

PERFIL E NECESSIDADES BÁSICAS DE EDUCAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO ALTO URUGUAI

Basic educational needs and profile of community health agents of Alto Uruguai

DENTI, I. A.
TOZZO, M. B.
MENDEZ, L. M. P.

Data do recebimento: 18/02/2014 - Data do aceite: 02/05/2014

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) que integram a Estratégia Saúde da Família (ESF) na região do Alto Uruguai, bem como suas ações e necessidades básicas de educação. O estudo foi realizado em 20 municípios pertencentes à região da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde. Teve como população 186 ACS's que trabalham nas ESF desses municípios. Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados através de um questionário, e, para a análise, utilizou-se estatística descritiva. Com relação às principais características encontradas no estudo, observou-se que a grande maioria dos respondentes possui escolaridade superior à exigência legal e 88% são do gênero feminino. A respeito da forma de contratação, 54% são concursados (estatutários). Verificou-se, também, que alguns possuem relação ACS/habitante superior ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde. As ações mais realizadas são: orientação, acompanhamento, controle vacinal. Em relação às capacitações, os assuntos 'álcool, drogas e tabaco' e 'saúde mental' foram os mais solicitados.

Palavras-chave: Saúde da Família. Agentes Comunitários de Saúde. Educação.

ABSTRACT: The aim of this study was to get to know the profile of community health agents (CHA) who are part of the Family Health Strategy (FHS) in the Alto Uruguai region, as well as their actions and basic educational needs. The study was conducted in 20 municipalities belonging to the 11th Regional Coordination of Health. 186 agents who work for the FHS in those municipalities were the subject. This is an exploratory-descriptive

study, with a quantitative approach. The data was collected through a questionnaire, and the descriptive statistics was used for the analysis. Regarding the main characteristics found in the study, it was observed that most of the respondents have a higher level of education than that legally required and 88% are female. Taking into consideration the form of recruitment, 54% are civil servants (statutory). It was also realized that some have CHA/per capita higher than that recommended by the Ministry of Health. The most frequently actions carried out are: guidance, monitoring, and immunization. Concerning training, the topics 'alcohol, drugs and tobacco', and 'mental health' were the most requested.

Keywords: Family Health. Community health agents. Education.

Introdução

No cenário mundial da saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um elemento do processo de trabalho antigo, pois em 1920, no Canadá, ele aparece para auxiliar no movimento de organização comunitária nas Américas. Há décadas, diversos grupos religiosos e organizações não governamentais treinaram agentes de saúde. Na América Latina, apesar da resistência a esses trabalhadores, os mesmos foram incorporados nos últimos vinte anos como estratégia de extensão de cuidados básicos em comunidades rurais e periurbanas (SILVA, et al., 2009).

No Brasil, Silva e Dalmaso (2002) e Santos (2005) consideram que a inclusão de ACS nos programas de saúde brasileiros originam-se das propostas do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), desenvolvidas no período de 1942 a 1960 e das propostas da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), implementadas entre 1960 e 1990.

Essas autoras consideram, ainda, que a experiência citada acima, relativa à implantação dessas ações de saúde influenciaram na concepção das diretrizes que, atualmente, orientam as práticas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF).

Em 1979, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância, 400 agentes comunitários começaram a atuar no Estado do Maranhão (SANTOS, 2005). Contudo, a primeira experiência, utilizando-se agentes comunitários de saúde, como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada, ocorreu no Ceará, em 1987, com o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança (TOMAZ, 2002). Desde a institucionalização inicial dos agentes comunitários de saúde no Ceará, nos anos 80 até os dias atuais, o seu número tem crescido constantemente (SILVA; SOUSA; GONÇALVES, 2009).

