



**UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (MPSF)**

**RAFAELA LINS DE OLIVEIRA DIAS**

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO PROPAGADOR DE  
PROMOÇÃO DA SAÚDE: perspectivas e práticas**

**CRATO/CE**

**2023**

Rafaela Lins de Oliveira Dias

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO  
PROPAADOR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:  
perspectivas e práticas

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
Profissionalizante em Saúde da Família  
pertencente a Rede Nordeste de Formação  
em Saúde da Família, Universidade  
Regional do Cariri.

Orientadora: Dra. Gislene Farias de Oliveira

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde

CRATO/CE

2023

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO PROPAGADOR DE PROMOÇÃO  
DA SAÚDE: perspectivas e práticas**

Rafaela Lins de Oliveira Dias

Dissertação aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ pela banca  
examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

---

Profª. Dra. Gislene Farias de Oliveira  
Orientadora  
Universidade Federal do Cariri - UFCA

---

Prof. Dr. Marcos Cicero Cruz Macedo  
Membro  
Universidade Federal do Cariri - UFCA

---

Profª. Dra. Maria Corina Amaral  
Membro  
Universidade Regional do Cariri-URCA

Dedico este trabalho à minha família e aos profissionais da Atenção Primária à Saúde que trabalham para a construção de um SUS de todos.

## AGRADECIMENTOS

Chegar ao final de um trabalho acadêmico é indubitavelmente muito desgastante, no entanto, é também um momento de muita alegria, visto que exatamente nessa hora iremos agradecer a todos aqueles que fizeram parte dessa nossa trajetória, aqueles que durante estes anos de nossas vidas nos fizeram rir, chorar, compartilhar estresses e alegrias, que nos aconselharam, orientaram e principalmente torceram por nós! A realização de um mestrado é percurso longo, que carrega consigo marcas de que se expressa desde a escolha do tema da pesquisa à forma como ela é conduzida. Até a conclusão do trabalho contribuições de muitas pessoas se fazem necessárias de modo que é um exercício perigoso a tentativa de nomear a todos.

É com o coração repleto de alegria e gratidão que expresso meu muito obrigada, no sentido pleno da expressão, a todas as pessoas que de diferentes formas colaboraram para a construção desta pesquisa. Contribuições que se fizeram ajudas efetivas para a concretização das entrevistas e discussões teóricas sobre o tema.

Agradeço primeiramente a Deus, porque nele estão as fontes da Sabedoria e do Conhecimento. Ele é o autor da vida, meu pai, meu refúgio, fortaleza, consolo, abrigo, o grande autor de todas as minhas realizações.

Aos meus filhos, pelo amor imensurável e minha fonte de inspiração e força, Bernardo e Messias Neto.

Aos meus pais, por terem me criado e me ensinado a importância dos estudos. Cheguei até aqui e creio que valeram os esforços. Agradeço o estímulo, a compreensão, e o amor. Obrigada pelo investimento.

Ao meu esposo, Homero pelo incentivo e apoio.

Aos meus irmãos por todo amor e carinho de sempre.

Aos meus colegas de mestrado pelo apoio, amizade e contribuições na construção deste trabalho. Em especial a minha amiga de vida, Luanna Alves sem ela tudo teria sido bem difícil, foi amiga, companheira e incentivadora de todas as minhas conquistas. Amo-Te!

A Coordenação, aos professores e secretaria do Mestrado RENASF-URCA por todos os ensinamentos e contribuição no meu crescimento pessoal e profissional.

A minha Orientadora, Profa. Dra. Gislene Farias pelas preciosas contribuições neste trabalho. Obrigada por todo apoio e compreensão nessa jornada. Meus sinceros agradecimentos e reconhecimento.

Aos amigos do “Sextou” pela torcida e amizade de sempre.

Aos meus colegas de trabalho, que me ajudaram durante todo o processo, em especial a Carla Heloisa por toda contribuição e ajuda, em nome dela, estendo meus agradecimentos a todos.

Por fim, os principais agradecimentos desse trabalho: aos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados nessa pesquisa. Obrigada pelos depoimentos sinceros e emocionados, pelas trocas, pela construção mútua da fonte de pesquisa, pela confiança e carinho.

“Sábio é aquele que de todos aprende” (Provérbio Chinês)

## RESUMO

Com o advento da reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde, evidenciou-se a necessidade de adoção de práticas em saúde que abordassem o indivíduo como um único, mas ressaltando que os resultados por ele obtidos são produtos do meio em que ele está inserido, garantindo ainda a minimização da utilização do modelo biomédico de saúde, que se trata de um modelo meramente curativo e abordando a saúde como um completo bem estar, nos aspectos biológico, psicológico e social. Nesse contexto surge o conceito de Promoção da Saúde, que está relacionado às ações de prevenção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva como um todo. Para que a Promoção da Saúde seja efetiva na Atenção Primária à Saúde são necessários alguns personagens e, entre eles está inserido o agente comunitário de saúde (ACS), responsável por relacionar a unidade de saúde e a comunidade. O presente estudo buscou por meio de entrevistas e questionários semi-estruturados, conhecer a realidade dos ACS atuantes na cidade de São José de Piranhas-PB. Com os resultados foi possível traçar o perfil do mesmo e observar que eles, em sua maioria, conhecem o conceito de Promoção da Saúde, conhecem ainda formas de aplicá-lo na prática de trabalho e foram capazes de destacar algumas dificuldades como falta de incentivo, falta de reconhecimento por parte da população, entre outros. Também foram capazes de expor sugestões para melhoria do trabalho, como a realização periódica de reuniões e planejamentos, melhora na estrutura de trabalho, etc. Deste modo, ficou claro que os ACS's necessitam de uma formação continuada no que diz respeito à promoção em saúde, além de incentivos que venham a melhorar o exercício profissional e, conseqüentemente, a saúde de toda comunidade.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde. Saúde Pública. Promoção da Saúde.

## **ABSTRACT**

With the advent of health reform and the creation of the Unified Health System, the need to adopt health practices that addressed the individual as a single person became evident, but emphasizing that the results obtained by him are products of the environment in which he is inserted, still ensuring the minimization of the use of the biomedical model of health, which is a merely curative model and approaching health as a complete well-being, in the biological, psychological and social aspects. In this context, the concept of Health Promotion emerges, which is related to prevention, maintenance and recovery of individual and collective health as a whole. For Health Promotion to be effective in Primary Health Care, some characters are needed and, among them, the CHA is inserted, responsible for relating the health unit and the community. The present study sought, through interviews and semi-structured questionnaires, to know the reality of the CHA working in the city of São José de Piranhas-PB. With the results, it was possible to profile them and observe that they, for the most part, know the concept of Health Promotion, know ways to apply it in work practice and were able to highlight some difficulties such as lack of incentive, lack of recognition by the population, among others. They were also able to make suggestions for improving the work, such as holding periodic meetings and planning, improving the work structure, etc. Thus, it became clear that the CHA's need continuous training with regard to health promotion, in addition to incentives that will improve professional practice and, consequently, the health of the entire community.

**Keywords:** Community Health Agent. Public health. Health promotion.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS**

FIGURA 1.: Mapa de localização da cidade.

TABELA 1.: Atividades desenvolvidas pelos ACS, no que se refere à promoção da saúde e frequência de realização.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

**GRÁFICO 1.:** Sexo dos Agentes Comunitários de Saúde

**GRÁFICO 2.:** Principais ações da competência A e frequência.

**GRÁFICO 3.:** Principais ações da competência B e frequência.

**GRÁFICO 4.:** Principais ações da competência D e frequência.

**GRÁFICO 5.:** Principais ações da competência E e frequência.

## **LISTA DE SIGLAS**

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
3.1	O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	19
3.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	21
3.3	O TRABALHO INTERDISCIPLINAR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	26
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	26
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	26
4.4	PROCEDIMENTOS E PASSOS .....	27
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	28
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>53</b>
	ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	53
	ANEXO 2 - FORMULÁRIO DE ATIVIDADES DO ACS.....	56

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	65
ANEXO 4 – TERMO DE ANUÊNCIA.....	67
ANEXO 5 – LEI 14.536 DE 20/01/2023.....	68

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem da cultura de modelo curativo, que demanda insumos e tecnologias, muitas vezes não disponíveis, e que elevam os custos do tratamento médico assistencial. Com o movimento da Reforma Sanitária, a partir da segunda metade da década de 1970, foram surgindo alternativas para enfrentar os problemas relacionados à saúde. Esse movimento de luta pela democracia e pelos direitos sociais foi forte influência para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que teve seu regulamento através da Constituição de 1988 e buscou reordenar as ações e serviços de saúde (HORTA, 2009).

Ainda de acordo com o autor acima citado, o SUS busca o cumprimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade da saúde, através da descentralização governamental, com gestão única em cada esfera de governo e a criação de mecanismos de participação popular e de controle social.

O SUS divide a sua atuação em níveis de complexidade, que vai desde à atenção primária à alta complexidade, no que diz respeito ao menor nível de complexidade, a Atenção Primária à Saúde (APS) busca a prevenção e promoção da saúde em toda sociedade, de forma à minimizar doenças e agravos delas decorrentes. A APS passou por diversas tentativas de organização, desde a sua criação, até a atualidade. Sendo implantados diversos modelos nas distintas regiões do Brasil, resguardando as peculiaridades de cada uma. O Programa Saúde da Família (PSF) foi, sem dúvidas, o registro mais importante da APS, caracterizando-se por um programa mais abrangente de cuidados primários de abordagens interna e externa. Devido ao seu potencial, o PSF passou a ser chamado Estratégia Saúde da Família (ESF), dado a sua capacidade de reorientação e reorganização do modelo imperante curativo, para uma assistência integral à saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A ESF se norteia através de princípios como o enfoque na pessoa/família, o vínculo do serviço de saúde com o usuário, a integralidade e coordenação no atendimento, a articulação da rede assistencial, a participação da sociedade e a atuação dos diversos setores (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A ESF vem se revelando como elemento potencializador e oportuno rumo à construção de uma nova ética social, alicerçada nos princípios do acesso, territorialização, acolhimento, humanização e criação de vínculo com o usuário,

inscrevendo a intersectorialidade como campo de saber e prática e possibilitando mudanças no modelo técnico-assistencial. Utilizando-se o conceito de construção social do processo saúde-doença, a ESF lança mão de estratégias de intervenções nas ações e políticas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação. Busca atuar não apenas no componente biológico, mas também considera o sujeito em suas relações sociais, políticas e culturais. Essa concepção inclui o ambiente, o meio social e o estilo de vida, com a perspectiva de otimizar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, elegendo a família e seu espaço social como núcleo central de abordagem (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

A intervenção da ESF sustenta-se na concepção da necessidade de repensar as ações de saúde sob a égide de outro paradigma, com vista a superar a lógica da assistência centrada no atendimento individual e curativo para o da prevenção de agravos e, sobretudo, o da promoção da saúde (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

Como um dos principais desafios colocados para a consolidação do SUS, a implementação e o funcionamento da ESF tem se revelado de formas diferenciadas em sua dinâmica, evolução, fortalezas e dificuldades na busca da qualificação da atenção à saúde (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

Nesse contexto, a promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia que norteia sua construção, capaz de contribuir para a superação de problemas e desafios que dificultam ou impedem avanços indispensáveis à consolidação do modelo técnico-assistencial (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

Nesse contexto surge a definição de promoção da saúde, uma atividade de diversos setores, envolvendo ações do governo, saúde, demais setores sócio produtivos e ações individuais, de famílias e sociedade, a fim da melhoria das condições de saúde e vida. Para que a promoção da saúde ocorra são necessárias estratégias como: estabelecer políticas públicas saudáveis; criar ambientes propícios à saúde; ação da comunidade; desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde (BRASIL, 2017).

