

MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL - IFRS

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: O ELO ENTRE
A COMUNIDADE E A SAÚDE**

DENISE GAESKI PAGANO

ORIENTADOR: DANIEL KLUG

Porto Alegre, 2012

DENISE GAESKI PAGANO

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: O ELO ENTRE A COMUNIDADE E A
SAÚDE**

Relatório apresentado como
requisito parcial de conclusão do
curso Técnico em Registros e
Informações em Saúde.

Orientador: Daniel Klug

PORTO ALEGRE

2012

RESUMO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) foram criados, respectivamente, em 1991 e 1994, com o objetivo de reorganização da prática de atenção à saúde com atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Foram iniciativas que apontam de um lado para a expansão do mercado, e, do outro, para a reestruturação do processo de trabalho em saúde, via o trabalho em equipe e criação de novas ocupações para o setor, entre elas o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O ACS tem como orientação de atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo da realidade e das necessidades locais, como também, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promover saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. O Ministério da Saúde incorporou os agentes comunitários de saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim ficou definido, pelo próprio Ministério e pelas secretarias municipais de saúde, que esses trabalhadores, independentemente do nível de escolaridade, deveriam cumprir requisitos formais de: residir há pelo menos dois anos na comunidade; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, 2004). A Declaração de Alma-Ata passou a ser uma referência mundial para as pessoas que se preocupam com a saúde e, quando alguém se refere à Alma-Ata, está se referindo ao compromisso de Saúde para Todos, como uma meta a ser alcançada por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) e da participação comunitária. Durante processo de formação no curso Técnico em Registros e Informações em Saúde (TRIS), da escola GHC, realizei um estágio observacional na Unidade Básica em Saúde (UBS) – Nossa Senhora Aparecida, um dos doze postos de saúde comunitária, administrados pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), surgiu o interesse em conhecer as atividades desenvolvidas pelo ACS, profissional esse, que me acolheu e do qual pude participar como observadora em suas visitas domiciliares.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Saúde Coletiva. Programa de Saúde da Família.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

ESF - Equipes de Saúde da Família

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOAS - Normas Operacionais da Assistência à Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

SILOS - Sistema Locais de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TRIS - Técnico em Registros e Informações em Saúde

UBS - Unidade Básica em Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	7
3	O PAPEL DO ACS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	11
3.1	PACS E PSF NO BRASIL.....	14
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
	REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

A partir da experiência vivenciada na Unidade Básica em Saúde (UBS) - Nossa Senhora Aparecida, um dos doze postos de saúde comunitária, administrados pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), surgiu o interesse em conhecer um pouco mais sobre uma nova classe de trabalhadores: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esta experiência foi proporcionada através do estágio observacional do Curso Técnico em Registros e Informações em Saúde (TRIS) da Escola GHC, uma das unidades que compõe a rede de serviços do Grupo Hospitalar Conceição.

Trata-se em conhecer o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, profissional esse que me acolheu e incluiu-me em suas atividades diárias, por isso a necessidade de compreensão de sua efetividade dentro do sistema de saúde. Considerado uma nova categoria profissional que foi estruturada a partir da constituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no início da década de 90, em decorrência de algumas iniciativas exitosas de assistência social no Estado do Ceará.

O ACS pode ser visto como um trabalhador genérico e fora do comum, de identidade comunitária, que realiza tarefas que são restritas ao campo da saúde, não sendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões da saúde. Ao contrário do que ocorre com outros trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), não possui especialização, como também, não atua em uma única área. O ACS é um trabalhador proveniente do próprio local de trabalho e moradia, desenvolve atividades na área da saúde, mas que também atua em nível de educação, porque orienta, informa, ensina, etc.

Desta forma, faz-se necessário destacar que a categoria ACS é nova no campo profissional e sua presença neste estudo será interpretada como a de um protagonista social, por sofrer todas as influências sociais, mas também por contribuir com sua parcela de interferências e participação.