A experiência bem sucedida no Ceará estimulou o Ministério da Saúde (MS) a propor, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde, implantado inicialmente na região Nordeste, com o propósito de contribuir para a municipalização e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da ampliação da cobertura às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando o segmento materno infantil (WAI, 2007). Em 1992, o programa referido perde o termo nacional, adotando a sigla PACS (Programa de Agentes Comunitários

de Saúde). No ano de 1994, o programa havia se expandido para as regiões Norte e Centro-Oeste, contando com 33.488 agentes em 987 municípios. Essa iniciativa bem sucedida impulsionou a implantação da Estratégia Saúde da Família, em 1994 (BRASIL, 2007).

Conforme nos trazem Silva, Sousa e Gonçalves (2009), o ACS deve trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, sendo responsável, no máximo, por 750 pessoas, beneficiadas pela visita domiciliar pelo menos uma vez por mês. Os requisitos para ser Agente Comunitário de Saúde são: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades e haver concluído o ensino fundamental. Este último requisito foi incorporado a partir da Lei nº 10.507/02 (BRASIL, 2002). Antes da promulgação da mesma, em relação à escolaridade, era exigido apenas ‘saber ler e escrever’. Além dessas exigências, o ACS deve também concluir, com aproveitamento, o curso de qualificação básica para a formação do agente.

Os Agentes Comunitários de Saúde são considerados os pilares dos programas de saúde voltados à atenção básica, instituídos pelo governo, “servindo de comunicadores e tradutores desses programas para a população, além de serem um elo entre os outros profissionais e a comunidade” (BRASIL, 2001). A mesma fonte refere que a inserção do ACS no contexto da Atenção Primária à Saúde está pautada na representação de vínculo e no elo da relação serviço-comunidade, o que o torna, também, um potente mediador de tensões da clientela por atender às inúmeras demandas de saúde. Mas, simplificar o papel do agente comunitário de saúde é, no mínimo, desconhecer o avanço que sua atuação proporcionou, especialmente nas pequenas localidades que, até então, não tinham acesso a algum tipo de atenção à saúde (BRASIL, 2000).

A partir do PACS, o ACS tornou-se um elemento efetivo do trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação e reestruturação da atenção básica em saúde, visando especialmente à ampliação da cobertura assistencial, com aumento do acesso a partir do acolhimento feito por ele, identificando, encaminhando e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população (SILVA; DALMASO, 2002).

Pedrosa e Teles (2001) referem que a população começou a valorizar mais o agente devido, principalmente, à diminuição dos índices de agravos à saúde, como mortalidade infantil e adulta, controle das diarreias, presença do médico nas visitas domiciliares agendadas pelos agentes, o que, de certa forma, trouxe resolubilidade aos problemas da população e maior satisfação do usuário.

Justamente por ter se revelado o ator mais intrigante e, muitas vezes, considerado o protagonista no que se refere à relação de trocas de experiências estabelecidas, especialmente entre os saberes populares de saúde e os conhecimentos médico-científicos, o Agente Comunitário de Saúde necessita de permanente treinamento/educação continuada, que deve se renovar de acordo com seu trabalho no dia a dia (MONTEIRO, 2010). A compreensão do processo saúde-doença em todas as suas dimensões (biológica, social, política, econômica e cultural) é importante para o planejamento adequado das ações de saúde com base na realidade em que se encontram as famílias (NUNES et al., 2000).

Entretanto, a formação dos profissionais de saúde, em muitas escolas, está pautada no modelo de educação tradicional e flexeriana dos cursos médicos, que enfoca fortemente os aspectos biológicos, fragmenta o saber e se reproduz numa prática compartimentada, técnica e reparadora (DUARTE, et al., 2007). Esta prática não contempla a participação dos usuários, das famílias e da comunidade no seu

próprio processo de recuperação e tampouco estimula a participação comunitária para a transformação dos determinantes de saúde. A maioria dos trabalhadores da ESF é formada nesse modelo e são esses os profissionais que estão capacitando os ACS's, inspirados no modelo biomédico de saúde (KESSLER, 2010).