A Promoção da Saúde, compromisso constitucional do SUS, vincula-se à concepção expressa na Carta de Ottawa, documento em que 35 países ratificaram como ações de saúde aquelas que objetivem a redução das iniquidades em saúde, garantindo oportunidade a todos os cidadãos para fazer escolhas que sejam mais

favoráveis à saúde e serem, portanto, protagonistas no processo de produção da saúde e melhoria da qualidade de vida (MALTA et al., 2014).

As ações em promoção da saúde se devem concretizar nos lugares em que as pessoas moram, nas escolas e no trabalho, ou seja, nos lugares em que as pessoas vivem, sob diferentes contextos. Para se adotar e colocar em prática os princípios e as estratégias de promoção da saúde são necessários o envolvimento de diversos

segmentos da sociedade (mobilização social) e dos diversos setores da governança pública (intersetorialidade) e tem como objetivo a melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, o maior desenvolvimento humano. A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor da saúde no seu senso estrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros. Pode ser entendida então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis (SANTOS, 2016).

Frente a isso, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) surge como uma figura “central” para atender a diferentes perspectivas da prática sanitária e reorientação do modelo de atenção pela ESF/ABS voltadas para Promoção da Saúde. A última atualização da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), traz consigo as atribuições do ACS na APS, citam como principais a prevenção de doenças, a promoção da saúde por intermédio de atividades individuais e coletivas, o desenvolvimento de ações educativas e o incentivo à participação popular na busca da promoção da ‘qualidade de vida’. Destacam-se as ações direcionadas, em sua grande maioria, para a dimensão de risco por fatores isolados ou situações (risco ambiental, sanitário e social), eixo central a ser controlado, monitorado e prevenido no âmbito local (BRASIL, 2017).

A estratégia de reorganização da prática de atenção à saúde encontra no papel do ACS, a síntese dos elementos no aspecto político/comunitário e no monitoramento/intervenção técnica como espaço de intercessão entre o reconhecimento do contexto e as condições de vida dos sujeitos/comunidade e o redimensionamento da intervenção técnica biomédica local, constituindo a singularidade do trabalho desse profissional (LOPES et al., 2011).

Diante do exposto surge a problemática: o ACS, com seu conhecimento adquirido, entende o conceito de promoção da saúde e o aplica no seu dia-a-dia com a comunidade?

O presente trabalho justifica-se por entender que o ACS é um promotor da saúde, quando possui o conhecimento necessário e o passa para a comunidade, diminuindo assim, os números relativos à problemas de saúde dentro do ambiente a qual estão inseridos. É sabido que a efetividade de uma intervenção de promoção da saúde é reconhecida quando seus resultados são favoráveis ou exitosos, em condições de vida real com sustentabilidade.

A partir dos dados aqui obtidos será possível mensurar o grau de instrução dos ACS's envolvidos na pesquisa, bem como traçar estratégia de manutenção/melhora nas atividades educativas da categoria, o que impacta positivamente o exercício profissional e, conseqüentemente, a saúde da população.

Através deste estudo será possível nortear os ACS quanto à promoção da saúde, seus benefícios para a saúde pública e as conseqüências que a sua falta acarreta, de modo a elencar estratégias que melhorem a qualidade do serviço.

Além de contribuir ao acervo de estudos na área e para futuras pesquisas relacionadas ao tema.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar as ações de saúde realizadas pelos ACS, em termos de Promoção da Saúde, com base nas cinco competências propostas pelo Ministério da Saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos ACS;
- Identificar as concepções dos ACS sobre promoção da saúde;
- Exemplificar as ações dos ACS em termos de Promoção da Saúde;
- Identificar as dificuldades enfrentadas pelos ACS no seu trabalho de promoção da saúde;
- Elencar suas sugestões para melhoria do seu trabalho na comunidade onde atuam.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) foi criado no ano de 1991, e reformulado para Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano de 2004, que por sua vez, foi um marco para o SUS e uma referência para a implementação do PSF e, conseqüentemente, ESF (MACIEL et al., 2020).

Ainda segundo o autor acima citado, a atuação do ACS está bem documentada na legislação, sendo ele parte importante da equipe multidisciplinar da ESF, que tem por foco fazer a mediação entre os serviços de atenção primária e as famílias inseridas nas comunidades a qual trabalham, visando assim a promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma continuada e integral.

A partir de 2017, a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro definiu as seguintes atribuições do ACS:

“- estimular a participação da comunidade nas políticas públicas; orientar as famílias quanto ao uso adequado dos serviços de saúde; identificar, por meio de visitas domiciliares periódicas e monitoramento das famílias, situações de risco; aferição da pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar durante a visita domiciliar, encaminhar casos e situações de risco identificados aos outros membros das equipes de saúde; auxiliar no planejamento e implementação das ações de saúde tanto localmente, ao encaminhar informações do território de abrangência para as ESF, quanto nacionalmente, alimentando dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).”

Uma das principais atuações do ACS é a visita domiciliar, pois a partir dela é possível conhecer a realidade de sua comunidade, além de fazer trabalhos de orientação e encaminhamento aos serviços de referência e ainda a construção de vínculos com as famílias, fazendo com que eles tenham confiança no trabalho desse profissional. De o Ministério da Saúde, a visita deve ser realizada mensalmente, mas alguns estudos já demonstram que a diversidade de atividades e rotinas impostas aos ACS, como, por exemplo, cadastramento do cartão SUS, Programa Segurança Alimentar, Bolsa Escola, muitas vezes não consideradas inerentes às funções do profissional, podem influenciar a regularidade e a qualidade da visita domiciliar (SILVA et al., 2016).

O Ministério da Saúde, para realizar o pressuposto na Constituição Federal em relação aos princípios básicos do SUS, no que se refere à organização tradicional dos serviços de saúde, implantou em todo o país, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como proposta de mudanças no paradigma de assistência pública tradicional à saúde.

A regulamentação da profissão ocorreu em 2002 (Lei 10.501). De acordo com um levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica/SPS do Ministério da Saúde, em outubro de 2002, estima-se, no Brasil, a existência de 173.593 agentes comunitários em atuação, com maior concentração na Região Nordeste (75.138 ACS) (FREIRE et. al., 2021).

Especialmente no Ceará, a experiência com os ACS se destaca por ter sido o primeiro estado que institucionalizou o Programa de Agentes de Saúde (PAS), contribuindo para o desenho da proposta que viria a ser criada pelo Ministério da Saúde, com o nome de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (FREIRE et. al., 2021).

Na Paraíba, o PACS foi implantado no ano de 1991 em 85 municípios. Este total representava quase 50% dos municípios do Estado que, naquela época, eram 171. Mesmo com objetivos claros, a organização do PACS foi complicada considerando injunções políticas diversas, a heterogeneidade dos municípios e a complexidade do processo de descentralização, tendo avançado muito pouco até 1994. A partir desse ano, foi retomado e intensificado o processo de implantação, chegando a uma cobertura de mais de 96% dos municípios em 1997 (LIMA e MOURA, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde é um profissional *sui generis*. Deve residir na própria comunidade, ter perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades, e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida e realizar o cadastramento e acompanhamento das famílias.

Os agentes comunitários de saúde têm papel importante dentro da atenção primária, com a reformulação do programa para reduzir a mortalidade materno-infantil por meio da promoção de saúde e prevenção de doenças com atendimento domiciliar. Os ACS ainda atuam na criação de vínculos com a comunidade, promovendo humanização, acolhimento e responsabilização. Os agentes

comunitários ainda orientam a população sobre o uso e acesso aos serviços do sistema de saúde, realizam ações de vigilância em saúde, como acompanhamento das famílias em sua área de ação, além de desenvolver atividades de informação à população e de prevenção de doenças e agravos.

Recentemente a profissão de Agente Comunitário de Saúde foi regulamentada pela Lei nº 14.536 de 20 de janeiro de Janeiro de 2023, que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica (Anexo 5).

### 3.2 PROMOÇÃO À SAÚDE

A promoção da saúde visa à superação do modelo biomédico, mas para tanto é preciso considerá-la como um processo transformador, capaz de melhorar as condições de vida e saúde da população. Ou seja, é essencial intensificar ações e estratégias de promoção da saúde, com base na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que impulsiona as transformações necessárias na realidade de saúde da população, haja vista que estas práticas se caracterizam por ter uma concepção holística, intersetorial, de empoderamento comunitário, participação social, busca da equidade, ações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e desenvolvimento de ações multiestratégicas e sustentáveis (BECKER. HEIDEMAN, 2020).

A PNPS traz como princípios a equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrassetorialidade, sustentabilidade, integralidade e a territorialidade (BRASIL, 2014).

O profissional de uma equipe do ESF se caracteriza dentro da comunidade coma gente de construção do conhecimento técnico-científico, atrelado aos saberes empíricos dos usuários, realizando a construção de pensamentos críticos e reflexivos. A autonomia é uma das ferramentas passadas pelo servidor para o cliente, interferindo no processo saúde-doença. Desta forma a função dos membros das equipes de cada estratégia é guiar a comunidade para um olhar de prevenção, autocuidado e responsabilidade frente ao adoecimento, práticas que promovem a saúde (DANTAS, 2010).

### 3.3 O TRABALHO INTERDISCIPLINAR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde vem passando por diversas transformações, dentre elas a mudança do modelo de saúde biomédico, modelo meramente curativo e voltado à medicalização, para o modelo biopsicossocial, que vê o indivíduo em seu todo. Dentro desta nova realidade vem a termo a interdisciplinaridade em saúde, em especial na atenção básica, Estratégia Saúde da Família, que é um sistema multidisciplinar, devendo ser também interdisciplinar (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, reconhece que a atenção básica se sustenta na Estratégia Saúde da Família, sendo de obrigatoriedade do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde a assistência para que os municípios estabeleçam a saúde da família nos seus sistemas de saúde (BRASIL, 2012).

Para que a efetivação da AB e para que o modelo da ESF seja eficaz, é necessário que seja trabalhada a interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade pode ser dita como uma maneira de compreender e solucionar questões do dia a dia. Consiste na interação entre teoria e prática, processo de elaboração de conhecimento e atitude, com base nas relações de trabalho coletivo, derivados das mais distintas profissões. Necessita de diálogo, para que seja concretizado (SHERER; PIRES, 2011).

O trabalho em equipe está dentro da interdisciplinaridade, de modo que, como disse Figueiredo (2011) é um dos desafios mais iminentes, pois os profissionais de saúde desde sua formação não foram preparados para tal atividade e propôs, para melhor efetividade da prática, reuniões coletivas onde sejam bem delimitadas as ações de cada profissional e da equipe, gerando um contínuo aprendizado e resolução dos problemas de maneira positiva.

Santos e Cutolo afirmam que:

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico (...). O espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. (...) podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e

técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados (p. 37)

Para Nascimento e Oliveira (2010) a Estratégia Saúde da Família necessita mais do que técnica para se solidificar, os profissionais envolvidos devem trabalhar com atenção, responsabilidade, compromisso e respeito, de modo que garanta ao usuário um cuidado efetivo e um estreitamento de vínculos, características necessárias para o profissional da atenção básica. Dentro do quesito respeito, pode-se citar o respeito as diferenças como peça chave nesse processo, onde o atendimento deve ocorrer da mesma forma para todos aquele que o procuram, fazendo com que os usuários sintam-se seguros e à vontade, o que facilita a adesão ao tratamento e estreita vínculos. Neste estudo a comunicação mostrou-se característica importante dentro do trabalho multiprofissional na ESF, sendo indispensável a comunicação clara entre colegas de trabalho e entre profissionais e usuários, o que otimiza os resultados a partir da troca de experiências e de conhecimento.