Ver o ACS como protagonista significa vê-lo não apenas como um produto das relações que contribuíram na formação da sua subjetividade, mas também como um ser ativo, que no convívio familiar, social e profissional também reage

provocando mudanças e/ou transformações em si, no outro e no meio social em que vive. Em síntese, protagonista, porque se parte da idéia de que é na interação com as outras pessoas do seu meio econômico, cultural, histórico e social, que o ser humano constrói sua subjetividade, personalidade, identidade, constituindo-se assim, em um ser único. Protagonista, também, porque a própria nomenclatura profissional apresenta a palavra AGENTE, que segundo o dicionário, significa: “que age que exerce alguma ação; que produz algum efeito” (MICHAELIS, 2002, p. 23).

Em 1991, o Ministério da Saúde implantou o PACS e, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia para a substituição do atual modo de organização da Atenção Básica em Saúde, em coerência com os princípios do SUS expressa na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. É necessário retroceder na história para conhecer em que conjuntura política, econômica e social, o PACS foi estruturado, para assim, visualizar com mais clareza a forma como foi criada esta nova categoria profissional e as condições de trabalho que lhes foram oferecidas desde o princípio.

Para análise destas determinações que se tecem a partir de governos e sociedades nacionais, é fundamental identificar a lógica das estratégias adotadas e os seus reais propósitos e prioridades. (...) Os graus de desenvolvimento político e social de cada contexto, delineados a partir de suas trajetórias históricas, estarão obviamente, atuando vigorosamente em determinações fundamentais para a organização dos assalariados e para a existência de canais de negociação capital/trabalho, capazes de conduzir a transformações positivas da qualidade de vida no trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 69).

Esse estudo pretende conhecer o trabalho do ACS por meio de uma revisão dos principais fatos que instituíram essa profissão. A motivação deriva da compreensão do trabalho realizado pelo ACS na UBS - Nossa Senhora Aparecida, onde vivenciei estágio observacional e fui acolhida por esses profissionais. Daí vem toda minha admiração e respeito pela classe, que trabalha com poucos recursos e que sofre com a falta de reconhecimento dos seus direitos sociais.

2 CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tivesse acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita às pessoas que contribuíssem com a previdência social. As demais eram atendidas apenas em serviços filantrópicos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) coordenaram a Reunião de Alma Ata em 1978 na antiga União Soviética, denominada “Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde”, apontando que o momento exigia soluções rápidas e consistentes para enfrentar a crise de saúde que estava afetando as populações pobres de todo o mundo – principalmente dos países do Terceiro Mundo.

Nesta Conferência foi estabelecida uma meta “Saúde Para Todos no Ano 2000”, sendo que, esta deveria ser alcançada pelos governos por meio da atenção primária à saúde e da participação comunitária. Em linhas gerais, as organizações internacionais demonstraram preocupação e recomendavam que os governos direcionassem suas políticas de saúde para ações cujas metas seriam as populações sem cobertura dos serviços de saúde, através de ações simplificadas, de pouca incorporação tecnológica, mas com grande resolutividade dos problemas de saúde provenientes das condições de vida de cada país.

No Brasil, o processo de implantação de um programa de saúde pública e/ou um sistema que proporcionasse cobertura às ações em saúde, também sofreu influência e/ou pressão dos órgãos internacionais, até porque o Brasil é visto pelas entidades internacionais como um dos países do Terceiro Mundo, onde um grande contingente da população está à margem de uma assistência adequada à saúde.

No entanto, é importante mencionar que antes da Conferência de Alma-Ata, já haviam sido desenvolvidas no Brasil algumas ações, voltadas para a saúde das populações carentes e desassistidas em termos de políticas públicas.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), do processo de implementação do SUS e da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde ganha maior espaço no âmbito político/governamental e nas arenas decisórias. Através destes dispositivos legais, a saúde passa a ter destaque e a ser olhada como um aspecto importante na conjuntura administrativa pelo poder público, inclusive porque de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal o Estado (nos três níveis: federal, estadual e municipal) fica responsável pelas políticas de saúde.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL. Constituição, 1988).

Desta forma, o SUS surge como instrumento para promover o acesso universal e igualitário à população brasileira, conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal, no qual afirma que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo assim, um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- 1) Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- 2) Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- 3) Participação da comunidade.

