população.

Os serviços de saúde do município compreendem atendimentos básicos e especializados, ambulatoriais e hospitalares, atendimentos de urgência e emergência, e serviços de apoio diagnóstico, atendendo a esfera pública e privada. Estão organizados em 5 (cinco) hospitais, sendo 1 (um) público, 2 (dois) privados e 2 (dois) que atendem pelo sistema público e privado.

A rede pública de saúde é composta por 17 (dezesete) Unidades Básicas de Saúde, 1 (um) ambulatório de especialidades, 1 (uma) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) tipo 1, com atendimento 24 horas, e 38 (trinta e oito) ESFs.

Cada Unidade de ESF é composta por uma equipe multiprofissional, sendo um médico, um enfermeiro, um técnico de Enfermagem, um dentista (na maioria das ESF), 05 agentes comunitários de saúde e 02 ACEs por ESF em média.

Para o alcance do objetivo proposto foi desenvolvido um questionário autoaplicável, semiestruturado, com perguntas fechadas e abertas, constituído por três partes: características demográficas e pessoais; atividades desenvolvidas; e integração dos ACE junto às famílias e às EqSF.

As perguntas da primeira parte se referiam aos dados demográficos e pessoais, incluindo idade, sexo e nível de escolaridade. Em seguida, oito questões abordavam a atividade profissional anterior; o tempo de trabalho como ACE; a capacitação profissional inicial; os cursos de capacitação posteriores; o número de famílias sob sua responsabilidade; o número de visitas domiciliares realizadas por dia; o acesso aos resultados do seu trabalho para a equipe; e quem, em geral, recebe os ACE nos domicílios. Finalmente, foram incluídas questões que abordaram a autopercepção quanto ao desempenho nas atividades de orientação, receptividade e interação com a equipe e as famílias; resultado do trabalho junto às famílias e a importância do trabalho do ACE.

Os participantes foram convidados pela Secretária de Saúde e pelo chefe do Setor de Vigilância Ambiental do município para uma reunião, na qual o pesquisador apresentou a pesquisa, seus objetivos e, posteriormente, realizou o convite para participação neste estudo. Aos que aceitaram foi agendado o dia, local e horário para a aplicação do questionário e assinatura do TCLE. Os ACE que, por algum motivo, não compareceram a essa reunião, foram novamente contactados por telefone e convidados a participarem do estudo.

A coleta dos dados ocorreu no mês de fevereiro do ano de 2012, no Centro de Treinamento em Saúde (CTS) da Secretária de Saúde do município de estudo, no horário das 13h às 17h. Os ACEs foram divididos em oito grupos, sendo que, a cada dia, quatro grupos, em horários diferentes, responderam ao questionário. A escala para o comparecimento contendo os nomes, datas e horários foi afixada no setor de trabalho dos ACEs pela coordenação do setor. Para os que aceitaram, mas não puderam comparecer na data, foi agendado outro dia com os mesmos procedimentos de coleta dos dados. Após o preenchimento, os questionários sem identificação foram colocados em uma caixa lacrada, com uma pequena abertura, que só foi aberta após a entrega do último questionário.

Para manter o anonimato dos entrevistados, os questionários foram nomeados pela letra V, seguida da numeração em que se apresentaram. Os principais depoimentos dos ACEs foram agrupados na tentativa de detectar dificuldades e expectativas em relação às famílias e equipes.

Considerando as características da pesquisa, os dados quantitativos dos questionários foram transcritos, armazenados em planilhas Excel 2007, da Microsoft, e submetidos à análise de frequência absoluta e percentual, sendo apresentados em forma descritiva através de tabelas. Quanto aos dados qualitativos oriundos das perguntas abertas, estes foram registrados na íntegra e analisados por

meio da Análise de Conteúdo⁽¹⁸⁾ fundamentada no quadro conceitual da Promoção de Saúde⁽¹⁹⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFRAN, segundo protocolo nº. 11230112.7.0000.5495, considerando a Resolução 466/2012 e atendendo aos preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

Dentre os 57 participantes, 46(81%) eram mulheres. A distribuição de faixa etária mostrou predomínio na faixa de 31 a 40 anos e com ensino médio completo (Tabela I).

