

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM FOCO

Intervention proposition: the community health agent in focus

Lucas de Paiva Dias¹, Nathalia Silva Gomes², Marcos de Paiva Dias³**Resumo**

A cada dia fica mais evidente que a saúde não pode ser construída sem a participação dos diferentes sujeitos trabalhadores da área, uma vez que a complexidade das comunidades vem aumentando e exigindo o envolvimento desses profissionais. Nesse processo inclui-se o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), objetos deste estudo. Para realizar essa pesquisa tomou-se como ferramenta o Método da Estimativa Rápida em Saúde. Com a revisão de literatura e com as informações levantadas sobre os principais problemas identificados durante o trabalho do ACS, em uma Unidade Básica Saúde da Família do Município de Araguari, Minas Gerais, de modo geral, foi discutida a necessidade de um roteiro para a visita domiciliar. Conclui-se que os ACS são um elo importante do usuário com a comunidade, sendo assim, precisam estar envolvidos com os trabalhos realizados pela unidade de saúde, devem ser treinados e capacitados para que possam, de modo eficiente, manter com excelência e qualidade, as visitas domiciliares que ajudam na identificação dos principais problemas que afetam a população.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Visita Domiciliar.

Abstract

Lately, it can be seen that health can not be built without the participation of the different workers in the area, since the complexity of the communities is increasing and requiring the participation of these professionals. This process includes the work of the Community Health Agents (ACS). In this study, the Rapid Health Assessment Method was used as a tool. With the literature review and the data collected about the main problems identified during the ACS work in a Basic Family Health Unit of the municipality of Araguari, Minas Gerais, it was discussed the need of a roadmap for the household visit. It is concluded that the ACS are an important link between the user and the community, so they must be involved with the work carried out by the health unit as well as be trained in order to, efficiently, carry household visits with excellence and quality, covering the main problems affecting the population.

Keywords: Community Health Agents. Family Health Strategy. Household visit.

¹ Enfermeiro Secretaria de Saúde Prefeitura Municipal de Araguari.

² Doutoranda em Atenção Básica Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

³ Enfermeiro Instituição de Longa Permanência Espaço Livre.

Introdução

A saúde não pode ser construída sem a participação dos diferentes trabalhadores da área (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agente comunitário de saúde, entre outros), uma vez que a complexidade das comunidades vem aumentando e exigindo o envolvimento destes profissionais (BRASIL, 2009).

Com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 1994, ocorrem mudanças importantes no processo de trabalho. A ESF como estratégia dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008a).

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de saúde e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento em média de 3.000 indivíduos de uma determinada área (BRASIL, 2007).

Tratando-se especificamente do ACS, este é um personagem importante na implementação do SUS, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade. Ele desenvolve ações que buscam o elo entre a equipe e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), fato potencializado por ele morar na comunidades (BRASIL, 2009).

Desse modo, é fundamental a participação do ACS no trabalho desenvolvido na ESF, pois esse profissional possui papel de mediador, trazendo para a UBSF as demandas da comunidade (BORNSTEIN et al., 2014).

O ACS é um trabalhador do âmbito específico do SUS, e assume tarefas no cuidado de saúde em diferentes sistemas e contextos (SOUSA, 2005). A relevância destes profissionais nas mudanças das práticas de saúde e seu papel social junto à população constituem a necessidade de sua formação, a qual ainda é deficitária em diversas regiões do país (BRASIL, 2004).

Dentre suas atribuições está o exercício de atividades de prevenção das doenças e dos agravos e de

vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares (VD) e ações educativas sob normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela gestão, e as nacionais e estaduais pactuadas (BRASIL, 2011). Assim, considera-se que o trabalho educativo pode mudar o modelo de atenção, na medida em que fortalece a autonomia da população e possibilita a expressão de suas necessidades, sua organização e a construção de um sistema de saúde humanizado (BORNSTEIN et al., 2014).

A importância do ACS se sustenta em sua atuação como facilitador dos trabalhos realizados pela equipe, como aquele que entende a realidade da população, que aponta os riscos encontrados no território e cria vínculos com os moradores (SAKATA et al., 2012).