Outra condição expressa no artigo 198 é a participação popular, que foi detalhada, posteriormente, pela Lei nº 8.142, de dezembro de 1990.

A partir destas três diretrizes – descentralização, atendimento integral e participação da comunidade – e dos princípios – universalidade, equidade e integralidade – que constam nas Leis 8.080 e 8.142 do SUS, publicadas em 1990, começou-se a direcionar todas as políticas e ações que tratavam de saúde.

De acordo com estas diretrizes e princípios, o objetivo do SUS é fazer com que a população brasileira possa contar com: amplo acesso aos serviços de saúde, sempre que haja necessidade de atendimento; atendimento a todas as suas necessidades de saúde, desde uma orientação sobre como prevenir uma doença até o exame mais complexo; assistência de acordo com a gravidade da doença que essas pessoas apresentam.

Segundo Costa (1996, p. 341- 542):

O novo Sistema Único de Saúde (SUS) seria orientado para a descentralização da gestão dos serviços; fortalecimento do papel do município; participação da população no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde; e para a universalização da cobertura com integralidade da cesta de cuidados.

Em dezembro de 1990, o artigo 198 da Constituição Federal foi regulamentado pela Lei nº 8.080, que é conhecida como Lei Orgânica de Saúde ou Lei do Sistema Único de Saúde. Essa lei estabelece como deve funcionar o sistema de saúde em todo o território nacional e define quem é o gestor em cada esfera do governo. No âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no estadual, o Secretário Estadual de Saúde; no Distrito Federal/DF, o Secretário de Saúde do DF; e, no município, o Secretário Municipal de Saúde. As competências e responsabilidades de cada gestor também foram definidas.

Para normatizar a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do SUS, estabelecem-se as Normas Operacionais Básicas (NOBs), como instrumentos que têm como objetivo regular a transferência de recursos financeiros da União para os Estados e Municípios. A partir daí, a operação do sistema e a relação entre os gestores foi tratada por meio de portarias do Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB – SUS). Foram expedidas NOB em 1991, 1992, 1993, 1996. Mais recentemente foram elaboradas as Normas Operacionais da Assistência a Saúde (NOAs 01/2001 e 01/2002), cuidando especificamente do regionalismo da assistência.

A NOB 01/96 dá um tratamento especial para as ações básicas de saúde e o estabelecimento apenas de dois níveis de complexidade para os municípios: a

Gestão Plena de Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Esta NOB tem uma grande importância no PACS, pois é a partir deste momento que o Ministério da Saúde começa a incentivar com financiamento por cobertura.

O processo de descentralização orientado pela NOB 01/96 pode ser considerado como bem-sucedido em vários aspectos, mas revela também algumas fragilidades. Buscando enfrentar esses obstáculos, foi elaborada a Noas 01/01, para ampliação das responsabilidades dos municípios quanto à atenção básica e a definição de processo de regionalismo da assistência.

As discussões que se seguiram levaram à elaboração da Noas1/ 2, que mantém as diretrizes da anterior, aumentando o número de procedimentos do Piso da Atenção Básica (PAB) e criando o Piso Assistencial Básico Ampliado; define as características das regiões de saúde estaduais; e estabelecem mecanismos de financiamento para os procedimentos de maior complexidade e custo (NEGRI, 2002).

3 O PAPEL DO ACS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para o Ministério da Saúde, o ACS é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde local de uma comunidade. É uma pessoa preparada para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde da comunidade. O ACS atende os moradores de cada casa sob sua responsabilidade, em questões relacionadas à saúde: identifica problemas, orienta a promoção, a recuperação e reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade (BRASIL, 1991).

Conforme Wright (1987) o objetivo fundamental da utilização do ACS é a dinamização da rede básica de serviços, funcionando como “elo” de ligação entre o sistema institucionalizado de saúde e a comunidade, tendo como prioridade, procurar satisfazer as necessidades da população no próprio local onde vivem.

Segundo o Ministério da Saúde, o ACS deve ter os seguintes pré-requisitos: ser morador da comunidade onde trabalha; ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever e estar disponível para atuar oito horas diárias. Desde 2002, o ACS tem que ter o ensino fundamental completo.