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de conhecer o perfil dos ACS, bem como suas ações e necessidades básicas de educação, na perspectiva de subsidiar processos educativos mais adequados às suas exigências, para um melhor desenvolvimento de suas competências, habilidades e potencialidades.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 186 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuantes em 20 municípios pertencentes à 11ª CRS. Para a obtenção dos dados, foram utilizados questionários autoaplicáveis, baseados em Santos (2005) e questionários Linha de Base do Projeto Telessaúde Brasil. Os resultados foram obtidos através do cálculo de valores absolutos e relativos. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões através do nº 026/PGH/10. A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva.

Resultados

Os dados inseridos a seguir são o resultado das análises feitas através do estudo proposto, do qual participaram 186 ACS pertencentes a 20 municípios da região Norte do Estado do Rio Grande do Sul. Os dados

utilizados foram extraídos da aplicação do questionário da linha de base do Projeto Telessaúde. Constatou-se que, dos 186 agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, a maioria, 88% (164) eram do gênero feminino e 12% (22) do gênero masculino. Quanto à 'tendência' pelo gênero (feminino), esta parece seguir desde os primórdios do programa, ao ser implantado no Estado do Ceará em 1987. Segundo Silva e Dalmaso (2002) e Santos (2005), nessa época, 95% das contratações eram de pessoas do gênero feminino, pois havia a idéia de empregar, nas áreas mais carentes do Estado, um número maior possível de mulheres, a fim de melhorar suas condições sociais e estimular um posicionamento mais ativo de outras na sociedade. Enfatizam Silva e Rodrigues (2000) que, de fato, não se pode negar que essas trabalhadoras (sendo mulheres, mães, filhas, avós, vizinhas e comadres), ao melhorarem suas condições de vida, promovem um avanço na comunidade onde vivem, ainda que a participação dos homens, embora menos expressiva (em números), traga novas questões e olhares, contribuindo, também, para as famílias acompanhadas pelo PACS/ESF.

Em relação à faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde (Gráfico 1), verificou-se que está compreendida entre 20 e 63 anos de idade, chamando atenção para os extremos de idade superior e inferior e para aqueles que entenderam que não deveriam responder a esta questão. As faixas etárias estão em consonância com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, em que a única orientação é que o pretendente tenha idade acima de 18 anos, mas não estabelece um limite máximo de idade (BRASIL, 2001).

Quanto à escolaridade formal, chama atenção para o fato de que alguns não completaram o ensino fundamental e outros são graduados (Gráfico 2). Neste foi demonstrado que 17% (32) cursaram o ensino fundamen-

tal, sendo que, neste grupo, 26 concluíram o curso e 6 não concluíram; 77% (143) concluíram o ensino médio, sendo que 16 não concluíram; 5% (10) possuem o ensino superior completo. Nesse sentido a Lei que regulamenta a profissão dos ACS's (BRASIL, 2002) exige que, para o exercício da função, é imprescindível ter cursado o ensino fundamental completo. Portanto, o grau de escolaridade encontrado, em geral, é superior a essa exigência legal em algumas situações e inferior em outras.

Gráfico 1 – Faixas etárias

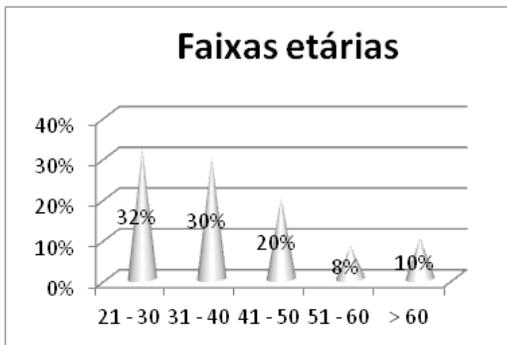
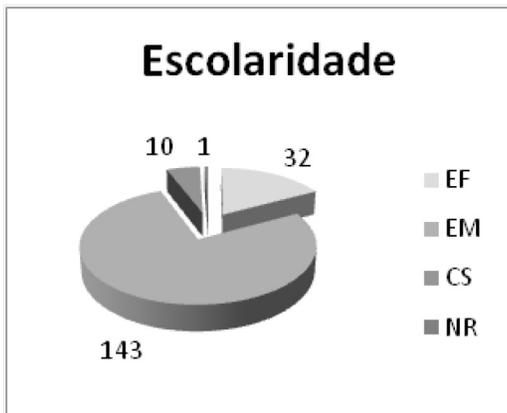


