

## **PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE<sup>1</sup>**

*PERCEPTION OF HEALTH USERS IN RELATION TO THE  
ACTIONS TAKEN BY COMMUNITY HEALTH AGENTS*

**Mari Gehn<sup>2</sup>, Maria Helena Gehlen<sup>3</sup>, Silomar Ilha<sup>3</sup>, Glaucia Dal Omo  
Nicola<sup>2</sup>, Cláudia Zamberlan<sup>3</sup> e Dirce Stein Backes<sup>3</sup>**

### **RESUMO**

No presente estudo, teve-se por objetivo conhecer a percepção de usuários de saúde que integram uma equipe de Estratégia Saúde da Família em relação à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de caráter qualitativo, desenvolvida por meio de entrevistas, entre março e abril de 2010, com doze famílias que integram uma das equipes da Estratégia da Família, localizada na região central do Rio Grande do Sul/Brasil. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, sob o número 378/2009. Os dados analisados resultaram nas categorias: Desconhecendo a função do Agente Comunitário; Evidenciando a concepção biologicista; Satisfazendo as carências pessoais; Cumprimento de normas e rotinas. Conclui-se, que o Agente Comunitário de Saúde possui uma importante função articuladora e instigadora de um novo modelo de atenção à saúde, com foco na promoção do viver saudável. Evidencia-se, no entanto, que o papel do Agente precisa ser melhor definido e conduzido, a fim de que a sua prática não se reduza em ações pontuais e assistencialistas.

**Palavras-chave:** da família, enfermagem, promoção da saúde.

---

<sup>1</sup> Trabalho Final de Graduação - TFG

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Enfermagem – UNIFRA. E-mail: silo\_sm@hotmail.com

<sup>3</sup> Orientadora - UNIFRA

## ABSTRACT

*The present study aims to understand the perception of some health users that integrate a team of Family Health Strategy in relation to the performance of Community Health Agents. This is a descriptive-exploratory research, with a qualitative design, developed through interviews between March and April, 2010, with twelve families that comprise one of the Family Strategy teams, located in the central region of Rio Grande do Sul, Brazil. The data analyzed resulted in the following categories: Does not know the function of the Community Agent; Evidencing the biological conception; Meeting the personal needs; Following rules and routines. It concludes that the Community Health Agent has an important function as an organizer and instigator of a new model of health care, focusing on the promotion of healthy living. It is evident, however, that the role of agents needs to be better defined and conducted, so that his/her practice is not reduced in isolated actions.*

**Keywords:** family, nursing, health promotion.

## INTRODUÇÃO

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que pretendia soluções de acesso à saúde a toda população na forma de um atendimento eficiente e direito constitucional do cidadão. Essa conferência discutiu a situação da saúde no país, e aprovou um relatório que passou a constituir o Projeto de Reforma Sanitária o qual reconhece a saúde como direito de todos e dever do estado, indo ao encontro da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS, 2006).

O SUS foi regulamentado em 19 de dezembro de 1990 a partir da Lei nº. 8080/90 com o propósito de garantir a saúde para toda a população brasileira, diminuindo a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Nessa ótica, foram propostos inúmeros programas e dentre eles, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, para atender parte dos problemas básicos de saúde, com destaque em promoção da saúde (SILVA, 2001).

O Ministério da Saúde (MS) mediante a Portaria nº. 648, de 28 de Março de 2006, reconheceu o PSF como uma estratégia prioritária para organizar a atenção básica de saúde, e ao reestruturar este, propôs a denominação Estratégia de Saúde da Família (ESF), elencando a família como núcleo social alvo em um território definido e agregando ao atendimento os princípios de responsabilidade social, interdisciplinaridade, intersetorialidade e vigilância em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ocorreu a inserção de uma nova categoria profissional na rede do SUS. O PACS foi pensado como uma estratégia de transição para outra mais abrangente como o PSF. Estas duas estratégias se constituíram em caminhos possíveis no processo da reorganização da atenção básica em saúde, representando uma intervenção concreta no contexto da mudança de atenção à saúde (SILVA, 2001).