O ACS desenvolve suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades. Suas atividades básicas são:

- Mapear sua área de atuação;
- Cadastrar as famílias de sua área, mantendo esse cadastro sempre atualizado;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Realizar visitas domiciliares mensais;
- Obter dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- Desenvolver ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida;

- Incentivar a formação de conselhos locais de saúde;
- Informar à equipe sobre a dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
- Participar do processo de programação e planejamento local das ações de saúde.
- Manter o Sistema de Atenção Básica (SIAB) sempre atualizado, pois conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, detectar os problemas rapidamente, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecida, readequá-los sempre que necessário e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

A UBS – Nossa Senhora Aparecida atende em torno de 4800 usuários ativos de 6639 cadastrados pelos ACS, são eles que fazem os primeiros registros dos usuários. O cadastramento é feito por família e todos os ACS tem uma área de cobertura, atualmente o posto conta com 6 ACS. O morador que pertencer ou mudar-se para área de referência do posto, somente poderá ser incluído ou ter uma ficha de família, se formalizar o pedido no posto para a visita do ACS de sua abrangência. O usuário só sai do posto quando se muda de endereço ou vai a óbito.

Durante experiência vivenciada na UBS - Nossa Senhora Aparecida, acompanhei os ACS em visitas domiciliares que visa desenvolver no domicílio atividades preventivas e de promoção da saúde ao usuário e sua família; são visitas agendadas e programadas por toda equipe de saúde, acompanhamentos de acamados, grupo de risco ou com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde.

Também participei de um controle contra vetores juntamente com a vigilância sanitária de Porto Alegre. Ficou claro que a construção do vínculo entre a família e o ACS é um processo de confiança conquistado, com o tempo e administrado no dia-a-dia. Sendo que é notória a falta de recursos governamentais o que coloca a atuação do profissional em constante busca por garantia dos direitos dos cidadãos.

Para que isso aconteça, é exigido muito profissionalismo e credibilidade no trabalho desenvolvido entre o ACS e sua unidade.

Características desejáveis em um Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009):

- Liderança
- Empatia
- Dinamismo
- Discricção
- Capacidade de planejar e programar
- Gosto por ações educativas
- Simpatia
- Entender a importância fundamental de seu trabalho
- Conhecer sua comunidade

O Ministério da Saúde definiu a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da APS no país. Cada equipe é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS, cujo total não deve ultrapassar a 12.

O ACS tem orientação de atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo da realidade e das necessidades locais, como também, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promover saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade.

Porém o ACS é visto como um trabalhador genérico, com competências limitadas, sendo que, para ampliá-las só seria possível na esfera da profissionalização quando este passaria a ser auxiliar ou técnico em uma sub-área.

O ACS desenvolve múltiplas atividades, que poderiam ser compartilhadas com outros profissionais da área da saúde, como por exemplo, o TRIS, que poderia unir saberes em relação ao preenchimento de cadastros e alimentação e atualização dos dados das famílias acompanhadas pelo PSF, no SIAB, assim

contribuindo não só na otimização do trabalho do ACS, mas, com todos da equipe de saúde local.

Cada equipe de saúde da família (ESF) é capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável e para elaborar, com a participação da comunidade, um plano local que vise enfrentar os determinantes do processo saúde-doença. Essa equipe pode ser ampliada com a incorporação de profissionais de Odontologia: cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal.

Cabe ao gestor municipal a decisão de incluir ou não outros profissionais às equipes. Com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da APS, bem como sua capacidade de resolução dos problemas de saúde, foram criados em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

3.1 PACS E PSF NO BRASIL

O PACS do Ministério da Saúde foi criado a partir da experiência do Ceará, iniciado em 1987, como parte de um programa emergencial, em 1991. A experiência do Ceará foi institucionalizada como política oficial do Governo Federal, através do PACS. O Ministério da Saúde decidiu expandir este tipo de intervenção para outras comunidades que eram carentes de atenção médica.