Além disso, destaca-se também que a ação do ACS pode ser dificultada pela falta de conhecimento que alguns possuem a respeito da população sobre a qual atuam e quanto ao seu real papel dentro do contexto da comunidade e do baixo nível de envolvimento com a equipe, no que tange a busca de soluções (SAKATA et al., 2012). Assim, é necessário criar subsídios para avaliação e para sugestão de melhorias para o trabalho dos ACS, as quais contemplem as necessidades de informações dos moradores (BRASIL, 2008a), importante para que o grupo possa planejar suas atividades.

Cita-se, ainda, como dificuldades enfrentadas, a falta de ACS, muitas vezes em virtude de dificuldades financeiras do município, problemas de comunicação entre eles e a chefia imediata, a desmotivação, o envolvimento de questões políticas e a falta de qualidade das VD. Tais fatores, somados, têm acarretado impacto negativo sobre o desempenho das equipes, e se configura em inúmeras reclamações pelos atendimentos realizados pelos ACS (FERREIRA; RUIZ, 2012).

Assim, este estudo se justificativa pela relevância que o tema assume na AB e nas ações realizadas pelos profissionais da ESF, em que o trabalho em equipe é fundamental para o fortalecimento do planejamento em saúde (BRASIL, 2008b). Desta forma, objetiva-se realizar uma proposta de intervenção frente aos problemas identificados em uma unidade básica de saúde da família, principalmente no que tange aos agentes comunitários de saúde.

Metodologia

Para identificar o principal problema enfrentado por uma UBSF do município de Araguari, Minas Gerais, e propor um plano de ação adequado à situação, utilizou-se como suporte o Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (PES) (CAMPOS et al.,2010).

O PES fundamenta-se no método da estimativa rápida. Este constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto espaço de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. As questões são abordadas em suas múltiplas dimensões, política, econômica, social, cultural e etc., e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicas e sua solução depende, muitas vezes, de recursos extra setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação (CAMPOS et al.,2010).

Todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos, como uma sequência lógica de ações. Nesse sentido, o PES possui as seguintes etapas: Momento Explicativo (busca-se conhecer a situação atual, identificar o problema), Momento normativo (formulação de soluções para o problema), Momento Estratégico (busca-se construir a viabilidade para as propostas de solução dos problemas) e Momento tático-operacional (momento de execução do plano buscando solucionar os problemas)(CAMPOS et al., 2010).

A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2014 a março de 2015 e ocorreu na própria unidade, aproveitando-se o horário destinado a reuniões, por meio do Diagnóstico Situacional. Baseado nas respostas identificou-se o principal problema, no caso, o trabalho do ACS, e propôs-se um plano de ação para elaboração de um roteiro para as VD.

Resultados e Discussão

No que tange ao primeiro passo do PES, tem-se a definição dos problemas (Quadro 1).

Quadro 1 - Problemas identificados em uma Unidade de Saúde da Família no município de Araguari. Araguari, 2017.

Agente responsável	Problemas identificados
ACS*	Falta de ACS: dificulta os atendimentos da comunidade;
	Falta de Perfil dos ACS: ocorrência de atritos entre o ACS e o usuário/equipe de saúde; ACS desmotivado, ocioso e descompromissado e baixo envolvimento com atividades de promoção da saúde;
	Falta de Educação Continuada e Permanente para ACS: dificulta o trabalho das equipes, pois os profissionais são treinados esporadicamente, sem planejamento;
	Visita Domiciliar: reclamações pelos usuários dos atendimentos prestados pelos ACS, como: recusa em realizar cadastro, falta de educação, falta de conhecimento do funcionamento da unidade e o grande intervalo de tempo entre uma visita e outra;
	Auditoria: falta de um sistema de Auditoria que fiscalize os ACS;
	Trabalho em equipe: brigas internas e de natureza pessoal;
	Grupos Operativos: mau funcionamento dos Grupos de Hiperdia/Grupo de Artesanato; falta de alguns grupos como Planejamento familiar, Tabagistas e Idosos, e outros grupos que são realizados de forma esporádica, como Grupo de Gestante;
Equipe de Enfermagem e Equipe Médica	Recursos Financeiros: estrutura precária; falta de alguns materiais;
	Auditoria: falta de um sistema de Auditoria que fiscalize o funcionamento das unidades;
	Profissionais: alta rotatividade;
	Grupos Operativos: mau funcionamento dos Grupos de Hiperdia/Grupo de Artesanato; falta de alguns grupos como Planejamento familiar, tabagistas e Idosos, e outros grupos que são realizados de forma esporádica como Grupo de Gestante;
Setor Administrativo e Serviços Gerais	Recursos Financeiros: falta de recursos materiais. Estrutura da Unidade de Saúde precária, sendo necessários reformas urgentes;
	Auditoria: falta de um sistema de Auditoria que fiscalize o funcionamento das unidades;
	Reclamações: pelos atendimentos prestados à comunidade, quando a passagem de informações e a limpeza da unidade.

*ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Fonte: Próprio autor, 2017.

Após elencar-se os problemas, tem-se a sua priorização e classificação pela equipe com nota de zero a dez em termo de urgência, considerando quanto maior o valor, maior a gravidade e a necessidade de resolução (Quadro 2). Em relação à seleção, trata-se da ordem de prioridade dada a cada problema identificado.

Quadro 2 - Classificação das prioridades para os problemas. Araguari, 2017.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Enfrentamento	Seleção
Falta de ACS*	Alta	9	Parcial	7
Falta de perfil dos ACS	Alta	10	Parcial	7
Falta de Educação Continuada e Educação Permanente para ACS	Alta	8	Total	1
Baixa qualidade das Visitas Domiciliares	Alta	10	Total	1
Grande número de reclamações dos atendimentos prestados pela Médica	Alta	8	Parcial	4
Grande número de reclamações dos ACS	Alta	8	Parcial	3
Falta de um sistema de auditoria no município atuante na Atenção Básica	Alta	8	Parcial	6
Mau funcionamento dos Grupos Operativos	Alta	8	Total	5
Falta de recursos financeiros	Alta	8	Parcial	8
Baixo envolvimento dos ACS com a equipe	Alta	9	Total	2

*ACS: Agente Comunitário de Saúde

Fonte: Próprio autor, 2017.

Como verificado, a maior parte dos problemas vivenciados nesta UBSF envolvem o ACS e podem ser resolvidos pela própria equipe, como a criação de um roteiro para a VD e o aumento da frequência de treinamentos e capacitações. Na percepção dos médicos e dos enfermeiros, a importância do ACS se sustenta em sua atuação como facilitador dos trabalhos realizados pela equipe, como aquele que entende melhor a realidade da população, que aponta os riscos encontrados no território e cria o vínculo com os moradores (GARLET et al., 2014).

A seguir, tem-se a descrição e a explicação dos problemas. Sabe-se que o ACS utiliza instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural das famílias adscritas em sua microárea. A partir de então, ele é capaz de orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e de traduzir para a UBSF a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identificar parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes. Por isso, precisa estar preparado e bem qualificado para que possa realizar suas ações e criar vínculos.

Como verificado, o ACS é um importante membro da equipe da ESF, quando, por algum motivo, não atua de forma correta a cadeia se quebra, dificultando o estabelecimento de vínculo e confiança.

Muitos dos problemas que surgem dentro da equipe de saúde, é fruto da própria diferença de relação entre os profissionais, os quais muitas vezes possuem visões diferentes de enfrentamento das questões e de suas respectivas soluções, as quais dificilmente passam por discussão ampla nas reuniões de equipe. Para tanto, é comum o surgimento de nós críticos, que precisam ser identificados e resolvidos.

Um nó-crítico é um tipo de causa do problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-los. Traz também a ideia de algo sobre o qual se possa intervir, está dentro do espaço de governabilidade ou o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado (CARVALHO et al., 2004). Como nós-críticos citam-se falta de um sistema de auditoria no Município; falta de um roteiro de VD que auxilie o ACS e falta da realização de Educação Permanente.