A ESF exige uma equipe mínima de profissionais, composta por um enfermeiro, um médico, uma auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde, que se responsabilizam por 800 a 1.000 famílias. Os ACS devem residir no território de atuação, pois dessa forma, além da capacitação, a experiência provém do vivido junto à comunidade que pertencem, facilitando a articulação entre a equipe de saúde e famílias (SANTANA et al., 2009).

As atividades do ACS estão amparadas na Portaria GM/MS nº 1.886/97, no Decreto nº 3.189/99 e na Lei 10.507 de julho de 2002. Por ser um trabalhador do âmbito específico do SUS, lotados nas Unidades de Saúde da Família, e fazer parte da comunidade, eles são profissionais relevantes no contexto de mudanças das práticas de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No atual modelo de saúde brasileiro, o enfermeiro vem adquirindo inserção e participação nos processos de gestão e fomento de políticas de saúde. Na ESF, ocupa, na maioria das equipes, a função de coordenador, além de ser o responsável pela capacitação e educação continuada dos ACS. Dessa forma, enquanto Enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, sentiu-se a necessidade de avaliar essa política no ponto de vista das famílias/usuários a respeito da atuação desses profissionais. A partir do tema da identidade do ACS, fez-se o seguinte questionamento: qual a percepção dos usuários de saúde que integram uma equipe de ESF em relação à atuação do ACS?

Nesta pesquisa, focalizam-se as necessidades e expectativas próprias dos usuários de saúde envolvidos no estudo. Mais que considerações técnicas, filosóficas ou políticas, há nisso uma dimensão coletiva de ação-participação. Com base no exposto, o presente estudo teve por objetivo conhecer a percepção de usuários de saúde que integram uma equipe de ESF em relação à atuação do ACS.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de caráter qualitativo, desenvolvida com usuários de saúde que integram uma equipe de ESF, localizada na região oeste do município de Santa Maria/RS/Brasil.

A pesquisa qualitativa caracteriza-se por tentar compreender as experiências humanas vividas pelos sujeitos do estudo, o que é possível com a descrição da experiência tal qual ela é definida pelos próprios sujeitos. Conforme Turato (2003), a pesquisa qualitativa é usada com o objetivo de ampliar a compreensão do homem pelos diversos profissionais das áreas da saúde a fim de aplicar tal entendimento nas práticas de saúde.

A comunidade, na qual os usuários de saúde estão inseridos, vivencia dificuldades de ordem social, econômica, ambiental e geográfica, as quais comprometem, em muitos casos, o viver saudável dos indivíduos.

Participaram do estudo, doze usuários de saúde que integram a área de abrangência de uma das equipes de ESF, as quais foram selecionadas mediante sorteio de prontuários, arquivados na Unidade de Saúde Local e, ainda, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados no período entre março e abril de 2010 por meio de entrevista, contemplando três questões, quais foram: Como você percebe o trabalho dos agentes comunitários de saúde? O que você sabe sobre a sua saúde? Descreva uma visita dos ACS à sua família.

Os dados foram analisados por categorização, com base no método de análise de conteúdo (BARDIN, 2009). Feita uma pré-análise (organizando o material coletado e sistematizando as ideias por meio de leitura meticulosa das respostas obtidas na entrevista) conhecendo a percepção de famílias que integram uma equipe de ESF em relação à atuação do ACS. A seguir, a categorização das unidades de registro, a qual resultou em três categorias definidas a *posteriori*.

Foram considerados os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Dessa forma, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, sob o número 378/2009 (BRASIL, 1996). Para manter o anonimato dos depoentes, os mesmos foram identificados alfa-numericamente pela letra ‘U’, referente a usuário, levando-se em conta a ordem dos discursos (U1, U2, U3...).

## **RESULTADOS**

A análise dos dados evidenciou três categorias de respostas, quais foram: desconhecimento da função do ACS; evidenciando a abordagem biologicista; cumprimento de normas e rotinas.