Gráfico 2 - Escolaridade



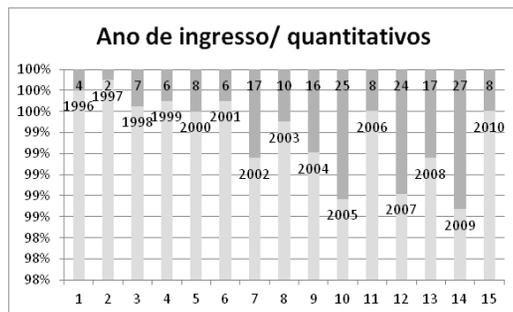
Legenda: 1(ensino fundamental incompleto); 2 (ensino fundamental completo); 3 (ensino médio incompleto); 4 (ensino médio completo); 5(ensino superior incompleto); 6(ensino superior completo); 7(não respondeu).

Conforme documentos do MS (BRASIL, 2006), a não exigência de maior grau de es-

colaridade diz respeito ao fato de que esses trabalhadores são pessoas extraídas da própria comunidade e, também, por que, uma vez selecionados, devem passar por capacitação e, periodicamente, receber treinamento contínuo para exercer as suas funções enquanto ACS (THEISEN, 2004). No entanto, vale salientar que quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o profissional para incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (FERRAZ; AERTS, 2005).

O Gráfico 3 demonstra que, dos 186 Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa, 19% (35) ingressaram na Estratégia Saúde da Família há menos de um ano; 26% (49) de 2 a 4 anos; 27% (51) de 5 a 7 anos; 17% (31) de 8 a 10 anos; e, 10% (19) ingressaram há mais de 10 anos. Os dados demonstram que 20% (38) exercem essa função no atual município/unidade há menos de um ano; 28% (50) de 2 a 4 anos; 26% (49) de 5 a 7 anos; 15% (27) de 8 a 10 anos; e 6% (12) exercem a função de ACS no mesmo município/unidade há mais de 10 anos.

Gráfico 3 – Ano de ingresso e quantitativos



Os dados inseridos no Gráfico 4 mostram que a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde recebeu alguma preparação específica para trabalhar na Estratégia Saúde da Família. No entanto, ao comparar os dados do Gráfico 5, pode-se perceber que alguns ACS's não receberam capacitação assim que

ingressaram na Estratégia Saúde da Família. A recomendação do Ministério da Saúde é que todos os ACS recebam treinamento introdutório, visando a assimilação das habilidades e funções necessárias para exercerem adequadamente a sua função (OBREGÓN; DIAMANTE; SAKR, 2009).

Gráfico 4 - Capacitações

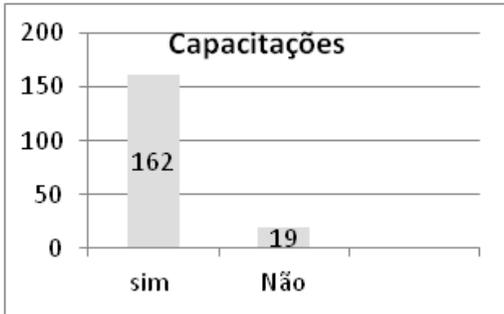
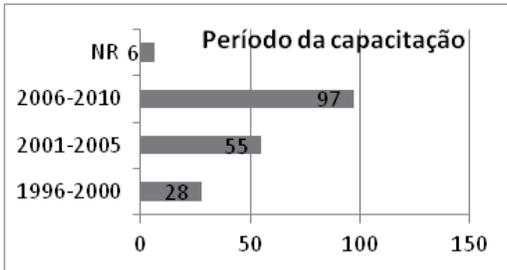