A data de contratação e início das atividades de 36 (63%) participantes foi em 2006. Relativo ao processo de formação dos ACEs, o Curso Introdutório de Formação para iniciar o trabalho na ESF não foi realizado por 29 (51%) participantes, ainda que 49 (86%) relatem terem participado de cursos de capacitação promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo a maioria oferecido com intervalos superiores a um ano. Sobre as reuniões promovidas pelas EqSF, 43(75,5%) ACEs relataram participar.

Observou-se que mais de 35(61,5%) participantes têm sob sua responsabilidade de 800 a 1000 imóveis, e que 54(95%) realizam diariamente mais de 31 VDs (Tabela I).

A visita domiciliar proporciona um momento de encontro com as famílias. Para essa atividade, foi questionado quanto à recepção no domicílio. Verificou-se que, em 49 (86%) Vds, os ACEs foram recebidos pelas donas de casa. Em 7 (12%) depoimentos, os ACEs relataram serem bem recebidos.

“(...) sou sempre bem recebida” (V7).

“(...) eu, na verdade, não recebi nenhuma recusa” (V8).

“(...) não tenho este tipo de problema, sou sempre bem recebido na minha área” (V9).

Entretanto, em 50(88%) relatos, os ACEs manifestaram que não foram bem recebidos pelos familiares, conforme depoimentos a seguir:

“(...) às vezes ficam com medo, pois ultimamente está acontecendo tantas coisas, como roubo, violência etc. Na maioria das vezes, são só em casas da classe média alta por achar que não precisam do nosso trabalho e orientação, e por achar que tem dinheiro e nunca pode adoecer” (V10).

“(...) acredito que, na maioria das vezes, o motivo de recusa seja a falta de informação a respeito do trabalho de combate que é desenvolvido em seu bairro” (V11).

Tabela I - Perfil e características do trabalho realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACEs) segundo sexo. Patos de Minas, Minas Gerais, 2012.

Variáveis	n=57(%)	Sexo	
		Masculino n=11(%)	Feminino n=46(%)
Faixa etária			
20 a 30	17(30%)	5(45,5%)	12(26%)
31 a 40	24(42%)	1(9%)	23(50%)
41 a 50	11(19%)	3(27,3%)	8(17,5%)
Acima de 50	5(9%)	2(18,2%)	3(6,5%)
Escolaridade			
Ensino fundamental	2(3,5%)	0	2 (4%)
Ensino médio	41(72%)	8(73%)	33(72%)
Ensino médio incompleto	8(14%)	1(9%)	7(15%)
Superior	6(10,5%)	2(18%)	4(9%)
Distribuição das moradias			
Abaixo de 800	2(3,5%)	0	2(4%)
Entre 800 a 1000	35(61,5%)	3(27%)	32(70%)
Acima de 1000	11(19%)	8(73%)	3(6,5%)
Não respondeu	9(16%)	0	9(19,5%)
Visitas realizadas			
Menos que 10	0	0	0
Entre 11 e 20	1(1,5%)	0	1(2%)
Entre 21 e 30	2(3%)	0	2(4%)
Acima de 31	54(95%)	11(100%)	43(94%)

“(...) talvez por medo ou vergonha de seu quintal estar sujo” (V12).

A recepção nas residências passa por diversas situações, mas a recusa da visita impede o trabalho do ACE. Ao serem questionados sobre a conduta tomada, eles relataram:

“(...) tento explicar qual o meu serviço ali na casa deles, sou educada. Tento insistir para fazer o meu trabalho, se ela não deixar, não insisto mais. Entro em contato com meu supervisor e ele toma as providências cabíveis” (V13).

“(...) passo a informação para meu supervisor” (V14).

“(...) agradeço a atenção e sigo em frente. No dia a dia, na tentativa de resgate, vou passando até que eu encontre outra pessoa que resida na casa e que seja mais compreensiva” (V15).

Ao serem questionados sobre as dificuldades com as atividades de orientação, seja com temas pertinentes à função ou com temas que ultrapassam as orientações de saúde, foram relatadas as seguintes situações:

“(...) sobre outras doenças, política, algum assunto que não for do meu serviço” (V16).

“(...) sobre o PSF, pois não sei como funciona” (V417).

“(...) sobre marcação de consulta, não podemos enganar

o morador. Falta médico nas unidades e varia muito (troca de profissionais)”(V18).