## DESCONHECIMENTO DA FUNÇÃO DO ACS

Por não saberem o desenvolvimento sobre o trabalho dos ACS, os usuários associam suas atividades à entrega de receitas, verificação de Pressão Arterial, marcação de consultas, quando deveriam pensar nesse profissional como articulador, como alguém que proporcione o vínculo entre a comunidade e os demais profissionais envolvidos na ESF, conforme o mencionado nas falas a seguir:

[...] *Sei que os ACS precisam ir à casa da gente, mas não sei o porquê eles vão à sua casa perguntar sobre a sua saúde, agilizam receitas.* (U1)

[...] *Não sei bem como funciona o trabalho dos agentes comunitários de saúde, acho que devem entregar medicamentos com receitas.* (U2)

[...] *Não sei bem, mas sugiro que continuem fazendo mais visitas domiciliares, porque eles ensinam e não é necessário perguntar para o médico, e elas tiram as nossas dúvidas.* (U3)

A falta de esclarecimento em relação à função do ACS pode estar associada ao despreparo dos profissionais para a função e a própria desarticulação da equipe de ESF. Em outros momentos, os usuários evidenciam que o ACS “*tira as dúvidas*” não sendo “*necessário perguntar para o médico*”.

Nos relatos, ficou evidente que mesmo desconhecendo a função dos ACS, os usuários referem ser importante o papel dos mesmos ao demonstrarem-se a favor das visitas domiciliares. Observa-se, porém, que a atuação dos ACS está muito aquém do que é previsto na política, principalmente no que diz respeito ao papel articulador entre a equipe de saúde e as famílias. Isso, no entanto, não foi observado nas entrevistas.

Esse fato se justifica pelo próprio processo de qualificação do ACS, que ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel (SILVA; DALMASO, 2002).

Em decorrência das múltiplas funções desempenhadas pelo ACS, é exigido deste profissional um conhecimento e uma visão abrangente, o que remete novamente à importância do trabalho contínuo em equipe, adquirindo saberes diversos. Nesse delineamento, todos os profissionais de saúde devem estar envolvidos nessa formação,

pois ela irá refletir no melhor atendimento à comunidade (SANTANA et al., 2009).

No entanto, os entrevistados evidenciaram que os ACS não dispõem de saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, e raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade. Os saberes existentes geralmente são voltados à técnica e exclusivos para dimensões políticas, ou conscientes do “agir comunicativo” (CARBONI; COSTA, 2004).

Nota-se que mesmo passados 16 anos da implementação do PSF ainda resta muito a ser feito, tendo em vista o descompasso e as dificuldades em relação à atuação dos profissionais junto à comunidade. Esse fato se justifica devido à concepção biologicista vista como hegemônica por anos e ainda nos dias atuais utilizada por muitos (BACKES, BACKES, ERDMANN, 2011).

## EVIDENCIANDO ABORDAGEM BIOLOGICISTA

Nos relatos a seguir, pode-se observar que a saúde é considerada apenas como ausência de doenças. O conceito ampliado de saúde previsto pelo SUS não foi evidenciado pelos usuários, pois essa dinâmica se exclui e se volta a antigos conceitos nos quais apenas a ausência da doença é o fato relevante.

*[...] Eles perguntam como estamos de saúde, se estamos com problemas, se precisamos de receitas ou encaminhamento, e verificam se estamos tomando remédios. (U3)*

*[...] Eles chegam fazem perguntas, dão explicação sobre doenças, saúde e perguntam como estamos. (U4)*

*[...] Sou diabética, mas graças ao trabalho dos agentes comunitários de saúde esta já está controlada. (U7)*

Na fala dos usuários, fica evidente que a abordagem de intervenção predominante na saúde, ainda está focada na doença, na “receita médica” ou nos “remédios”. A ideia da promoção e proteção da saúde, a ser preconizada pela estratégia saúde da família, ainda está longe de ser conquistada, pelo menos na realidade estudada. Percebe-se, segundo a fala dos familiares, que os ACS ainda estão focados em práticas pontuais e assistencialistas, direcionadas, mais especificamente, para a doença que o usuário já possui. Todavia os relatos

demonstraram também que os ACS perguntam como estão os usuários, fazem perguntas sobre saúde e contribuem no controle do diabetes.

A ESF visa contemplar todas as fases de vida do ser humano e tem um caráter de integralidade. Isto significa que o atendimento prestado pelos profissionais da ESF deve abranger não só o aspecto biológico, mas também o psicossocial do ser humano, realizando assistência centrada na pessoa ao invés da sua doença, efetuando a promoção da saúde (MACIEL, 2008).