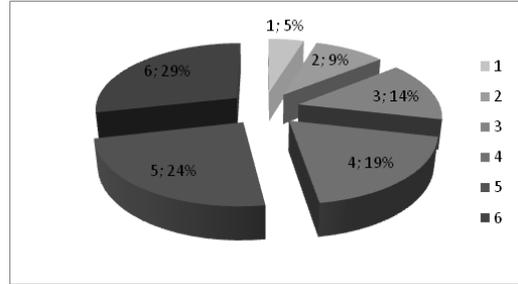
Gráfico 5 - Período da capacitação



A análise do Gráfico 6 mostra que, predominantemente, a motivação para ser ACS foi gostar de trabalhar com pessoas; desejo de colaborar para melhorar a saúde da comunidade onde vive; visualizar uma oportunidade de emprego, mesmo não sabendo muito bem o que iria fazer; gostar da área de saúde; já conhecer o trabalho do ACS; e querer trabalhar nesta área, além de outros motivos não relatados. Vale ressaltar que, nessa questão, a soma excede 186, em função de que foi oportunizado optar por mais de um motivo. De qualquer maneira, o que se pode deduzir pelos dados apresentados, é que a maioria preenche os requisitos básicos para o traba-

ho com pessoas. Contudo, existe ainda um contingente que se poderia classificar como significativo, que buscou um emprego e que, neste caso, o cuidado com a qualificação deveria ser mais aprofundado.

Gráfico 6 - Motivação



Legendas: (1) gostar de trabalhar na área da saúde;(2) Já conhecia o trabalho dos ACS;(3) Gostar de trabalhar com pessoas;(4) Colaborar para melhorar a saúde da comunidade;(5) Visualizou uma oportunidade de emprego;(6) outros motivos.

Outra questão importante observada é que 97% (181) referem gostar da atividade que desempenham, o que contribui para o bom exercício da função. Para Silva e Dalmaso (2002), o fato de o ACS gostar de seu trabalho é imprescindível para que possa atender a sua comunidade dentro dos princípios da ESF.

A respeito da forma de contratação (Gráfico 7) expõe-se que 6% (12) possuem contratos temporários, o que pode ser considerado como um aspecto negativo já que esta forma de vínculo apresenta instabilidade; 38% (71) são celetistas e a grande maioria com 54% (99) são concursados (estatutários); 2% (4 do total do grupo) não responderam à questão. Os trabalhadores estatutários seguem o Regime Jurídico e são trabalhadores efetivos (servidores públicos), com estabilidade no emprego após três anos de admissão e que passam por avaliações de desempenho. Têm direitos como férias, décimo terceiro salário, afastamento para tratamento de saúde, insalubridade, licenças sem vencimento e para estudo e aposentadoria. Além disso, só são

demitidos em virtude de sentenças judiciais, processos administrativos ou insuficiência de desempenho. Parte dos recursos financeiros para a remuneração dos profissionais integrantes das equipes de saúde é proveniente do Piso de Atenção Básica e transferida de fundo a fundo (BRASIL, 2012a).

Os celetistas são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e são empregados públicos ou trabalhadores terceirizados, que podem ser demitidos a qualquer momento e não passam por avaliações periódicas. Têm direitos como férias, décimo terceiro salário, licença para tratamento de saúde, insalubridade e aposentadoria pelo INSS. Em caso de rescisão do contrato de trabalho, têm direito ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e ao auxílio desemprego. Já os outros tipos de vínculos trabalhistas, como cooperativas e ONG's, por exemplo, no qual se encaixam os ACS's de alguns municípios que não respeitam a Lei nº 11.350/2006, não garantem aos profissionais os direitos trabalhistas e oferecem uma vinculação provisória. Sabe-se que, na maioria das vezes, essas formas de contratação contribuem acetuadamente para a instabilidade dos ACS's nos municípios, refletindo-se no conjunto de ações desenvolvidas pelo PACS/PSF.