A dificuldade em abordar temas em que não estão preparados também pode desencadear dificuldades no trabalho do ACE. No entanto, mediante a observação e escuta de problemas, eles buscam dar respostas para a sua resolução. Entre os relatos destacamos:

“(...) oriento onde ela deve procurar ajuda e procuro me informar se tem alguém para ajudar” (V19).

“(...) geralmente me restrinjo apenas a realizar o meu trabalho como ACE”. (V20).

“(...) comunico ao meu supervisor que repassa ao coordenador para tomarem as providências cabíveis. Obs: se for violência chamo a polícia sem me identificar, para não comprometer o serviço” (V21).

Quanto às reuniões em equipe, os ACE relataram sobre sua participação:

“(...) nas reuniões é passado por alto as ações praticadas” (V1).

“(...) tenho que confessar que deveria como servidor da saúde e cidadão questionar e interar dos resultados, ter interesses comuns” (V2).

“(...) eles não tem interesse nem eu” (V3).

Para o componente técnico do trabalho em equipe, a realização do trabalho sem o retorno do resultado das suas ações pareceu desmotivar os ACEs. Embora não consigam ter visibilidade junto às reuniões de equipe, a percepção que eles têm do seu trabalho junto às famílias foi destacada por trazer benefícios à comunidade, como observado nos seguintes depoimentos:

“(...) quando volto e retiram material reciclável do quintal ou providenciou tampa da caixas d’água” (V4).

“(...) a organização, o costume, o respeito pelos moradores, o interesse em ajudar. (...) A amizade conquistada durante a visita. A confiança. Os direitos e deveres do cidadão” (V5).

“(...) quando você chega na residência ou empresa e não encontra nada que acumula água nem quintal sujo, ou seja, aí você vê que suas solicitações estão sendo bem aceitas” (V6).

“(...) orientar sobre as formas de prevenção e combate à dengue” (V24).

“(...) é onde recebo o salário para cuidar da minha família, então valorizo e gosto muito do que faço, e procuro fazer com responsabilidade, me dedico o máximo, pois a saúde das pessoas depende do meu trabalho, devo estar sempre pensando no outro, na qualidade de vida” (V26).

Relativo ao componente social do trabalho em equipe, observamos um aspecto positivo nas relações interpessoais entre os ACEs e os profissionais da EqSF. Ao serem indagados sobre a integração com a EqSF, verificou-se que em 39(70%) relatos os ACEs se sentem integrados às equipes.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas do presente estudo revelaram que a maioria dos ACEs é do sexo feminino, com idade abaixo de 40 anos, tem o ensino médio completo e, no máximo, seis anos de experiência de trabalho como ACE^(20,21).

Nos diversos relatos dos ACEs inseridos nas equipes de SF desse estudo, evidenciaram-se os conflitos decorrentes da posição dos atores e serviços, mediante a lógica e as condições do processo de trabalho em que se inserem. Observou-se também que o objeto de trabalho é complexo, que os agentes não estão totalmente preparados para o trabalho, e os instrumentos parecem ser insuficientes para darem conta de apreender e responder às necessidades de saúde da população^(22,23).

No setor da saúde, as situações são complexas, pois o objeto de trabalho seria o atendimento às necessidades dos indivíduos que requerem, entre outras coisas, instrumentos

também complexos, já que lidar com a saúde das pessoas é lidar com algo inesperado⁽²⁴⁾.

A ESF utiliza de modo central a epidemiologia para construir seu conhecimento de mundo das necessidades de saúde e para instrumentalizar suas ações em torno da vigilância à saúde. Além disso, a complexidade do mundo das necessidades de saúde é tal que muitos outros saberes, além da epidemiologia e da clínica, deveriam ser chamados. Outros campos do conhecimento competente precisariam ser mobilizados, por exemplo, o das ciências humanas, que estuda o homem como indivíduo nos processos relacionais, implicados com a produção de ações acolhedoras, de vínculos, de escutas qualificadas e mesmo com as responsabilizações e compromissos que estes processos comportam⁽²⁾.

Relativo às ações dos ACEs no processo de trabalho da EqSF, deve-se considerar que as ações e atividades de cada elemento da equipe não são individuais, mas coletivas, conjuntas e complementares dos vários indivíduos integrantes da EqSF a serem realizadas no processo de trabalho das equipes de SF. Além disso, deve-se considerar que todos esses profissionais têm formação distinta e pertencem a uma dada sociedade^(25,26).