A partir desta iniciativa, o Ministério da Saúde, através do SUS, encampou a idéia de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, tendo como objetivo, um programa de saúde coletiva, atendendo assim, as exigências das organizações internacionais. Portanto, conforme documentos do Ministério da Saúde, o PACS foi inspirado nessas experiências de prevenção de doenças por meio de informação e de orientações sobre cuidados de saúde.

Em 1997, com a expansão do programa por todas as regiões brasileiras e com o processo de consolidação da descentralização de gestão e recursos no âmbito de SUS, o governo federal decide regulamentar a implantação e a operacionalização do PACS. Através da portaria nº 1886/GM em dezembro de

1997, o Ministério da Saúde resolve aprovar as normas e diretrizes do PACS e do PSF.

De acordo com as normas e diretrizes este programa tem como objetivo incorporar ao SUS, agentes comunitários de saúde, para desenvolver ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde/doença; desencadear ações de promoção de saúde e prevenção de doença; funcionar como elo entre a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde.

Por reconhecer estes programas como uma importante estratégia, que poderia contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

Inicialmente o PACS foi implantado em 13 Estados das regiões Norte e Nordeste, posteriormente, foram estendidos para as demais regiões do Brasil (CASTRO et al, 2004). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no ano de 2009, são mais de 97 milhões de pessoas acompanhadas por mais de 234.767 (ACS), atuando em, aproximadamente, 5.349 municípios brasileiros.

O PACS foi pensado como uma estratégia de transição para outra mais abrangente o PSF. Estas duas estratégias se constituíram em caminhos possíveis no processo de reorganização da atenção à Saúde, representando uma intervenção concreta no contexto da mudança da atenção à saúde.

O PACS e o PSF propõem um modelo de atuação centrado na vigilância à saúde calçada nos seguintes princípios (BRASIL, 2001):

- 1) Estabelecer vínculos e co-responsabilizar os profissionais de saúde;
- 2) Definir a família como objeto alvo da atenção, entendida a partir do ambiente e espaço geográfico em que vive;
- 3) A responsabilidade por uma população adscrita.

O ACS é um profissional importante para o desenvolvimento desses programas, que se consolidam no contexto da municipalização e descentralização das ações de atenção à saúde no Brasil.

A estratégia implementada por meio do PACS/PSF busca introduzir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde, onde os serviços passam a buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervir sobre fatores de risco ao qual a população está exposta, promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular o controle social (NOGUEIRA, 2000).

O ACS atua neste contexto como membro da equipe de saúde, mas suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial (NOGUEIRA, 2000).

Desde a implantação do PACS, os agentes comunitários de saúde vêm se organizando em busca do reconhecimento legal da profissão e, com a expansão da saúde da família e a consequente incorporação destes trabalhadores nas equipes multiprofissionais, houve uma ampliação das aspirações do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas e sociais. A organização dos agentes comunitários propiciou a edição do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades e, posteriormente, a elaboração de um projeto de lei que culminou na publicação da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 que cria a profissão de agente comunitário de saúde (BRASIL, 2004).

A criação da profissão não foi suficiente para o reconhecimento dos direitos sociais, porque para os órgãos públicos, estes são institutos distintos, ou seja, o reconhecimento da profissão refere-se às condições para o exercício da atividade e os direitos sociais decorrem da natureza jurídica da contratação, de sua forma e do regime a que se vincula. Portanto, a lei da categoria não garantiu tais direitos, apenas parâmetros mínimos para o exercício da profissão de ACS. Porém, o reconhecimento não foi suficiente para que estes tivessem seus direitos sociais reconhecidos, conforme previsto no artigo 7º da Constituição Federal, por viverem

múltiplas formas de contratação: recibados, contratos temporários, cooperativados, autônomos e outros.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACS foi uma alternativa encontrada por países com problemas econômicos ou com grande população para divulgar, reforçar, avaliar e monitorar os cuidados primários de saúde. A atuação do ACS como força de trabalho no SUS, vem não só contribuindo para a prestação de cuidados primários de saúde e aumentando a cobertura do atendimento à população, em direção à meta “Saúde Para Todos no ano 2000”, como também, contribuindo para concretizar o processo de municipalização da saúde pelo Ministério de Saúde.