No Gráfico 8, verifica-se a relação ACS/habitante superior pelo que é preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo recomendado como adequado um ACS responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 2001; WAI, 2007; BRASIL, 2012). Essa situação também foi evidenciada no estudo de Ferraz e Aerts (2005). É importante salientar que o grande número de pessoas/famílias por ACS gera uma sobrecarga de trabalho sobre os mesmos, dificultando, assim, os processos de trabalho, comprometendo a qualidade da atenção.

Gráfico 7 – Vínculo empregatício

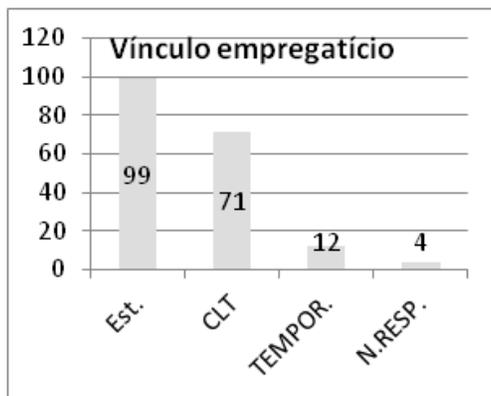
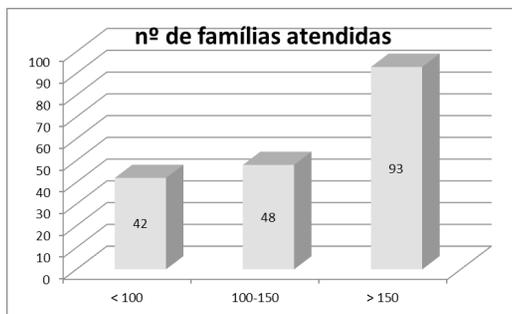


Gráfico 8 – Nº de famílias atendidas.

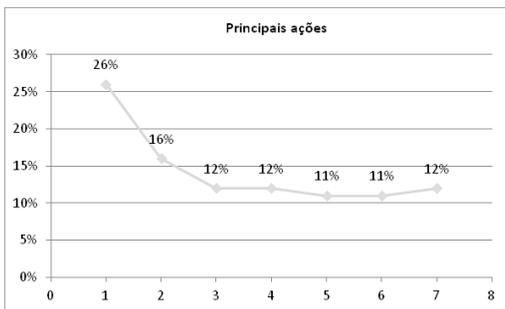


Quanto à localização das microáreas, os Agentes Comunitários de Saúde estão distribuídos da seguinte forma: 39% (73) acompanham famílias localizadas na zona urbana; 39% (72) acompanham famílias localizadas na zona rural e 18% (34) acompanham famílias localizadas em ambas as zonas (urbana e rural). Sete (4% do total do grupo) não responderam à questão. O detalhe da localização da microárea onde o ACS atua ganha relevância, principalmente na zona rural, porque as distâncias a serem percorridas para atingir a meta mensal de trabalho são significativas e em várias localidades só é possível se existir meio de transporte regular. Como se sabe, o interior é desprovido de transporte público regular e, possivelmente, o trabalho também seja carente em alguns momentos.