Constatou-se que os ACEs desse estudo receberam pouca capacitação para cumprir sua atuação e isso faz com que eles desenvolvam seu trabalho pautado em suas experiências de vida. Eles apresentaram sérias limitações na realização das suas atividades. A ausência do curso introdutório antes de iniciar o trabalho no programa pareceu contribuir para a falta de entendimento do seu papel no processo de trabalho da equipe⁽²⁷⁾.

O processo formativo do ACE deveria contemplar conhecimentos relativos a doenças de interesse para a saúde pública, assim como noções básicas de saneamento e meio ambiente, de forma a contribuir para o alcance da saúde da população no que tange à prevenção de doenças e promoção da saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde em processos formativos, além de incentivar a organização das ações e dos serviços. A implantação dessa política implica o trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino. A capacitação seria uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde^(18,25,28,29).

A qualificação da prática dos profissionais de saúde, portanto, é uma ferramenta que possibilita a mudança na abordagem do paciente, da família e da comunidade, e a reorientação da atenção, sobretudo porque são esses profissionais que executam as ações de educação em saúde, importantes para os objetivos da ESF, para a promoção da saúde e para a vigilância sanitária^(23,30).

Os ACEs participantes deste estudo trabalham em áreas delimitadas com média de 800 a 1000 imóveis e fazem acima de 31 visitas/dia considerando 8 horas diárias de trabalho, estando em conformidade com as Diretrizes Nacionais. A portaria 1007/MS de 2010 define critérios para regulamentar a incorporação do ACEs na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de SF. Destaca, no Art. 4, que eles devem cumprir carga horária de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais. Espera-se que haja compatibilização dos territórios de atuação das equipes para o planejamento, programação, monitoramento e avaliação integrados⁽¹²⁾.

Cabe destacar a diferença deste tipo de ação quando realizada pelo ACEs. A VD deveria ser realizada em conformidade com o horário do morador, para que este possa acompanhar a inspeção, de tal forma que o ACE possa transmitir as informações sobre o trabalho realizado e cuidados com a moradia. Os dados sobre a VD deveriam ser anotados em formulário próprio, no qual ficariam registrados a data, o endereço completo e os procedimentos adotados durante a inspeção do imóvel.

Na Atenção Básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, a busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde, entre outras. Os instrumentos do processo de trabalho das equipes analisadas neste estudo foram a VD e as reuniões de equipe. Em cada VD, o ACE coleta informações significativas não só para o controle das doenças, pois, em cada encontro com a comunidade, é possível conhecer um pouco mais sobre a realidade das famílias⁽³¹⁻³³⁾.

É no espaço familiar que o ACE, assim como os integrantes da EqSF, deveria estreitar os laços e, nas relações interpessoais, criar vínculos com a população. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais deveria ser capaz de contribuir para a humanização da atenção por envolver as pessoas nos cuidados com a saúde da sua família e comunidade, potencializando a participação ativa do sujeito na vigilância e promoção da saúde, além de possibilitar ao agente conhecer mais sobre as pessoas e o cotidiano das famílias da sua área de abrangência⁽³⁴⁾.

De acordo com a cartilha do MS, o ACE deveria se reunir regularmente com a equipe de SF para planejar ações conjuntas e trocar informações sobre febres suspeitas de dengue; sobre evolução dos índices de infestação pelo *Aedes aegypti* na área de abrangência; sobre índices de pendências; sobre criadouros preferenciais e as medidas que estão sendo ou serão adotadas para melhorar a situação. As reuniões deveriam ser realizadas com a participação de todos os integrantes da equipe e é recomendado que ocorram no início ou término dos períodos, em horários diferentes e pré-estabelecidos para cada equipe⁽³⁵⁾.

Quanto à participação dos ACEs desse estudo nas reuniões da ESF, verificou-se que 24,5% (14) não participaram de nenhuma reunião e 75,5% (43) participaram uma vez por semana (58%). Embora compareceram às reuniões, os ACEs não perceberam que suas informações seriam capazes de contribuir para a efetivação das ações de saúde propostas pela SF. Nota-se, segundo os relatos dos ACEs desse estudo, que as informações obtidas nas VDs não encontraram espaço entre as reuniões de equipe.