O trabalho em equipe, destacando-se a interdisciplinaridade, é importante para a organização do processo de trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família, visto que trata-se de um ambiente plural e multidisciplinar onde cada especialidade ali presente agregará conhecimentos e práticas adquiridos na sua formação acadêmica, pessoal e profissional, o que corrobora para a melhoria do atendimento e da qualidade de vida dos usuários.

No estudo de Nascimento e Oliveira (2010), após analisar as respostas dos entrevistados, notaram o trabalho em equipe como ainda sendo uma barreira para os profissionais da Estratégia Saúde da Família, onde foi citado que a dificuldade se dá desde a formação acadêmica, onde são instruídos a trabalhar por si e para si, onde o trabalho em equipe muitas vezes exige que se trabalhe dependendo do outro e dentro do ritmo do outro.

Scherer, Pires e Jean (2012) também evidenciaram dificuldades no seu estudo, onde relatou-se que “não se é interdisciplinar o tempo todo” e que a “interdisciplinaridade vem com o amadurecimento da equipe”, e em muitas das vezes esse processo é travado por uma questão cultural, onde a última palavra é a dos médicos, o que põe fim ao processo que vinha sendo construído anteriormente.

Ficou claro que a prática difere da teoria, onde conversa-se muito sobre o que deve fazer, mas a efetivação muitas vezes não acontece.

O trabalho ainda continua dividido, de modo que modelos hierarquizados se mantêm, o que vai contra ao trabalho em equipe multidisciplinar proposto pela ESF, principalmente ao que se refere a subordinação das demais profissões à medicina. A medicalização também continua sendo o centro dos modelos de tratamento, processo que em alguns casos, poderia ser substituído por outros tipos de intervenção (FERTONANI et al., 2015).

Segundo Santos e Cutolo (2003) a dificuldade de interação entre enfermeiro, médico, odontólogo e equipe técnica se dá devido a formação acadêmica de cada um, onde foram instruídos a trabalhar diante do contexto de sua profissão, desconhecendo a função e as particularidades potenciais das outras profissões. Fica evidente que o profissional formado de maneira mais humanizada será capaz de interagir mais facilmente com a equipe e atender as necessidades da população assistida, não atendendo o usuário como mero objeto de intervenção, mas como pessoa única e ao mesmo tempo pluralizada, atendendo suas expectativas em saúde e sociais.

Para Ferro et al. (2014), o modelo curativo ainda é bastante utilizado devido a questão cultural, onde a própria sociedade procura e deseja um atendimento meramente curativo, onde dirigem-se a uma unidade de saúde em busca de medicações e processos que venham cessar apenas a doença que os acometem naquele momento, sem se deter aos problemas que a desencadearam, entre outros.

A equipe mínima da ESF encontra barreiras em ações que não concernem a sua formação, onde muitas vezes fazem papel de psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc. Os profissionais relataram não haver discussão a respeito da implementação de profissionais de outras áreas, sendo praticamente inviável que isto ocorra, o que acaba sobrecarregando os profissionais da equipe mínima e diminuindo a qualidade do atendimento ao usuário (LOCHNECKEL et al., 2009).

O trabalho em equipe depende da visão que cada um tem acerca da prática, é necessário mostrar os benefícios do trabalho em equipe, tal como obtenção de melhores resultados, crescimento como profissional e pessoa, entre tantos outros. Torna-se essencial que todos estejam engajados, com metas e objetivos traçados,

responsabilizando-se de forma solidária com os êxitos e fracassos da conduta da equipe (FRANCISCHINI; MOURA; CHONELLATO, 2008).

Pensar nas ações em equipe ajuda a descentralizar o modelo de saúde a qual estamos inseridos, que é justamente a proposta da ESF, de modo que integrem-se as ações aos usuários inseridos na comunidade a qual procuram atendimento, o que se torna um fator determinante para a efetivação dos modelos de controle e prevenção de agravos propostos pela atenção básica (CERVINSKI et al., 2011)

Para a minimização desses desafios são necessárias intervenções do Ministério da Saúde, de modo a apontar quais caminhos os profissionais devem seguir e estabelecer protocolos passíveis de execução para que se garanta o trabalho em equipe multidisciplinar (CUTOLO; MADEIRA, 2010).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de cunho misto, o que permite uma análise mais profunda do assunto em questão de modo a abordar a temática de forma qualitativa e quantitativa em alguns aspectos.

A respeito da pesquisa exploratória, pode-se considerar àquela que tem por finalidade descrever melhor problemas apontados através de queixas para que se alcancem os objetivos (MAZUCATO, 2018).

No que diz respeito à pesquisa descritiva, caracteriza-se assim por registrar, observar, analisar e correlacionar fatos sem neles interferir (MAZUCATO, 2018).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de São José de Piranhas, localizada no Sertão do Estado da Paraíba, com área territorial de 677 km<sup>2</sup> e estimativa de 20.251 habitantes, aproximadamente, a 503 quilômetros de distância da Capital João Pessoa (IBGE, 2019). O município ao todo, apresenta em seu território 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

FIGURA 1.: Mapa de localização da cidade.



FONTE: CUALBONDI, 2022.

### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram sujeitos da pesquisa os ACS que trabalham nas 10 UBS da cidade de São José de Piranhas-PB. A cidade conta com um total de 50 ACS. Foram incluídos na pesquisa todos os sujeitos que aceitarem a participação, através do

preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que atuem na função há, no mínimo, 01 ano. Foram excluídos da pesquisa, aqueles que, voluntariamente, se negaram a participar da mesma, como também ACS que estavam afastados do serviço, seja por motivo de atestado médico, férias, licença maternidade, entre outros.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: PASSOS

O procedimento da pesquisa foi realizado da seguinte forma:

- Aplicação do questionário do perfil sociodemográfico (ANEXO 1) e um formulário para mostrar as ações e a frequência realizadas pelos ACS (ANEXO 2), construído de acordo com as cinco competências elencadas pelo Ministério da Saúde. Os instrumentos foram baseados na pesquisa de Santos (2005).

Todo procedimento foi realizado em datas e horários pré-estabelecidos. Inicialmente a pesquisadora se apresentou e explicou o teor da pesquisa, bem como a garantia de sigilo. Ao aceitar participar, o indivíduo assinou o TCLE, em duas vias, em seguida se deu o início aos questionários, deixando claro ao participante que ao sentir-se desconfortável com qualquer das perguntas ou quanto ao posicionamento da pesquisadora, poderia pedir para que a entrevista seja suspensa ou interrompida, tendo o livre arbítrio de deixar de participar a qualquer momento.

Após a coleta dados, deu-se início a intervenção a respeito da padronização das atividades a serem desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, através da confecção de um POP (Procedimento Operacional Padrão) que será a eles apresentado e terão encontros para treinamento e educação em saúde, relacionados à prática profissional e o papel dos mesmos na promoção da saúde.

#### 4.5 PROCESAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados utilizando roteiro de entrevista semiestruturado e coleta de dados sociodemográficos de identificação dos participantes. Os dados coletados foram transcritos.

Os dados qualitativos foram categorizados e analisados segundo a análise de conteúdo de Laurence Bardin (2010).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa foi norteadada a partir de normas e diretrizes que obedeceram a Resolução 466/12, publicada dia 13 de junho de 2013, na edição Nº 112, do Diário Oficial da União (DOU), a qual incorpora os referenciais básicos da bioética, bem como os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 2013). E também a Resolução 510/16, publicada em 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

Foi garantido todo o esclarecimento necessário, bem como, absoluto sigilo das informações obtidas durante todas as etapas. O responsável assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), constando as principais informações referentes à pesquisa.

A pesquisa, especialmente os questionários, envolveram riscos de desconforto e estresse emocional, mas o pesquisador esteve preparado a minimizar estes riscos, sendo tais riscos mínimos.

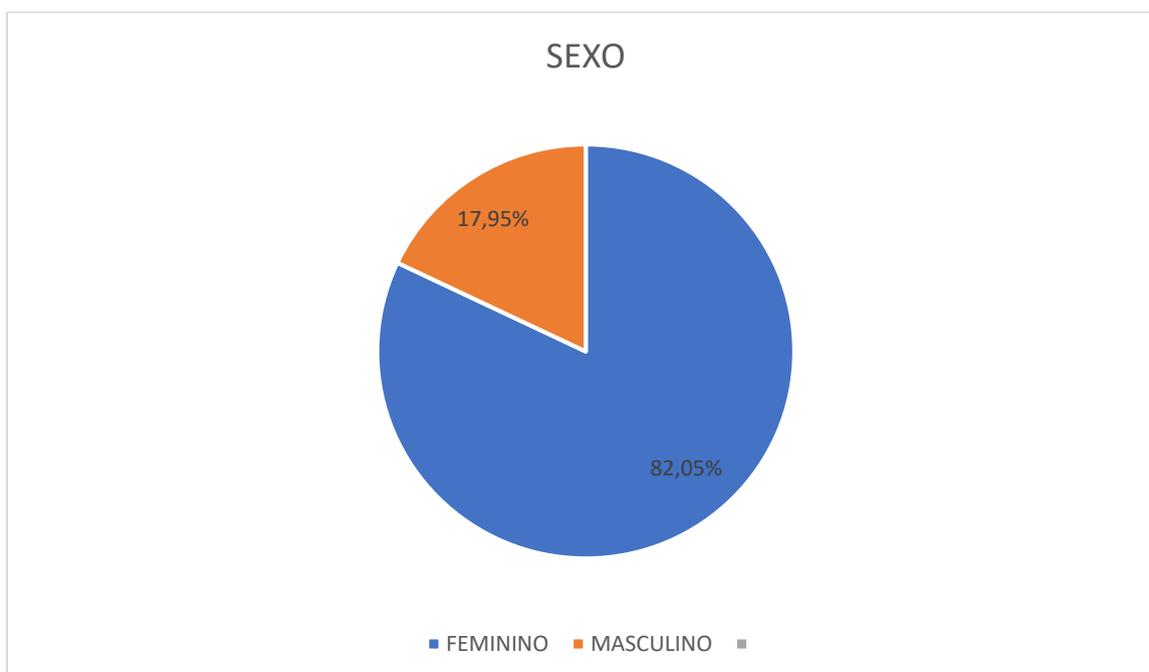
O Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para apreciação sob número de protocolo 68198323.5.0000.5055.

## 5 RESULTADOS

Em atendimento ao primeiro objetivo específico, sobre caracterizar o perfil sociodemográfico dos ACS, os resultados estão dispostos a seguir.

A amostra constou de trinta e nove Agentes Comunitários de Saúde, que responderam aos questionamentos propostos pela pesquisa. O questionário sociodemográfico mostrou que 82,05% dos ACS's são do sexo feminino, conforme mostra o gráfico 01; em sua maioria de estado civil unido (o que inclui casados e em união estável), com nível médio de escolaridade. A média de idade dos mesmos foi de 46,7 anos de idade, tendo o mais jovem 25 anos e o mais velho 68 anos.