A promoção da saúde representa um processo social, cultural e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. Entende-se por promoção da saúde, o processo que possibilita as pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde e com isso melhorar sua saúde, sendo a participação das pessoas essencial para sustentar as ações de promoção (RUMOR et al., 2010).

Pensando nos sujeitos como promotores de saúde, o SUS tem como uma de suas metas a promoção do exercício da autonomia e da cidadania do ser humano, a partir de novas atitudes, das quais usuários e trabalhadores buscam uma postura ativa e comprometimento, a fim de que todos possam exercer os direitos que contemplam a Constituição Federal, onde a promoção da saúde acontece a nível individual e coletivo e a compreensão de saúde como direito de todos e um dever do estado, mas que esse fato não extingue a responsabilidade de cada um (BRASIL, 2005).

Observa-se nas falas que as visitas domiciliares realizadas pelos ACS são pouco esclarecedoras a respeito do modelo de promoção de saúde, pois seus questionamentos são pautados em questões meramente curativistas, voltadas para as receitas, remédios, encaminhamentos, entre outras.

Diante dessa realidade, na qual os profissionais da saúde focam suas recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados”, a enfermagem, bem como as demais áreas do conhecimento, deve direcionar suas ações para uma mudança de percepção relacionada aos conceitos de saúde e educação, priorizando a relação dialética existente entre educação, saúde, contexto social e atores sociais (FREIRE, 2002).

A visita domiciliar, nessa direção, se torna uma metodologia significativa, na qual o ACS deverá apreender a potencializar e contribuir na emancipação dos sujeitos, pois é um espaço educativo que dialoga saberes no entendimento das necessidades das famílias na promoção da saúde, desordenando o vínculo hegemônico das práticas curativistas que ora ordenam e condicionam o ser saudável a não ter agravos.

## CUMPRINDO NORMAS E ROTINAS

Na fala dos usuários, em geral, fica evidente que as visitas domiciliares realizadas pelos ACS se caracterizam, basicamente, por ações rotineiras e normativas instituídas, o que denota uma prática assistencialista, até mesmo pelo fato do *modus operandi* do SUS ser baseado em quantificações (de consultas, de vacinas, de visitas domiciliares, de distribuição de remédios...) conforme os relatos a seguir:

[...] *Os ACS chegam, conversam sobre diversos assuntos, pedem para assinar o SIA-SUS... pedem para passar no posto e para a gente participar dos grupos de hipertensos e diabéticos, conferem se usamos ou não a medicação.* (U8)

[...] *Que pudessem agilizar atendimento para as pessoas idosas, que pudessem dar tratamento diferenciado para os mesmos ao invés de só verificarem a pressão.* (U9)

[...] *Chegam à sua residência, perguntam como está a saúde, fazem um intimado para comparecer na unidade básica, para consultar, fazem perguntas, cuidam.* (U11)

[...] *Os ACS veem a pressão, perguntam se estamos tomando remédios e entregam receitas.* (U12)

Os resultados evidenciam, de modo geral, que mesmo sendo uma estratégia ousada, criativa e inovadora, a saúde da família ainda está longe de alcançar os objetivos propostos. Percebe-se que, tanto os usuários quanto os ACS, ainda estão focados em abordagens tradicionais curativistas, nas quais predominam a “doença”, a “receita médica” e o “posto de saúde”. Fica evidente, portanto, que a Estratégia Saúde da Família necessita, crescentemente, investir em novas abordagens de intervenção, no sentido de emancipar os usuários como protagonistas do processo de viver saudável.

É possível perceber nas falas que não existe a ênfase na saúde, voltada à promoção do viver saudável, mas sim uma abordagem voltada para procedimentos fragmentados ainda em modelos anteriores. Além disso, existe uma preocupação muito grande com as rotinas como refere um usuário ao dizer que os ACS chegam em sua casa, solicitando para que assinem a SIA-SUS (documento fiscalizador das visitas) e a seguir passar na Unidade de Saúde.