Também foi de interesse deste estudo investigar quais ações/tarefas são desempe-

nhadas pelos ACS's nos municípios (Gráfico 9). As atividades mais lembradas estiveram centradas em ordem decrescente nas de educação em saúde, acompanhamento de grupos de risco, gestantes, idosos, etc., controle vacinal, organização e participação de grupos/reuniões, visita domiciliar e cadastramento, seguidas de outras menos citadas. Vale ressaltar que nessa questão a soma excede 186, em função dos agentes comunitários de saúde mencionarem mais de uma atividade. Como tarefas consideradas de 'educação em saúde', estariam orientações sobre higiene, saúde bucal, saneamento básico, informações repassadas às gestantes, grupos de risco e prevenção de doenças. Uma atividade pouco salientada neste trabalho, mas que vem ganhando força nos últimos anos se refere ao acolhimento, visto que esta atitude é reconhecida como um diferencial que deveria ser empregado no dia a dia por todos os profissionais atuantes nos serviços de saúde (BRASIL, 2012b). Outro aspecto importante e também atribuído aos ACS é a atenção para alguns aspectos do pré-natal de baixo risco, conforme previsto pelo programa de atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012c).

Gráfico 9 – Ações/tarefas desempenhadas pelos ACS's nos municípios

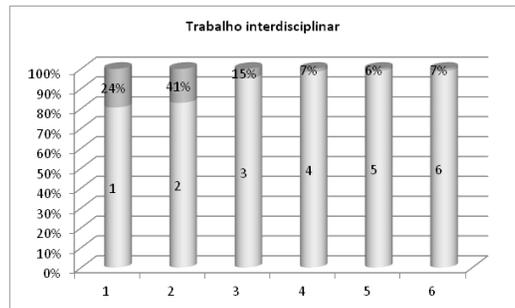


Legendas: 1(educação em saúde); 2(acompanhamento de grupos); 3(controle vacinal); 4(reuniões); 5(visita domiciliar); 6(cadastramento); 7(outras atividades)

Os dados inseridos no Gráfico 10 mostram, em porcentagens, a rede de relações de trabalho, oferecendo a idéia de que realmente

existe um elo entre a equipe multiprofissional. Entendendo que essas relações de trabalho são efetuadas concomitantemente, as porcentagens representam o somatório das opções, e, por conseguinte, ultrapassam os 100%, chamando a atenção para as diversas interfaces dessa atividade. Esta premissa vem ao encontro dos pressupostos do trabalho em equipe. Organizando as ações dessa forma, são necessários diferentes saberes articulados para dar conta das necessidades de saúde de cada pessoa, coletividade ou grupo social. Em equipe, os profissionais se unem pelo cuidado com a pessoa e não por conta dos cargos que ocupam ou pelas doenças. Vários saberes provenientes de formações diferentes se apoiam compondo equipes matriciais e podem se responsabilizar por grupos populacionais, grupos de pessoas portadoras de um agravo ou grupos de usuários. Isso evita que as pessoas precisem, a cada novo problema, serem levadas como um eletrodoméstico, a uma assistência técnica autorizada (BRASIL, 2005).

Gráfico 10 – Trabalho multidisciplinar.



Legendas: 1(médicos); 2(Enfermeiros); 3(técnicos em enfermagem); 4(dentistas); 5(técnicos de higiene bucal); 6(outras).

Conclusões

Este estudo permitiu caracterizar o perfil dos agentes comunitários de saúde que integram as equipes de Saúde da Família na região do Alto Uruguai. Ficou demonstrado

que a grande maioria dos ACS's são do gênero feminino e, em média, possuem grau de escolaridade superior à exigência legal. Dois terços dessa força de trabalho desenvolvem as suas atividades de dois a sete anos com atenção para os que ingressaram há menos de um ano e para aqueles que atuam nesta profissão há mais de dez anos. Quanto às condições mínimas exigidas para o início das atividades, a maioria foi qualificada através de treinamento introdutório e outros por capacitações.