Relativo ao componente social do trabalho em equipe, observou-se um aspecto positivo nas relações interpessoais entre os ACEs e os profissionais das equipes de SF. Ao serem indagados sobre a integração com as equipes de Saúde da Família verificou-se que, em 70% (39) dos relatos, os ACEs se sentem integrados às equipes de SF.

Para o componente técnico do trabalho em equipe, a realização do trabalho sem o retorno do resultado das suas ações pareceu desmotivar os ACEs. Embora não consigam ter visibilidade nas reuniões de equipe, a visão que eles têm do seu trabalho desenvolvido com as famílias é destacada por trazer benefícios à comunidade.

Seria necessário um tipo de gerência que não fizesse o profissional se desinteressar pelo ato cuidador. Um profissional de saúde que trabalha de forma automática tende a não se interessar pela promoção de saúde e a qualidade do atendimento tende a cair⁽²⁴⁾.

Trabalhar em equipe seria trabalhar de forma horizontalizada, desenvolvendo ações integradas, aglutinando o saber e os sujeitos desse saber, e considerando as singularidades da prática de cada profissão, na perspectiva de construir propostas e ações coerentes com as necessidades da população. A comunicação entre os profissionais seria o denominador comum do trabalho em equipe, uma vez que decorre da relação recíproca entre trabalho e interação^(34,36).

A ESF, que se propõe a romper com o modelo biomédico vigente, necessitaria de profissionais com o perfil proposto pelo programa. A insuficiência desses profissionais, especialmente na gestão dos serviços, dificulta o planejamento de ações e a discussão numa dinâmica de trabalho coletivo, e compromete o fluxo de informações de seus múltiplos agentes^(37,38).

Deve-se considerar que as atividades atribuídas aos ACEs não são apenas atividades de um indivíduo, mas atividades coletivas, conjuntas e complementares, de vários indivíduos integrantes da equipe, a serem realizadas no processo de trabalho das equipes de SF. Além disso, deve-se considerar que todos esses profissionais têm formações distintas e pertencem a uma dada sociedade.

Istoperia ser favorecido pela utilização de mecanismos que permitissem o envolvimento e a participação em novas formas de funcionamento do programa. O processo de

trabalho na ESF requer múltiplos sujeitos para darem conta da totalidade das ações, demandando a recomposição dos trabalhos com vistas à assistência integral^(39,40).

Tendo em vista o objetivo da pesquisa, os achados estão relacionados apenas à percepção dos ACEs que participaram do estudo e limitam-se por não serem representativos de todos os profissionais. Após o encerramento do estudo, ainda ficou a necessidade de retornar ao campo para compreender melhor as inter-relações estabelecidas no cotidiano da ESF, em que o processo de trabalho dos ACEs acontece.

A alteração da atenção à saúde das pessoas, substituindo as práticas convencionais de assistência pela atenção integral, implica em um novo processo de trabalho, o que requer, entre outros, flexibilidade nos limites das competências profissionais e espaços de formação e de capacitação contínua, pois só a inclusão de mais um profissional não será capaz de garantir a eficácia das ações na atenção à saúde. Se faz necessária a articulação entre os sujeitos e os saberes, assim como maior dedicação das equipes às famílias.

A incorporação do ACE nas equipes de SF, com ações de controle de doenças e proximidade com a população, buscando a participação das famílias na promoção da saúde e na resolubilidade de problemas de saúde, demonstra potencial para efetivação de ações coletivas, conjuntas e complementares para o atendimento à saúde de forma integral em prol da promoção da saúde.

CONCLUSÃO

A maioria dos ACEs se sentem integrados às equipes de saúde da família, contudo, a ausência do curso introdutório antes de iniciar o trabalho no programa pareceu contribuir para a falta de informações sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Evidenciou-se que as informações e o conhecimento da realidade das famílias apreendidas pelos ACEs durante as visitas domiciliares ou de modo informal tem pouca valorização pela equipe de saúde da família. Além disso, seu trabalho junto às famílias foi destacado por trazer benefícios à comunidade.