Um dos desafios do SUS é justamente potencializar a promoção da saúde de forma autônoma, onde cada indivíduo tem a responsabilidade por promover sua saúde. Observa-se ainda, no entanto, a resistência das famílias quanto ao novo modelo, uma vez que parte do profissional o convite é mais do que isso, a insistência para a participação coletiva quando isso deveria ocorrer naturalmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Mais uma vez foca-se o modelo hospitalocêntrico, preocupado em tratar as patologias pré-existentes que, na maioria das vezes, configuram-se como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. O ACS possui um papel fundamental nesse processo de mudanças, por estar inserido e fazer parte da comunidade. Esse, no entanto, precisa estar integrado e instrumentalizado no sentido de instigar as mudanças culturais pelo processo de ação-reflexão-ação.

Neste ínterim, denota-se a importância desse profissional, assim como os demais estarem preparados e aptos à compreensão de seu papel enquanto membro ativo no ESF e inserido junto às famílias, visto que o processo de ação-reflexão-ação é condição primordial para que os profissionais de saúde e comunidades possam assumir um ato comprometido, abrindo espaços para que aconteçam mudanças internas nos indivíduos, para que eles por si mesmos sejam capazes de refletir a necessidade de mudá-la (FREIRE, 2002).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidencia que é preciso consolidar o desafio de trabalhar com questões políticas, culturais e sociais, tendo como subsídio um novo olhar, não somente para tratamento de doenças, mas para questões que resgatem o comprometimento com a promoção da saúde em um contexto ampliado, visando ao viver saudável dos usuários. Não se pretendeu julgar, condenar ou defender a posição ou ponto de vista dos participantes deste estudo, contudo é uma tentativa de entender a atitude e o comportamento dos usuários que usufruem deste serviço, bem como compreender o entendimento desses a respeito do trabalho desenvolvido pelos ACS. Denota-se que os respondentes veem como positivo o trabalho desses profissionais e mesmo não tendo a visão ampliada do trabalho desenvolvido por eles, percebem como é importante a existência deles.

Considera-se a importância do ACS como articulador e protagonista das políticas públicas de saúde e no desenvolver de ações críticas e efetivas, sobre o cotidiano da comunidade e anseios. Sendo assim, o Agente Comunitário de Saúde possui uma importante função articuladora e instigadora de um novo modelo

de atenção à saúde, com foco na promoção do viver saudável. Evidencia-se, no entanto, que o papel do ACS precisa ser melhor definido e conduzido, a fim de que a sua prática não se reduza em ações pontuais e assistencialistas.

Apesar de todas as mudanças e avanços ocorridos em relação à saúde, com a ampliação de seu conceito, criação do SUS e a implementação da ESF, reorientando o modelo assistencial até então vigente, nota-se a extrema carência de profissional com perfil definido, e falta de empenho em desenvolver atividades contempladas no sistema. Entretanto, evidencia-se que os ACS têm tentado exercer sua atividade da melhor forma possível dentro de suas possibilidades.

Nesse aspecto, evidencia-se a importância do ACS no que tange a saúde dos usuários, pois esse profissional é sujeito próprio da comunidade, conhece como nenhum outro profissional a realidade vivenciada e possui diversas atividades e responsabilidades direcionadas ao cuidado dos sujeitos, famílias e comunidades. Além disso, vem atuando na transformação do modelo próprio do fazer da categoria, no intuito de alcançar o conceito de saúde como qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BACKES, D. S.; BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L. A prática social sistêmica do enfermeiro na perspectiva luhmanniana. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 116-121, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições, 2009.

BRASIL. Resolução nº 196/96. Pesquisa em seres humanos. **Revista Bioética**, v. 36, n.8, 1996.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CARBONI, M.; COSTA, E. **Saúde da família uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 26ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

MACIEL, M. E. A equipe de saúde da família e o portador de transtorno mental: relato de uma experiência. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 13, n. 3, p. 453-456, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Programa Saúde da Família – PSF**. 2004. [Acesso em 11/06/2010]. Disponível em :<<http://dtr2001.saude.gov.br/psf/equipes/quantos.asp>>.

RUMOR, P. C. F. et al. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. **Cogitare Enferm.** Paraná, v. 15, n. 4, p. 674-680, 2010.

SANTANA, J.C.B. et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 14, n. 4, p. 645-652, 2009.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. Tese [Doutorado]. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.