**Gráfico 1.:** Sexo dos ACS.



Fonte: Dados da autora, 2023.

Willians (2011), informa que a política de institucionalização dos Agentes de Saúde parece ter um forte direcionamento de gênero, que se relaciona com a experiência de vida dessas trabalhadoras. Talvez isso possa explicar um maior número de mulheres nesta função. Analisando tal hegemonia, observa-se um certo sentido nas várias áreas que envolvem as suas vidas e o seu trabalho, que em alguma medida se contrapõe à cultura dominante, tendo em conta, como também aponta o autor (p. 48-49), que a principal coisa que “um trabalhador produz é sempre

ele mesmo, tanto nas condições específicas do seu trabalho, quanto na ênfase histórica mais ampla dos homens produzindo-se a si mesmos e a sua história". Em resumo, a história do feminino calca-se no cuidado, que é a principal atividade prática dos Agentes Comunitárias de Saúde, de uma maneira geral.

Cem por cento dos ACS's relatou residir no bairro em que trabalham. A média de anos trabalhados foi de 16,4 anos, tendo o maior período de trabalho 31 anos e o menor 1 ano.

O Agente Comunitário de Saúde é um profissional que deve ser proveniente de sua comunidade, portando deverá sim residir na sua área de trabalho, por um certo tempo. Estima-se pelo menos dois anos, de forma a conhecer a realidade e a necessidade de residir no entorno aonde atua (KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2006).

No quesito sobre o que os motivou a ser ACS's, a grande maioria citou "colaborar para melhorar a saúde da comunidade onde vive", seguidos por "gostar da área da saúde" e "gostar de trabalhar com pessoas".

Em atendimento ao segundo objetivo específico, foi indagado sobre três palavras que lhes vêm à cabeça quando ouve a expressão "PROMOÇÃO DA SAÚDE", as palavras mais citadas foram: bem-estar, prevenção e atividade ou exercício físico, cuidado, escuta, melhor qualidade de vida, amor, educação, orientar, proteção, comunidade, saúde, informação, entre outras.

Observe-se que foram citados conceitos-chave relacionados ao que propõe a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), que já recomendaram uma definição em 1990, segundo a qual a Promoção da Saúde seria uma somatória das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva (SALAZAR, 2004). Portanto as palavras eliciadas pelos respondentes, acerca de Promoção da Saúde, são perfeitamente condizentes com a proposta da OPAS e OMS. O que nos leva a crer que os ACS compreendem bem o conceito.

No que diz respeito ao que significa fazer Promoção da saúde, os Agentes de Saúde, em suas respostas, relataram que compreendem como a melhoria da qualidade de vida da população, através de metas estabelecidas. Neste sentido, destacam-se as seguintes falas:

*“É um conjunto de diversos planos como ações individuais e coletivas, melhoria na qualidade de vida dos pacientes, propor um olhar que vai além do tratamento de doenças.”*

*“Promover saúde para todos sem diferenças, proporcionando qualidade de vida aos indivíduos.”*

*“Promoção da saúde é a capacidade de uma pessoa ou comunidade buscar ter uma qualidade melhor de saúde, bem estar biopsicossocial.”*

*“É traçar metas junto as equipes de saúde para promover melhoria na qualidade de vida da população.”*

*“A oportunidade de poder fazer algo, para melhorar a saúde de quem precisa e não tem facilidade em conseguir ou até um médico particular.”*

*“Capacitar e envolver as pessoas e as comunidades a terem um comportamento saudável, incentivando na mudança de hábitos para diminuir o risco de desenvolver doenças.”*

*“Significa acolher sem julgamentos o estilo de vida da família e orientar a partir da sua própria vivência, criando vínculos e incentivando hábitos saudáveis.”*

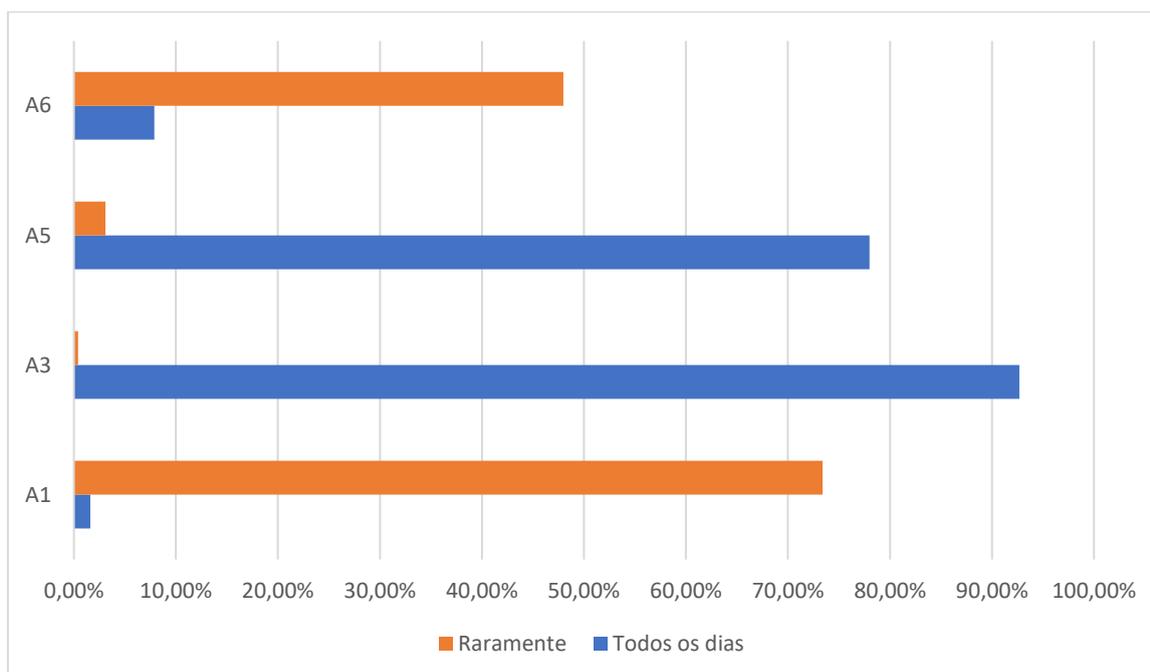
*“Promover ao indivíduo a sensibilização de que para se ter saúde ele precisa desenvolver ações que melhore seu estado físico, mental, social e ambiental.”*

Em atendimento ao terceiro objetivo específico sobre ações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no seu trabalho de promoção da saúde, os mesmos responderam a um formulário dividido por grupos de ações (Competências).

Os dados organizados foram analisados segundo a frequência simples das ocorrências e o agrupamento das possibilidades. Com a finalidade de facilitar a análise comparativa dos dados encontrados nesta pesquisa, consideramos as frequências de ocorrências “diariamente” e “raramente”.

A competência A discorre sobre a interação da equipe com a população local, que dispõe sobre as visitas domiciliares, cadastramento, reuniões em equipe, entre outros; a frequência mais estabelecida pelos profissionais participantes foi a diária. O gráfico 2 demonstra as principais ações realizadas na competência A e a comparação entre as frequências “todos os dias” e “raramente”.

**GRÁFICO 2.:** Principais ações da competência A e frequência.



**FONTE:** Dados da autora, 2023.

A1 – Participa das reuniões em equipe;

A3 – Empenha-se para executar as ações propostas pela equipe;

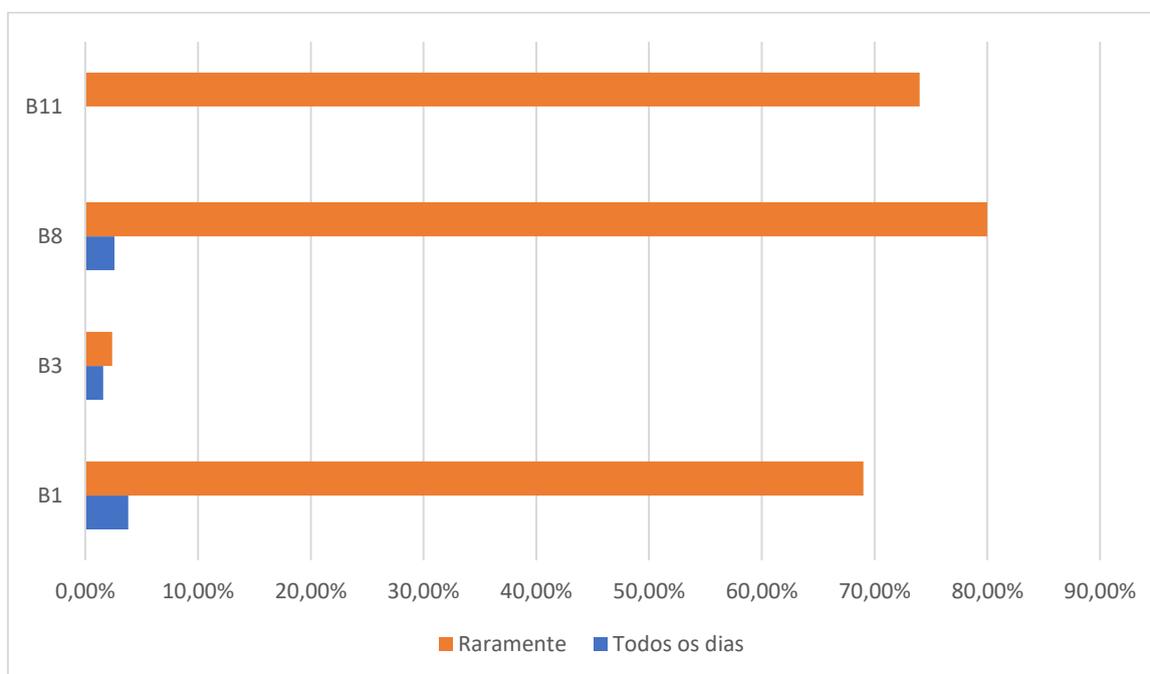
A5 – Orienta a comunidade quanto às ações desenvolvidas nos diversos serviços de saúde;

A6 – Traz as necessidades da comunidade, que julga pertinente, para serem discutidas junto à equipe de saúde.

A competência B discorre sobre planejamento e avaliação, que dispõe sobre estímulo e incentivo à participação da população, identificação de risco e planejamento a respeito da resolução dos problemas, a frequência mais marcada foi a semanal, seguida por raramente. O gráfico 3 demonstra as principais ações

realizadas na competência B e a comparação entre as frequências “todos os dias” e “raramente”.

**GRÁFICO 3.:** Principais ações da competência B e frequência.



**FONTE:** Dados da autora, 2023.

B1 – Estimula a população a participar de conselhos locais de saúde e/ou conferências municipais de saúde;

B3 – Informa ao Programa (PACS) sobre os recursos do território de sua microárea de atuação (creches, escolas, associações);

B8 – Informa à comunidade os resultados obtidos no levantamento sobre a saúde da população;

B11 – Elabora junto à sua equipe o plano de ação para atuar na comunidade.