Nesse sentido, sugere-se um movimento de reconhecimento e valorização desses atores, pois a incorporação do ACE nas equipes de saúde da família demonstra potencial para efetivação do atendimento à saúde de forma integral, resolubilidade dos problemas, controle de endemias e participação das famílias em prol da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política

nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

2. Merhy EE, Franco TB. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate*. 2002;26(60):118-22.
3. Teixeira HV, Gonçalves VBG. Gasto público com a saúde no Brasil: possibilidades e desafios. In: 1º Jornada da Economia em saúde; São Leopoldo; 2004 [acesso 2013 Jul 2] Disponível em: <http://www.abres.cict.fiocruz.br/docs.htm>.
4. Nascimento MS, Nascimento MA. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(2):333-45.
5. Silva VHM, Sales R, Aragão K, Cavalcante AL. Uma avaliação econômica do programa saúde da família sobre a taxa de mortalidade infantil. *Textos para Discussão do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE)*. 2010;86 [acesso em 2010 Abr 10]. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/textos_discussao/TD_86.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da família (ESF) e o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo*; Brasília; 2016 Out 21 [acesso em 2016 Set 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
7. Ministério da Saúde (BR), 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.
8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS; 2007.
9. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). *Planificação da atenção primária à saúde nos Estados*. Brasília: CONASS; 2011. (Progestores. Nota Técnica - 04/2010).
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BR), Departamento de Gestão da Educação

- na Saúde. Diretrizes e orientações para o programa de qualificação dos agentes de combate às endemias e demais agentes que atuam em vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família [acesso em 2010 Abr 10]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html
 13. Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Psicologia social, representações sociais e métodos. *Temas Psicol.* 2000;8(3):287-99.
 14. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2002;55(4):392-8.
 15. Peduzzi M, Schraiber LB. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009.
 16. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro; 2001. p. 187-203.
 17. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes; 2003.
 18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
 19. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 20. Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMSL, Bornstein VJ. Gender and healthcare work: a critical view of community health agents' work. *Interface Comun Saúde Educ.* 2012;16(420):751-65.
 21. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(1):231-40.
 22. Musse JO, Marques RS, Lopes FRL, Monteiro KS, Santos SC. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(2):525-36.
 23. Silva TL, Dias EC, Ribeiro ECO. Knowledge and practices of community health agents in workers' healthcare. *Interface Comun Saúde Educ.* 2011;15(38):859-70.
 24. Abrahão AL. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe-se Promoção Saúde.* 2007;3(1):1-3.
 25. Faria H, Werneck M, Santos MA. *Processo de trabalho em saúde*. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
 26. 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.
 27. Lima AP, Corrêa ACP, Oliveira QC. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(1):121-7.
 28. Silva JS, Fortuna CM, Pereira MJB, Matumoto S, Santana FR, Marciano FM, et al. Supervision of Community Health Agents in the Family Health Strategy: the perspective of nurses. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):895-902.
 29. Monteiro MAGS, Previtali FS. A política de formação profissional dos agentes comunitários de Saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. *Rev Labor.* 2011; 5(1):141-63.
 30. O'Dwyer G, Tavares MFL, Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. *Interface Comun Saúde Educ.* 2007;11(23):467-84.
 31. Brito RS, Ferreira NEMS, Santos DLA. Atividades dos agentes comunitários de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da família: revisão integrativa da literatura. *Saúde Transform. Soc.* 2014;5(1):16-21.
 32. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis (Rio J).* 2011;21(3):899-915.
 33. Santos TS, Saliba NA, Moima SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(Supl 1):1023-8.
 34. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(7):2147-56.

-
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
36. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl 1):873-80.
37. Pontes ALM, Bornstein VJ, Giugliani C. O agente comunitário de saúde em Angola: desafios para sua atuação e para a formação profissional em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2012;9(3):521-33.
38. Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta V. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4295-306.
39. Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. Joy and sadness in the daily activities of community health agents: scenarios of passions and emotions. *Interface Comun Saúde Educ*. 2013;17(46):575-86.
40. Pedrosa IL, Lira GA, Oliveira B, Silva MSML, Santos MB, Silva EA, et al. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(2):319-32.

Endereço do primeiro autor:

Marcelo Marques Oliveira
Universidade de Franca - UNIFRAN
Avenida Dr. Armando Salles Oliveira, 201
Bairro: Parque Universitário
CEP: 14404-600 - Franca - SP - Brasil
E-mail: marcelomarqueso@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Gisélia Gonçalves de Castro
Universidade de Franca - UNIFRAN
Avenida Dr. Armando de Sáles Oliveira, 201
Bairro: Parque Universitário
CEP: 14404-600 - Franca - SP - Brasil
E-mail: giseliagcastro@gmail.com