Um ponto que se poderia considerar importante é que a quase totalidade dos respondentes refere que a motivação básica para exercer o papel é gostar de trabalhar com pessoas, conforme foi exposto no gráfico 8 e que se menciona a motivação para exercer a função de agente comunitário de saúde. Os vínculos empregatícios e o montante de pessoas ou famílias a serem atendidas estão de acordo com o preconizado pela lei. Ressaltam-se as eventuais dificuldades para que esses trabalhadores consigam atingir as metas mensais de produção nas localidades do interior e onde não há transporte público regular. As ações/tarefas realizadas nos municípios dizem respeito à educação em saúde, acompanhamento de grupos de risco, gestantes, idosos, controle vacinal, organiza-

ção e participação de grupos/reuniões, visita domiciliar e cadastramento. Outro ponto importante e positivo diz respeito ao tratamento das informações coletadas nas suas áreas de atuação. O fato de serem acolhidos pelos demais profissionais que possuem maior grau de instrução formal e que, por conseguinte, também têm maior grau de conhecimento e poder de decisão, estimula a ação e oferece a impressão que, de fato, o trabalho é realizado em equipe multiprofissional, sendo este um dos pilares que sustentam a política de saúde no Brasil.

Os dados expressos neste trabalho refletem boa parte do trabalho executado pelos ACS e a sua continuidade para a melhoria da qualidade da saúde da população adstrita à área de atuação desses profissionais, a qual poderá ser assegurada através da educação permanente. Esta visa ao aproveitamento pleno do potencial de cada um, aprimorando as habilidades do manejo com indivíduos e comunidade, bem como as competências atribuídas através de legislação e inseridas em programas. A melhora na qualificação permite o desenvolvimento pleno das capacidades, estimulando-os a realizar um trabalho comunitário, participativo, reflexivo e transformador.

AUTORES

Irany Achilles Denti - Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Professor do Curso de Pós-Graduação em Terapia Intensiva na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. E-mail: iranyd@uri.com.br

Mariane Bergamo Tozzo - Enfermeira, responsável pelo programa telessaúde para a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Leda Maria Perez Mendes - Enfermeira, Mestre em Extensão Rural pela Universidade Federal de Santa Maria (RS). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde.

REFERÊNCIAS

- BACH, C. M. As concepções do trabalho desenvolvido sob a óptica do agente comunitário de saúde. In: DENTI, Irany Achilles (Org.). **Saúde da Família**. Erechim: EdiFAPES, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da **Emenda Constitucional nº 51**, de 14 de fevereiro de 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002.
- DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 11, n. 23, p.439-447, set./dez., 2007.
- ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 30/2003 da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RS**.
- _____. **Resolução nº 59/2003 da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RS**.
- FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.317-355, abr./jun., 2005.
- KESSLER, A. I. et al. A Educação Continuada como Ferramenta na Construção da Assistência Integral na Unidade Básica de Saúde – ESF. **Anais... XI Salão de Iniciação Científica – PUCRS**, 09 a 12 de agosto de 2010.
- MONTEIRO, M.A.G.S. A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. **Revista Labor**, n.5,v.1, 2010.

NUNES, M. de O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. de A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. de C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639-1646, nov./dez., 2000.

OBREGÓN, P. L.; DIAMANTE, C.; SAKR, M. Contribuição na formação dos agentes comunitários de saúde. **Varia Scientia**. Cascavel, v.9, n.15, jan./jul., 2009.

PEDROSA, J. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do PSF. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n.3, p.302-311, jun., 2001.

SANTOS, L. P. G. S. dos. **A atuação do Agente Comunitário de Saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde**. Dissertação (Mestrado) apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

SILVA, M..J., RODRIGUES, R.M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.2, n.1, 2000.

SILVA, F. S.; SOUSA, S. R. G. R.; GONÇALVES, T. R. A. **Perfil dos agentes comunitários de saúde da estratégia de saúde da família do município de Arcoverde – PE**. Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2009.

SILVA, J. A. D.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: fev., 2002.

THEISEN, N. I. dos S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico**. Dissertação (Mestrado) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado – da Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul: fev., 2004.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: fev., 2002.

WAI, M. F. P. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento**. Dissertação (Mestrado) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