A competência C, por sua vez, discorre sobre a promoção da saúde, foco do presente estudo. Deste modo, a tabela 1 demonstra os dados encontrados:

**TABELA 1.:** Atividades desenvolvidas pelos ACS, no que se refere à promoção da saúde e frequência de realização.

Atividades Desenvolvidas	FREQUÊNCIA				
	Todos os dias	Todos as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
C1	44,8%	18,4%	21,05%	13,15%	2,6%
C2	50%	15,8%	23,7%	10,5%	
C3		2,6%	31,6%	55,3%	10,5%
C4		5,6%	23,6%	60,4%	10,4%
C5	39,5%	10,5%	18,4%	18,4%	13,2%
C6	15,7%	5,6%	23,6%	39,4%	15,7%
C7	71%	2,5%	21%	5,5%	
C8	73,7%	10,5%	15,8%		
C9	65,8%	15,7%	10,5%	5,6%	2,6%
C10	57,9%	18,4%	10,5%	13,2%	
C11	7,9%	18,4%	29%	36,8%	7,9%
C12	10,5%	7,9%	23,7%	47,4%	10,5%
C13	5,6%	5,6%	23,7%	50%	15,1%
C14	50%	10,4%	34%	5,6%	
C15	29%	2,6%	26,3%	34,2%	7,9%
C16		2,7%	15,8%	71%	10,5%

**FONTE:** Dados da autora, 2023.

A Tabela 1 demonstra que os resultados obtidos acerca da frequência de realização das ações que compõem a competência promoção da saúde.

Com relação à ação C1 – Identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida, são realizados diariamente em 44,8% dos casos e raramente em 13,5% dos casos. Isso indica que os ACS, nas visitas domiciliares, buscam identificar os problemas de saúde e relacioná-los com as condições de vida das famílias e da comunidade que está sob seus cuidados.

A ação C2 – Identificar exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade, segundo os ACS que atuam em São José de Piranhas, é realizado num percentual de 50% diariamente e 10,5% raramente. O desenvolvimento dessa ação refere-se à percepção que os ACS têm dado ao realizarem as visitas domiciliares. Os resultados demonstram que os ACS estão muito mais focados na

causa da doença do que nas ações positivas de saúde que a comunidade pode estar desenvolvendo.

Na C3 – Realizar atividades educativas para a comunidade juntamente com o enfermeiro, de acordo com as respostas dos ACS de São José de Piranhas é realizada num percentual de 0% diariamente e 55,3% raramente. Esse resultado mostra uma fragilidade do trabalho em equipe, já que o enfermeiro tem um papel importante na transmissão conhecimentos necessário para que ambos possam atuar junto á comunidade.

Em relação à ação C4 – Realizar atividades educativas com outros ACS, 0% diariamente e 60,4% raramente. Mas uma vez é possível observar as fragilidades de um trabalho em equipe, e uma dificuldade de desenvolver ações coletivas de promoção de saúde com um envolvimento maior de diversas situações que envolvem uma comunidade.

A ação C5 – Realizar sozinho atividades educativas para a comunidade é realizada no percentual de 39,5% diariamente e 18,4% raramente pelos ACS , nesta ação é possível observar que há uma frequência maior na realização de atividades de promoção de saúde, mas ainda são frágeis comparadas a ACS's que realizam raramente esse tipo de atividade, trazendo com isso resultados negativos, já que é papel do ACS desenvolver ações de promoção de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e saúde de sua população.

A ação C6 – Utilizar recursos de informação e comunicação adequados a realidade local é realizada pelos num percentual de 15,7% diariamente e 39,4% raramente. Isso reflete que muitos ACS não conhecem os programas de informação muito menos seu funcionamento, desconhecendo muitas vezes a importância de fornecer informações adequadas para os usuários de acordo com suas necessidades.

Na ação C7 – Estimular os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença, é realizada pelos ACS num percentual de 71,0% diariamente e 5,5% raramente, esse resultado mostra que os ACS estimulam essa reflexão sobre esse processo saúde- doença, proporcionando uma possível construção coletiva sobre os determinantes e condicionantes de saúde.

Na ação C8 - orientar indivíduos quanto ao autocuidado foi de 73,7% diariamente e 0% raramente. Com esse resultado mostra que os ACS entendem sua

importância enquanto profissional de saúde em orientar a importância que cada indivíduo exerce para cuidar e promover qualidade de vida a si mesmo.

Na ação C9 - orientar a população quanto a medidas de proteção à saúde foi de 65,8% diariamente e 5,6% raramente, mostra que no município os ACS orientam a população sobre saúde, medidas de prevenção, como também ajudam a equipe a identificação de casos suspeitos, resultando em um controle maior de doenças.

A ação C10 – Orientar indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos é realizada num percentual de 57,9% diariamente e 13,2% esse resultado mostra que o ACS reconhece como atribuição da categoria e desempenham com frequências as orientações sobre medidas de prevenção de acidentes domésticos.

A ação C11 – Propor ações que utilizem as diversas secretarias existentes no município é realizada num percentual de 7,9% diariamente e 36,8% raramente, com isso, observa-se que o formato de organização das políticas dos setores públicos no município com práticas intersetoriais é inexistente, dificultando a resolutividade dos problemas sociais da população.

Na ação C12 - executa ações que atuam em parceria com outras secretarias existentes no município num percentual de 10,5% diariamente e 47,4% raramente só reforça assim como na C11 a ineficiência de práticas intersetoriais, fragilizando as redes, que visam contribuir para a inclusão social e garantia de direitos.

A ação C13 – Estabelecer parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e outros é realizada pelos ACS num percentual de 5,6% diariamente e 50% raramente mostra que quase não estabelecem esse vínculo.

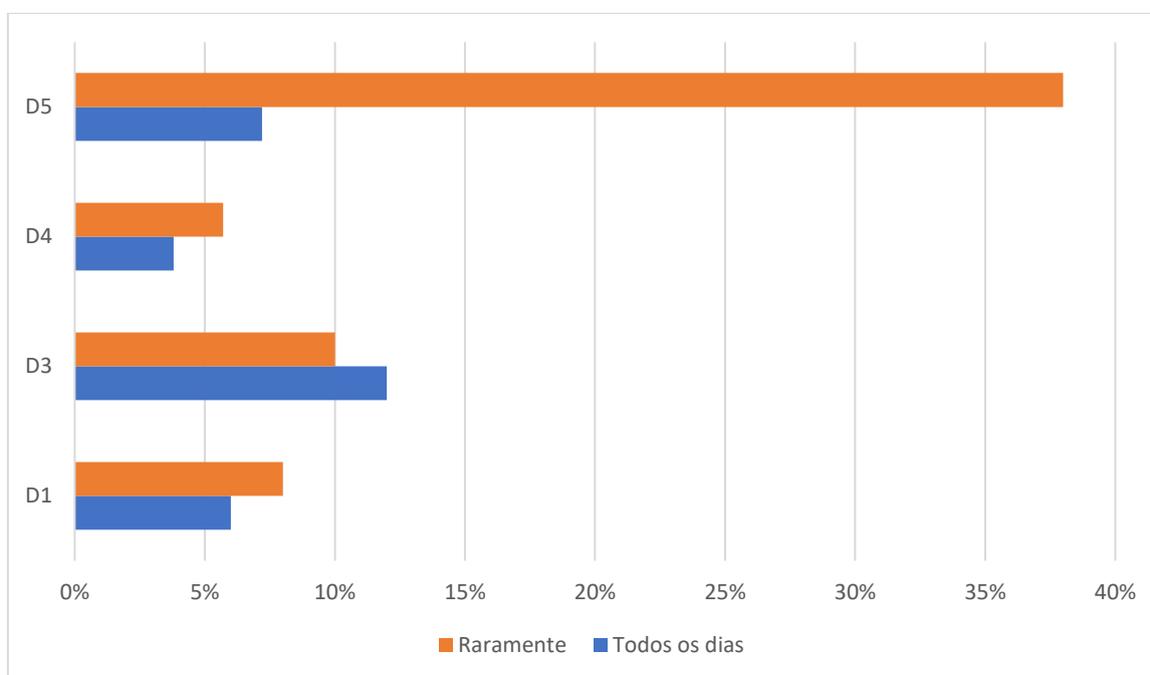
A ação C14 – Orientar a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social é realizada pelos ACS num percentual de 50% diariamente e 5,6% raramente, nesse percentual estabelece que o ACS é o indivíduo que estabelece a comunicação entre a comunidade e o serviço de saúde e com isso, facilita a intervenção no processo de saúde das pessoas com deficiência.

Na ação C15 – Apoiar ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos, 29,0% dos ACS referiram realizá-la diariamente 34,2%, raramente, com esse resultado podemos observar que o ACS faz uma aproximação entre família, escola, comunidade e serviços de saúde.

Na ação C16 – Participar de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais, 0% dos ACS referiram realizá-la diariamente, e 71%, raramente, esse resultado mostra que nem os ACS do município estão envolvidos nesse processo.

A competência D discorre sobre prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário, que dispõe sobre os informes e orientação de situações de risco à comunidade e aos profissionais de saúde, teve como maior frequência escolhida a semanal. O gráfico 4 demonstra as principais ações realizadas na competência D e a comparação entre as frequências “todos os dias” e “raramente”.

**GRÁFICO 4.:** Principais ações da competência A e frequência.



**FONTE:** Dados da autora, 2023.

D1 – Identifica as condições ambientais e sanitárias que provoquem riscos para a saúde da comunidade;

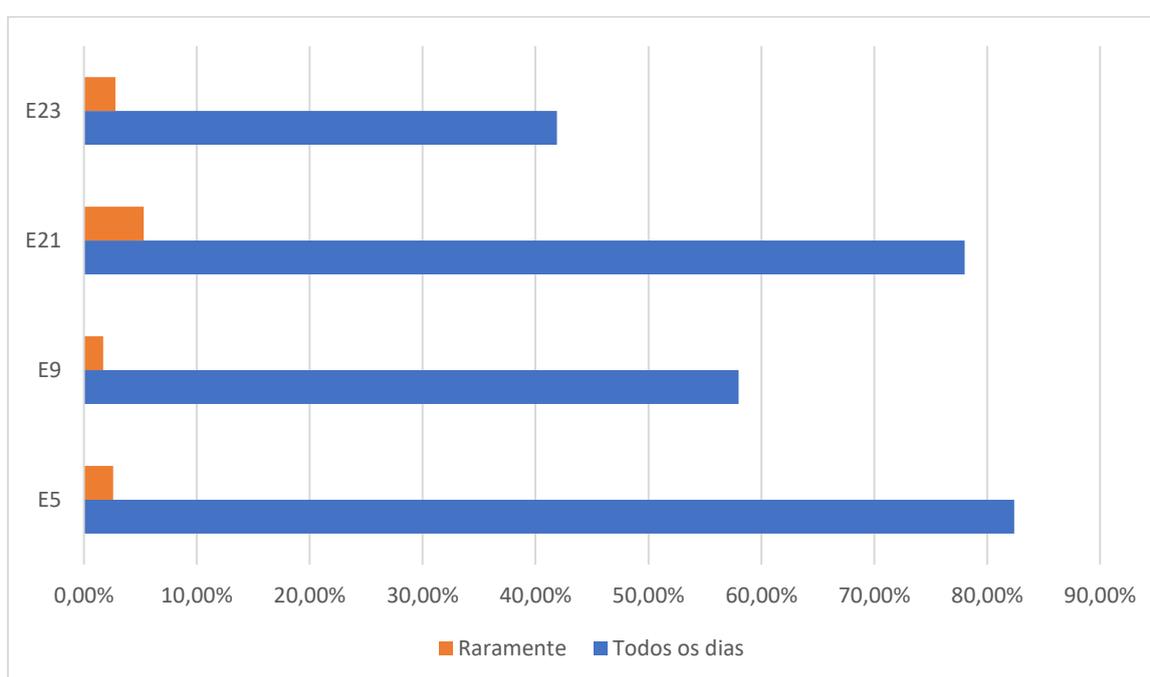
D3 – Informa à população sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação;

D4 – Orienta indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários de saúde;

D5 – Orienta moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente hospitalar.