O trabalho do ACS é considerado muito importante, porque ele é tido como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. O ACS tem um papel fundamental no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe. É como uma ponte que liga as pessoas da sua comunidade com os profissionais especializados da área da saúde.

O não reconhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde como profissionais por parte dos demais trabalhadores da área da saúde, ainda hoje, é alvo de grandes discussões.

O que se pretende com este relatório, não é avaliar o trabalho dos ACS entre o certo e o errado, sua formação, nem as formas de capacitação e contratação do mesmo.

Não se quer transformar o ACS em auxiliar de enfermagem. O papel dele é estar integrado à comunidade e fazer a ponte entre suas necessidades e a equipe, mesmo com certo grau de tensionamento discutindo estes casos nas freqüentes reuniões de equipe e interferindo com seu conhecimento da realidade na solução das questões (ROCHA apud 1998, COSTA et al, 2009).

Neste sentido, o objetivo foi conhecer esse profissional que me recebeu e acolheu-me durante período de estágio, na UBS – Nossa Senhora Aparecida. Entender suas múltiplas atribuições e reconhecer sua importância diante dos programas PACS e o PSF. Assim identificando eixos em comum entre o ACS e o TRIS, para que juntos possam compartilhar atividades exercidas no campo do registro. O TRIS tem como objetivo propiciar a melhoria da assistência no campo da saúde. Não se quer descaracterizar o ACS e sim que tenha mais efetivação com os programas propostos pelo Ministério da Saúde.

Assim, contribuindo, não só com o ACS, mas com toda a equipe da UBS, dividindo para somar e aperfeiçoar tarefas como: cadastrar, preencher prontuários com precisão, registrar nos principais sistemas de informação em saúde, planejar e avaliar as ações prestadas à comunidade, organizar e gerenciar as rotinas do serviço de documentação em geral.

Por isso, sendo o ACS um morador da comunidade e um membro da unidade de saúde local, que não só cuida de sua própria saúde, mas que também é responsável pela divulgação da promoção e prevenção à saúde, funcionando como elo entre o sistema de saúde e a comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2005.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**: manual. 3. Ed. Brasília, DF: Folheto Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2012. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/lista_tot_equipes.asp>. Acesso em: 19 jun. 2012.

———. **Guia prático do PSF**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2001.

———. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. NOB-SUS/96. Gestão Plena com Responsabilidade. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 1997.

———. **Normas Operacionais de Assistência à Saúde**. NOAS-SUS/2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/.../prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 14 maio 2012.

———. **Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 1998.

———. **Portaria GM nº 1.886**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/.../prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 14 maio 2012.

———. **Programas de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual para elaboração de relatório técnico- científico**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde**: um pacto tripartite. Brasília/DF: programas e Relatórios. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agente Comunitário de Saúde-PACS**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2001.

CASTRO, L. J; VILAR, A L. R.; FERNANDES, P. V. **Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde**: um desafio para a gestão do SUS, Rio Grande do Norte, 2004. Disponível em: <www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigopolitica.php?codigo=195>. Acesso em: 18 jun. 2012.

COSTA, Elisa Maria Amorim da et al. **Saúde da família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

COSTA, Nilson do Rosário. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 341- 542, 1996.

MICHAELIS. **Dicionário escolar língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2002. p. 23.

NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza D'Ávila, (Org.). **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. 2004. Disponível em: <<http://www.face.ufmg.br/observatorio/publicacoes/Pub%2004.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2012.

NEGRI, B. Vianna, D. A. L. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. 2002. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/.../precarizacao_acs_rmr.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

NOGUEIRA, P. R. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002.

———. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004.

NOGUEIRA, P. R.; SILVA, R. B. F. Z. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis**: o agente comunitário de saúde. 2000. Disponível em: <<http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

PIERANTONI, C. R.; PORTO, S.M. **Estudos sobre as formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS)**: modalidades e alternativas de contratação. Brasília, DF: SEGETES, 2005. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilhaprogesus.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ; Cortez, 1994. p. 46-69.

WRIGHT, Maria da Glória Miotto. O Agente de saúde na atenção primária de saúde: da teoria à realidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 40, n. 4, out./dez. 1987.