A competência E discorre sobre Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbididades que fala sobre a identificação, orientação, marcação de consultas, encaminhamento, entrega de medicamentos, entre outros, aos mais diversos grupos como, hipertensos, diabéticos, gestantes, puérperas, crianças, etc., as frequências mais estabelecidas foram a diária e semanal. O gráfico 5 demonstra as principais ações realizadas na competência E e a comparação entre as frequências “todos os dias” e “raramente”.

**GRÁFICO 5.:** Principais ações da competência E e frequência.



**FONTE:** Dados da autora, 2023.

E5 – Agência ou remarca consultas para a comunidade;

E9 – Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos à gestação;

E21 – Solicita o cartão de vacina das crianças nas visitas domiciliares.

E23 – Orienta indivíduos e familiares sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis.

**Em atendimento ao Quarto objetivo específico** sobre as dificuldades enfrentadas no seu trabalho de Promoção da Saúde, foram relatados diversos aspectos, como por exemplo o pouco acesso aos serviços necessários pela

população e ainda em relação ao engajamento da comunidade no trabalho dos agentes comunitários de saúde, seja no recebimento das visitas ou no cumprimento dos programas e campanhas.

*“Muitas vezes dificuldade para encontrar famílias em casa, principalmente quem trabalha, interferência ao direito de privacidade das famílias.”*

*“Recusa das pessoas em tentar fazer os cuidados de saúde como forma de prevenir e promover a saúde.”*

*“Não ter outras equipes de outras áreas e setores multiprofissionais.”*

*“As informações passadas pela secretaria de saúde muitas vezes são por parte ou não são como deveria, falta de reunião em equipe.”*

*“Falta de planejamento adequado, falta de reuniões em equipe com mais frequência para colocar as ações em saúde com eficácia.”*

*“Falta treinamento com os profissionais.”*

*“Fazer a identificação da situação problema-saúde e ter pouca resolutividade.”*

*“Condições de locomoção para áreas de difícil acesso.”*

*“Falta de estrutura física e equipamentos para desenvolver um atendimento de qualidade.”*

*“Incentivos financeiros e a falta de material para o atendimento da população, muitas vezes na unidade. Falta de médicos especialistas em algumas áreas.”*

*“Resistência de algumas famílias às orientações, comodismo dos usuários, falta de capacitações específicas e planejamentos.”*

*“Pouco incentivo da gestão local, falta de uma coordenação de promoção de saúde constituída no município para reorientar essa política pública e o nível de escolaridade da população em que trabalho para compreender alguns assuntos.”*

Em atendimento ao Quinto objetivo específico sobre sugestões para a melhoria do seu trabalho na comunidade onde atuam, foram citadas: uma melhor articulação entre os setores da saúde, o aumento da oferta dos serviços em saúde e do acesso às informações; incentivo à ações individuais e coletivas para aproximação da comunidade aos ACS's e às equipes de saúde.

*Investir mais recursos.*

*Promover promoção e proteção da saúde de forma efetiva que possa inserir e educar a comunidade.*

*Mais informações sobre os procedimentos ofertados, campanhas nos bairros sobre promoção da saúde, mais comunicação com a equipe, planejamento em equipe.*

*Frequência regular de reuniões em equipe, planejamento adequado das ações em saúde com toda a equipe, mais treinamento e capacitações para os profissionais de saúde.*

*Fisioterapia nas UBS, mais incentivo para os profissionais, mais diálogo e união entre a equipe e o gestor.*

*Mais assistência da gestão com transporte, mais atuação da equipe/gestão com divulgação dos trabalhos e funções de cada setor.*

*Geração de grupos específicos, tais como: trabalho com dinâmicas para idosos, incentivos as crianças para melhor aceitação em educação generalizada.*

*Práticas de atividades educativas dentro da comunidade.*

*Planejamento, trabalho em redes, a comunidade entender o nosso trabalho.*

*A minha sugestão é fazer um grupo no zap para passar informações sobre os dias dos médicos especialistas, o dia a data que cada um faz seus atendimentos todo mês e o dia das ultrassom.*

*Palestra na comunidade, reunião mensal com toda equipe de saúde para manter as ações.*

*Haver planejamento para uma visita focada em problemática ou temática "X", e haver capacitação para fazermos uma visita e orientar o usuário.*

*Criação da coordenação de educação em saúde de promoção a saúde para dar melhor embasamento e direcionamento aos profissionais de saúde para atuarem neste sentido, bem como, investimentos para o desenvolvimento das ações.*

Os ACS são a base da ESF, foram inseridos nos serviços para desenvolver ações pertinentes à saúde, seu papel é aproximar as pessoas inseridas em sua área adstrita da UBS por conhecer os problemas enfrentados pela comunidade bem como a cultura das pessoas a qual está sobre sua responsabilidade.

Infelizmente o processo de qualificação dos ACS ainda é desestruturado mesmo hoje existindo uma formação técnica a esses profissionais como o saúde com agente, que está muito fragmentado em tornar esses profissionais técnicos, já que essas tarefas, apesar de priorizarem as linhas de cuidado, impactam no trabalho dos agentes, prejudicando a realização das ações de educação, prevenção e promoção em saúde que ainda muitas vezes é insuficiente para que eles possam desenvolver seu papel de responsabilidade dentro das ESF por desconhecer muitas vezes suas funções a atribuições básicas, além do que é necessário contextualizar tudo isso, de acordo com a realidade local a qual esses ACS esta inseridos. E com isso é possível observar que as dificuldades enfrentadas pelas equipes do município de São José de Piranhas-PB em alcançar as metas definidas para alcance dos indicadores dentre todos preconizados pelo ministério da saúde, o mais acordado ultimamente o Programa Previne Brasil que avalia sete indicadores, está relacionada a falta de capacitação para ACS em relação às atribuições e formação desses profissionais. Diante do exposto é imprescindível que assim como os médicos e enfermeiros, os ACS, tenham qualificações em educação permanente para

conhecerem e desenvolverem suas atribuições de forma dinâmica eficaz e com menos entraves.

Após a análise desses dados observou-se a necessidade de criar um plano de intervenção de educação permanente para os ACS, do município de São José de Piranhas-PB com o objetivo de aumentar conhecimentos teóricos e práticos acerca da sua profissão, de caráter dinâmico com construção de conhecimento, além de conscientizá-los acerca da importância do seu trabalho.

Dessa forma, segue proposto um Plano de Capacitação para os mesmos, com a finalidade de melhorar a compreensão dos mesmos sobre seu papel junto a comunidade e sobre a Promoção da Saúde, que é parte do seu fazer cotidiano.

### **PLANO DE INTERVENÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS ACS DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS-PB**

PROJETO	<p>ASSUNTOS A SEREM TRATADOS NA CAPACITAÇÃO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS .</li> <li>2. Atenção Primária à Saúde.</li> <li>3. APS/Saúde da Família.</li> <li>4. Agente comunitário de saúde: você é “um agente de mudanças:       <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Detalhando um pouco mais as suas ações.</li> </ol> </li> <li>5. O processo de trabalho do ACS e o desafio de trabalhar em equipe:       <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Cadastramento das famílias;</li> <li>5.2 Dando um exemplo;</li> <li>5.3 Mapeamento da área de atuação;</li> <li>5.4 Visita domiciliar.</li> <li>5.5 Trabalhando educação em saúde na comunidade:           <ol style="list-style-type: none"> <li>5.5.1 Como trabalhar educação em saúde na comunidade;</li> <li>5.5.2 Recomendações para as atividades educativas.</li> </ol> </li> <li>5.6 Trabalhando promoção de saúde na comunidade:           <ol style="list-style-type: none"> <li>5.6.1 Atividades coletivas e de apoio;</li> <li>5.6.2 Atividades coletivas em sala de espera;</li> <li>5.6.3 Violência no território e cultura de paz.</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
---------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>5.7 Participação da comunidade.</li> <li>5.8 Redes de atenção a saúde.</li> <li>5.9 Trabalho em equipe</li> <li>5.10 Linhas de cuidado.</li> <li>5.11 Atuação Inter setorial.</li> <li>5.12 Planejamento das ações: <ul style="list-style-type: none"> <li>5.12.1 Etapas do planejamento;</li> <li>5.12.2 Diagnostico;</li> <li>5.12.3 Plano de ação;</li> <li>5.12.4 Plano de execução;</li> <li>5.12.5 Acompanhamento e avaliação.</li> </ul> </li> <li>6. Espaços de discussões, gestão e de controle social: <ul style="list-style-type: none"> <li>6.1 Reuniões de equipe;</li> <li>6.2 Matriciamento;</li> <li>6.3 Colegiado gestor;</li> <li>6.4 Comissão local de saúde.</li> </ul> </li> <li>7. Supervisão do ACS pelo enfermeiro.</li> <li>8. Ferramentas de trabalho: Como e quando utilizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>8.1 ESUS-AB território;</li> <li>8.2 SISVAN;</li> <li>8.3 ESUS-Feedback.</li> </ul> </li> <li>9. Diretrizes para formação: <ul style="list-style-type: none"> <li>9.1 Atuação do ACS na linha de cuidado na urgência e emergência;</li> <li>9.2 Atuação do ACS na linha de cuidado da atenção psicossocial;</li> <li>9.3 Atuação do ACS na linha de cuidado em doenças crônicas;</li> <li>9.4 Atuação do ACS na linha de cuidado da atenção em saúde materna, neonatal e lactante;</li> <li>9.5 Atuação do ACS na saúde do idoso;</li> <li>9.6 Atuação do ACS na saúde do adolescente;</li> <li>9.7 Atuação do ACS na saúde da mulher;</li> <li>9.8 Atuação do ACS na saúde do trabalhador;</li> <li>9.9 Atuação do ACS na saúde da criança;</li> <li>9.10 Atuação do ACS no controle do tabagismo.</li> <li>9.11 Atuação do ACS na tuberculose;</li> <li>9.12 Atuação do ACS na saúde bucal.</li> </ul> </li> <li>10. Ações e ferramentas direcionadas a população mais vulneráveis e de maior risco: <ul style="list-style-type: none"> <li>10.1 Genograma e como elaborar;</li> <li>10.2 Ecomapa e como elaborar.</li> </ul> </li> </ul>
FACILITADOR(ES)	Coordenadores da AB;

	Profissionais de nível superior. Supervisor técnico dos sistemas operacionais do município.
RECURSOS:	Impressão do material didático. Local para a realização das aulas. Liberação dos profissionais.
AÇÕES ESTRATÉGICAS	Apresentar o projeto à equipe e estimular a participação de todos. Organizar a agenda de forma a ter horário suficiente para a realização dos cursos.
DURAÇÃO	Três meses. Com encontros 1x por semana.
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO	Frequência e atividades práticas. Entrega de certificados ao final da capacitação.

## 6 DISCUSSÃO

Acerca do perfil sociodemográfico, estudo de Lima e colaboradores (2021), também estabeleceu que os Agentes Comunitários de Saúde são, em maioria absoluta, do sexo feminino, o que caracteriza a inserção feminina no mercado de trabalho em saúde, além do papel social e cultural da mulher como figura cuidadora.

Sobre a regularidade e frequência das ações a serem realizadas pelos ACS's, a lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, destaca que entre as obrigações deste profissional encontra-se o estímulo à inserção da comunidade nas políticas relacionadas à área da saúde, através da realização de visitas domiciliares, na atenção e notificação das situações de risco à família e a comunidade, e ao fortalecimento e engajamento nos programas de saúde, visando sempre a melhoria da qualidade de vida da população (ANDRADE, 2020).

Estudo de Pinheiro e colaboradores (2019) questionou os ACS's sobre qualidade de vida, destacaram a necessidade de acompanhamento em saúde mental e física, por profissionais específicos da área, além de destacar a necessidade de recursos básicos, reconhecimento do seu trabalho por parte da gestão, organização e planejamento, bem como informação e comunicação.

Em estudo realizado por Dias (2022) observou que existe uma dicotomia no trabalho do ACS: trabalho real - composto por atribuições que os profissionais desempenham nas rotinas de trabalho, no âmbito das possibilidades de trabalho, e trabalho prescrito - contido em documentos orientadores para sua atribuição - e, quando se trata de determinar a dificuldade de descrevê-lo, nem é endossado pelo ACS, ou simplesmente, não tem conforto em fazê-lo.

Ainda segundo o autor supracitado, ao analisar os atributos presentes no seu cotidiano de trabalho, que constituem o seu trabalho efetivo, ainda observamos um predomínio das operações realizadas no território, mesmo que não desenvolvidas com a qualidade esperada pelos ACS, pois são meramente burocráticas HV com viés quantitativo. Com isso, as visitas dos ACS são cada vez mais despojadas da essência da vigilância e da vigilância territorial, devido às pesadas práticas burocráticas que abundam no seu dia-a-dia.

Uma das principais ferramentas de promoção da saúde que o ACS possui é a realização da visita domiciliar, prática que não é exclusiva deste profissional, mas está presente no trabalho de toda equipe de saúde da família, entretanto, o ACS é o

profissional que realiza esta ação com maior frequência e efetividade. As visitas domiciliares possuem como objetivo principal a inserção do profissional na realidade individual de cada família da área e, a partir das observações realizadas, traçar metas a fim de resolver problemas em saúde e encaminhá-los às esferas competentes (SILVA, 2020).

Entretanto, ainda segundo a autora acima citada, muitas vezes o trabalho do ACS caracteriza-se apenas no assistencialismo àquela população, de modo a realizar ações apenas como a entrega de medicamentos de uso contínuo pelos usuários, renovação de receitas e laudos médicos.

Um estudo realizado por Fracolli e colaboradores (2013), buscou avaliar as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, em uma região do estado de São Paulo, e através dele os autores puderam perceber que as ações de promoção da saúde por eles desenvolvidas estavam mais relacionadas à questão do autocuidado, prevenção de doenças e agravos e a identificação de problemas relacionados à saúde, enquanto as ações que dizem respeito à participação social e intersetorialidade costumavam ser menos realizadas, o que demonstra um padrão de trabalho mais centrado na educação em saúde, sem muita atualização do campo profissional, cenário que se repetiu no presente estudo.

O trabalho para garantia de espaço do ACS é contínuo e deve ser fortalecido em todos os aspectos, pois através das ações por eles realizadas é possível mudar o que conhecemos como modelo biomédico e hospitalocêntrico, para um modelo pautado no bem estar biológico, psicológico e social do indivíduo. E é durante as visitas domiciliares que são criados laços e confiança através do diálogo e da escuta ativa, fazendo com que seja possível se atingir os objetivos propostos pela atenção básica e voltados à promoção da saúde (SILVA, 2020).

Um estudo realizado por Silva (2020) demonstrou que uma das maiores dificuldades encontradas pelos ACS's durante o processo de trabalho, é o trabalho em rede com os demais setores da administração pública e a indisponibilidade de serviços a serem ofertados para a população.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo foi possível identificar o perfil dos agentes comunitários de saúde que atuam na cidade de São José de Piranhas-PB.

Através dos questionários por eles respondidos ficaram evidentes diversas questões, como por exemplo, o conhecimento adquirido acerca da promoção em saúde, os desafios e perspectivas para o fortalecimento da profissão, bem como traçar uma estimativa de como as ações são desenvolvidas e a frequência das mesmas na execução dos trabalhos.

Deste modo, observou-se que os ACS's necessitam de uma formação continuada no que diz respeito à promoção em saúde, além de incentivos que venham a melhorar o exercício profissional e, conseqüentemente, a saúde de toda comunidade.

Este estudo é capaz de servir como um norteador de ações e, a partir dele, serem traçadas metas e adoção de políticas públicas que minimizem os problemas aqui citados, fazendo com que o SUS e a ESF se fortaleçam e promovam saúde de forma contínua e robusta.

Já foi dado início a intervenção em saúde, que se trata da padronização das atividades a serem desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, através da confecção de um POP (Procedimento Operacional Padrão) que será a eles apresentado e terão encontros para treinamento e educação em saúde, relacionados à prática profissional e o papel dos mesmos na promoção da saúde.

A construção do POP acima citado, servirá de manual do Agente Comunitário de Saúde do município de São José de Piranhas-PB, que terá por objetivo padronizar o processo de trabalho dos ACS que atuam nas diferentes UBS de São José de Piranhas-PB, através de um instrumento-guia que conterà a descrição detalhada e simples de todas as operações necessárias para a realização de suas atividades nas visitas domiciliares.

Será concluído pela mestrandia, assim que passar pela avaliação da comissão que será formada por um ACS, um enfermeiro e pela equipe técnica da secretária de saúde do município de São José de Piranhas-PB. Logo após esse procedimento, será enviado para o conselho municipal de saúde para sua aprovação final.

Devido à falta de capacitações periódicas para ACS percebe-se que há indefinições quanto suas competências, limites de atuação e campo de trabalho. A falta de padronização gera insegurança aos profissionais, risco aumentado de erros e desarmonia do atendimento ofertado nas diferentes áreas do município. Tais discussões reafirmam a necessidade de padronizar o processo de trabalho do ACS, disponibilizando aos profissionais um material de consulta objetiva rápida e coesa.

Espera-se que a padronização das atividades do ACS minimize erros na execução de tarefas primordiais para a organização da atenção básica, promova um trabalho coeso e de qualidade em qualquer região do município.

Outros estudos, certamente surgirão nesta seara, a partir dos resultados obtidos após a implementação da intervenção ora proposta.

Recomenda-se estudos em municípios próximos a São José de Piranhas, de forma a que possamos comparar os resultados e obter-se informações que possam informar das necessidades dos ACSs nestes municípios de forma a compartilhar tanto a cartilha como a proposta da capacitação permanente a outros municípios.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. B. Ações de prevenção dos riscos à saúde e qualidade de vida do enfermeiro e usuário. **Research, Society and Development**, v. 9, n.4, p.1-18, 2020.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.21, v.5, p.1499-1509, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010. (Trabalho original publicado em 1977).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html). Acesso em: 20 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>» Acesso em: 20 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília:Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. 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 2011;

. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CERVINSKI, L. F.; NEUMANN, A. P.; CARDOSO, C.; BIASUS, F. O trabalho em equipe na Estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Perspectiva**, v.36, n.136, p.111-122, 2012.

CUTOLO, L. R. A.; MADEIRA, K. H. O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n.3, 2010.

FERRO, L. F.; SILVA, E. C.; ZIMMERMANN, A. B.; CASTANHES, R. C. T.; FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20,

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.**

Disponível em:

[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf). Acesso em: 20 de maio de 2022.

FRANCISCHINI, A. C.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELLATO, M. A importância do Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família. **Investigação**. v. 8 n. 1-3, 2008: Jan./Dez. DOI: <https://doi.org/10.26843/investigacao.v8i1-3.62>

FREITAS, M. L. A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enferm**, n.23, v.2, p.200-205, 2010.

FREIRE, Deborah Ellen Wanderley Gomes; FREIRE, Aldelany Ramalho; LUCENA, Edson Hilan Gomes de; CAVALCANTI, Yuri Wanderley. **PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil. Revista saúde Pública**, 2021 Dec 1;55:85. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003005. eCollection 2021.

HORTA, N. C.; SENA, R. R.; SILVA, M. E. O.; OLIVEIRA, S. R.; REZENDE, V. A. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n.4, p.524-529, 2009.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli e TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.2, nº 5, abr / jun 2006.

LIMA, Jacob Carlos e MOURA, Maria do Carmo. Trabalho atípico e Capital Social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba . **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan./abr. 2005

LOCH-NECKEL, G.; SEEMNN, G.; EIDT, H. B.; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, M. A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, n.1, 2009.

LOPES, M. et al. **A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde**. In: VIEIRA, M. org. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde/ Organização de Monica Vieira; Anna Violeta Durão; e Márcia Raposo Lopes. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

MACIEL, F. B. M.; SANTOS, H. L. P.; CARNEIRO, R. A. S.; SOUZA, E. A.; PRADO, N. M. B.; TEIXEIRA, C. F. Agente Comunitário de Saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de Pandemia de Covid-19. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p.4185-4195, 2020.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA, M. M. A.; ROCHA, D.; CASTRO, A. M.; MARTINS, A. L. X. O agente comunitário de saúde e a promoção da saúde: uma revisão de literatura sobre a centralidade do seu trabalho na Atenção Básica da Saúde. 120 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, **Fundação Oswaldo Cruz**, 2014.

MAZUCATO, T. **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. FUNEPE, 2018. n.6, 2015.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

OLIVEIRA, F. R. L. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n.2, p. 129-138, 2014.

REIS, A. A. C.; AKERMAN, M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde colet.**, v.21, n.6, 2016.

SALAZAR, Ligia de, **Evaluación de Efectividad en Promoción de la**

**Salud, Guía de Evaluación Rápida.** CEDETES, Universidad del Valle, Cali, Colômbia, 2004.

SANTOS, L. P. G. A atuação do Agente Comunitário de Saúde em São Bernardo do Campo: Possibilidades e limites para a Promoção da Saúde, **Dissertação** (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

SANTOS, F. O. Estratégias de promoção da saúde a partir da escola e da Unidade Básica de Saúde da Família, em Uberlândia (MG) 292 f. Tese (doutorado) - **Universidade Federal de Uberlândia**, Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2016.

SANTOS, L. P. G. S. A atuação do Agente Comunitário de Saúde em São Bernardo do Campo: Possibilidades e limites para a Promoção da Saúde. 128p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem – **Universidade de São Paulo**, 2005.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arq Catarinenses Medicina**, v. 32, n.4, 2003.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, v.5, n.1, p. 69-4, 2011.

SILVA, A. C. L. **Conhecimento e prática dos agentes comunitários de saúde sobre promoção da alimentação adequada e saudável** [Dissertação de mestrado]. Piauí: Universidade Federal do Piauí, 2016. 69p.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.2, p.196-201, 2011.

WILLIAMS, R. **Cultura e materialismo**. São Paulo: Unesp, 2011.

**ANEXO 1**  
**ROTEIRO SEMIESTRUTURADO**

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DOS ACS**

**E-mail:** \_\_\_\_\_

Qual o é o seu sexo?

1. ( ) Feminino
2. ( ) Masculino

Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ anos.

Qual a sua cidade e estado de nascimento? \_\_\_\_\_ Qual  
local você reside?

1. ( ) Zona rural
2. ( ) Zona urbana

Qual é o seu estado civil?

1. ( ) Solteiro(a)
2. ( ) União estável/ casado(a)
3. ( ) Divorciado(a)
4. ( ) Viúvo(a)

Até que série escolar completa você cursou? \_\_\_\_\_

Fez algum curso profissionalizante?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Quantos filhos você tem? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas vivem com você na sua casa, incluindo você? \_\_\_\_\_

Você mora em casa:

1. ( ) Própria

2. ( ) Alugada
3. ( ) Cedida
4. ( ) Outros

Trabalha no bairro em que mora?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

Qual era a sua ocupação antes de ser ACS?

O que o(a) motivou a ser ACS?

1. ( ) Gostar da área da saúde
2. ( ) Já conhecia o trabalho de ACS e quis trabalhar nesta área
3. ( ) Gostar de trabalhar com pessoas
4. ( ) Colaborar para melhorar a saúde da comunidade onde vive
5. ( ) Visualizou uma oportunidade de emprego, mesmo não sabendo muito o que iria fazer
6. ( ) Outros:

Há quanto tempo trabalha como ACS?

Participa ou já participou de alguma atividade na comunidade? (Podem ser marcados mais de uma alternativa, caso haja)

1. ( ) Associação de bairro/moradores
2. ( ) Associação de pais e mestres
3. ( ) Conselho tutelar
4. ( ) Igreja/comunidade religiosa
5. ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Cite três palavras que lhe vêm a cabeça quando você ouve “PROMOÇÃO DA SAÚDE”?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

O que significa para você fazer PROMOÇÃO DA SAÚDE?

Quais as dificuldades enfrentadas pelos ACS no seu trabalho de promoção da saúde?

Quais as suas sugestões para melhoria do seu trabalho na comunidade onde atua

**ANEXO 2**  
**FORMULÁRIO DE ATIVIDADES DO ACS**  
 (Adaptado de SANTOS, 2005)

Marque com um **X** a alternativa escolhida

	ATIVIDADE		Frequência com que realiza				
			Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Integração da Equipe com a população local (A)	Participa das reuniões em Equipe	A1					
	Expõe suas opiniões nas reuniões de equipe	A2					
	Empenha-se para executar as ações propostas pela equipe	A3					
	Orienta a comunidade sobre o funcionamento da UBS, atividades e campanhas	A4					
	Orienta a comunidade quanto às ações desenvolvidas nos diversos serviços de saúde	A5					
	Traz as necessidades da comunidade, que julga pertinente, para serem discutidas junto à equipe de saúde	A6					
	Faz das visitas domiciliares a base para o desenvolvimento das suas ações como ACS	A7					
	Preenche a FICHA A (cadastramento) para todas as famílias visitadas	A8					
	Preenche a FICHA B	A9					

(acompanhamento) para todos os indivíduos dos "grupos de risco"							
Preenche a FICHA C	A10						

Planejamento e avaliação (B)	Estimula a população a participar de conselhos locais de saúde e/ou conferências municipais de Saúde	B1					
	Incentiva a população a participar de atividades de sua própria comunidade	B2					
	Informa ao Programa (PACS) sobre os recursos do território de sua micro-área de atuação (creches, escolas, associações)	B3					
	Ao identificar riscos sociais (tráfico de drogas, violência doméstica, etc) em sua micro-área de atuação faz a análise da Situação	B4					
	Ao identificar riscos ambientais (esgotos, grandes avenidas, etc) em sua micro-área de atuação faz a análise da situação	B5					
	Examina criticamente os dados obtidos pelo cadastramento	B6					
	Realiza ações com base no levantamento sobre a saúde da	B7					

População						
Informa à comunidade os resultados obtidos no levantamento sobre a saúde da População	B8					
Estabelece ações para a resolução dos problemas de saúde de sua micro-área de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de Saúde	B9					
Estabelece ações para a resolução dos problemas de saúde de sua micro-área de atuação, segundo critérios	B10					
estabelecidos pela população local						
Elabora junto à sua equipe o plano de ação para atuar na Comunidade	B11					
Avalia os planos de ação desenvolvidos junto à equipe de Saúde	B12					
Reprograma os planos de ação junto à equipe de saúde	B13					

Promoção da Saúde (C)	Identifica a relação entre problemas de saúde e condições de vida	C1					
	Identifica exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade	C2					
	Realiza atividades educativas para a comunidade (palestras, campanhas, mutirões, etc) juntamente com o enfermeiro	C3					
	Realiza atividades educativas com outros ACS	C4					
	Realiza atividades educativas para a comunidade sozinho	C5					
	Utiliza recursos de informação e comunicação (faixas, panfletos, etc) adequados à realidade local	C6					
	Estimula os indivíduos e a sua comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e Doença	C7					
	Orienta os indivíduos quanto ao autocuidado	C8					

	Orienta a população quanto à medidas de proteção à saúde (alimentação, higiene pessoal, acondicionamento e destino dolixo, cuidados com água e dejetos, outras)	C9					
	Orienta indivíduos e família quanto à medidas de prevenção de acidentes domésticos	C10					
	Propõe ações que utilizem as diversas secretarias do Município	C11					
	Executa ações que atuam em parceria com outras secretarias existentes no município	C12					
	Estabelece parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e Outros	C13					
	Orienta à família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão Social	C14					
	Apoia ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos	C15					
	Participa de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais	C16					
Prevenção e monitoramento de risco ambiental e	Identifica as condições ambientais e sanitárias que provoquem riscos para a saúde da comunidade	D1					
	Informa à equipe de saúde sobre a ocorrência de situações de risco, na micro-área de atuação	D2					
	Informa à população sobre a ocorrência de situações de risco, na micro-área de	D3					

sanitário (D)	atuação						
	Orienta indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários de saúde	D4					
	Orienta moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente Hospitalar	D5					
Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (E)	Identifica indivíduos de grupos que demandam cuidados especiais de saúde	E1					
	Orienta a população sobre sinais que indicam problemas de saúde	E2					
	Comunica à equipe sobre os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitem de cuidados especiais ("grupos de risco", portadores de necessidades especiais e outros)	E3					
	Ao identificar um problema de saúde nos indivíduos ou grupos, encaminha à UBS para Atendimento	E4					
	Agencia ou remarca consultas para a comunidade	E5					
	Leva medicação (conforme prescrição médica ou de enfermagem) para alguém da População	E6					
	Sensibiliza os familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados Especiais	E7					

Estimula indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar	E8					
Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos à gestação	E9					
Orienta os familiares das gestantes sobre os cuidados relativos à gestação	E10					
Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos ao parto	E11					
Orienta os familiares das gestantes sobre os cuidados relativos ao parto	E12					
Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos ao puerpério	E13					
Orienta os familiares das gestantes sobre os cuidados relativos ao puerpério	E14					
Orienta gestantes, puérperas e grupo familiar quanto ao aleitamento materno	E15					
Orienta gestantes, puérperas e grupo familiar quanto aos cuidados com o recém-nascido	E16					
Solicita o passaporte materno-infantil nas visitas domiciliares	E17					

	Orienta indivíduos quanto à saúde sexual e reprodutiva	E18					
	Acompanha o crescimento infantil	E19					
	Acompanha o desenvolvimento infantil	E20					
	Solicita o cartão de vacina das crianças nas visitas domiciliares	E21					
	Orienta indivíduos e familiares sobre as medidas de prevenção e controle das doenças não Transmissíveis	E22					
	Orienta indivíduos e familiares sobre as medidas de prevenção e controle das doenças Transmissíveis	E23					



## ANEXO 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) a autorizar sua participação na pesquisa “**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO PROPAGADOR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: perspectivas e práticas**”, desenvolvido pela aluna RAFAELA LINS DE OLIVEIRA DIAS, sob orientação da Professora DRA. GISLENE FARIAS DE OLIVEIRA.

#### **Título preliminar do trabalho experimental**

“O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO PROPAGADOR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: perspectivas e práticas”.

#### **1. Objetivo principal**

Verificar as ações de saúde realizadas pelos ACS, em termos de Promoção da Saúde, com base nas cinco competências propostas pelo Ministério da Saúde.

#### **2. Justificativa**

O presente trabalho justifica-se por entender que o ACS é um promotor da saúde, quando possui o conhecimento necessário e o passa para a comunidade, diminuindo assim, os números relativos à problemas de saúde dentro do ambiente a qual estão inseridos. É sabido que a efetividade de uma intervenção de promoção da saúde é reconhecida quando seus resultados são favoráveis ou exitosos, em condições de vida real com sustentabilidade.

A partir dos dados aqui obtidos será possível mensurar o grau de instrução dos ACS's envolvidos na pesquisa, bem como traçar estratégia de manutenção/melhora nas atividades educativas da categoria, o que impacta positivamente o exercício profissional e, conseqüentemente, a saúde da população.

#### **4. Procedimentos**

Para realização deste trabalho, os dados serão coletados por meio de um questionário referentes à situação sociodemográfica, um formulário para avaliação das ações realizadas e frequência das mesmas, pelos ACS. Após, a partir dos resultados obtidos na primeira etapa, serão planejadas Sugestões de ações de educação em saúde, para capacitar os ACS acerca da promoção em saúde e o papel deles nessa vertente

#### **5. Riscos**

A pesquisa será realizada através da aplicação de questionários, cuja identidade dos entrevistados será preservada, podendo oferecer risco mínimo de constrangimento por parte da participante da pesquisa.

#### **6. Benefícios**

Através deste estudo será possível nortear os ACS quanto à promoção da saúde, seus benefícios para a saúde pública e as conseqüências que a sua falta acarreta, de modo a elencar estratégias que melhorem a qualidade do serviço. Além de contribuir ao acervo de estudos na área e para futuras pesquisas relacionadas ao tema.

#### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei de acordo com a Resolução 510/2016, Capítulo III, Artigo 9º, todos os meus direitos abaixo relacionados:

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas dos questionários antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.
- A segurança plena de que não serei identificado (a) mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.
- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.
- A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.
- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda das pesquisadoras, podendo ser requisitado pela participante em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

São José de Piranhas-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura da participante

**CONTATO:** Se houver qualquer dúvida sobre o estudo, você receberá maiores esclarecimentos com a coordenadora, Gislene Farias de Oliveira, telefone: XXXX ou pelo e-mail: xxxxx

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador

## ANEXO 4

### TERMO DE ANUÊNCIA



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS

---

#### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, ter ciência dos objetivos e metodologia do projeto intitulado O Agente Comunitário de Saúde Como Propagador de Promoção da Saúde, que será desenvolvido por Rafaela Lins de Oliveira Dias.

Na condição de instituição coparticipante desse projeto, autorizo a realização da coleta de dados a partir da aplicação de dois questionários com os 50 agentes comunitários de saúde do município, mediante acordo prévio entre o pesquisador e (COORDENADOR/DIRETOR/SUPERVISOR/CHEFE DO LOCAL ONDE A PESQUISA SERÁ REALIZADA) quanto à escolha dos dias e horários adequados para realização da coleta dos dados.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da referida pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

São José de Piranhas, 03 de Agosto de 2022.



Neuma Cavalcanti Figueiredo  
Secretaria de Saúde

Neuma Cavalcanti Figueiredo  
Secretaria municipal de Saúde

**ANEXO 5****LEI Nº 14.536, DE 20 DE JANEIRO DE 2023**

Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 2º-A:

"Art. 2º-A. Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias são considerados profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para fins do disposto na alínea 'c' do inciso XVI do *caput* do art. 37 da Constituição Federal."

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 20 de janeiro de 2023; 202º da Independência e 135º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Esther Dweck

Nísia Verônica Trindade Lima

Luiz Marinho

Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial da União - Seção 1 - Edição Extra - B de 20/01/2023

**Publicação:**

- Diário Oficial da União - Seção 1 - Edição Extra - B - 20/1/2023, Página 1 (Publicação Original)