Através dos dados apresentados verifica-se a necessidade de se estabelecer ações que os capacite e, ao mesmo tempo, avalie suas ações no dia-a-dia com o objetivo de melhorar o trabalho em equipe e a relação usuário-agente e usuário-unidade.

Levando em consideração os nós-críticos identificados, tem-se o desenho das operações (Quadro 3).

Quadro 3 - Operações propostas para a solução dos nós-críticos. Araguari, 2017.

Nó Crítico	Operação	Produtos Esperados	Recursos necessários
Falta de perfil dos ACS* e de conscientização do ACS acerca da importância do seu trabalho	Introdução da Educação Permanente	Fortalecer o vínculo da comunidade com os ACS;	Organizacional: recursos para a elaboração do sistema de educação permanente e auditoria;
	Sistema de Auditoria	Demissão dos profissionais sem perfil que não queira melhorar o trabalho realizado;	Cognitivo: discutir a desmotivação;
	Realização de discussão em grupo e de palestras sobre a temática	Melhorar os níveis de motivação dos profissionais ACS;	Político: apoio para efetivação das propostas; Financeiro: introdução de curso de capacitação e criação do sistema de auditoria;
Educação Permanente inadequado	Curso de Capacitação	Instituição de estratégias periódicas de capacitação;	Organizacional: curso de Educação Permanente para a equipe; Financeiro: recursos para a organização e aplicação do curso;
		Compreensão das atribuições e responsabilidades do ACS;	Político: parceria com a Secretaria de Saúde para a organização do curso; Cognitivo: esclarecimentos de dúvidas;
Sistema de Auditoria inexistente	“Fiscalização” “Melhoria do Serviço” Implantar um Sistema de Auditoria que fiscalize o trabalho dos ACS	Diminuição dos problemas de saúde da população;	Organizacional: auditoria operacional;
	Melhorar a prestação das VD	Diminuição de reclamações e queixas pela comunidade;	Cognitivo: discussão sobre necessidades do atendimento adequado;
	UBSF como porta de entrada da Atenção Básica	Recursos humanos capacitados;	Político: estruturação do Sistema de Auditoria. Adesão dos profissionais; Financeiro: contratação de profissionais capacitados para fiscalização;
Visita Domiciliar	“Atender melhor” Estabelecer uma linha guia para Visita Domiciliar	Melhorar o nível de atendimento em domicílio;	Organizacional: reuniões com os ACS para a implantação da Linha guia;
		Aumentar a resolubilidade dos problemas na visita domiciliar;	Cognitivo: discutir com a equipe os conhecimentos, dúvidas, anseios e perspectivas sobre o assunto;
		Diminuir o número de reclamações e queixas em relação aos ACS.	Político: estabelecer parceria com a Secretaria de Saúde;
			Financeiro: aquisição de material educativo para as reuniões.

*ACS: Agente Comunitário de Saúde

Fonte: Próprio autor, 2017.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (POZ, 2002).

No Brasil, duas questões tomaram relevância no processo de implantação do PACS: a escolha do ACS (processo seletivo, capacitação, avaliação etc.) e as condições institucionais da gestão da saúde no nível local (grau de participação dos usuários – formação dos Conselhos de Saúde; grau de autonomia da gestão financeira; recursos humanos disponíveis; capacidade instalada disponível etc.) (SAKATA et al., 2012).

Uma dessas questões diz respeito à qualidade das VD, principal instrumento de trabalho do ACS. Para que elas atinjam seu objetivo, é fundamental que sejam devidamente programadas, para que se aproveite melhor o tempo do ACS e o das pessoas visitadas (LIMA et al., 2010).

Quando o ACS sai da unidade, precisa ter direcionamento: saber aonde ir, por que ir, quando ir, bem como abordar a comunidade, com objetivo de colher o máximo de informações úteis que possa ajudar a equipe de saúde elaborar suas atividades (SAKATA et al., 2012).

Sendo assim, sugere-se a elaboração de um roteiro para VD, o qual cada município poderá elaborar o seu, conforme as características da população assistida, uma vez que poderá auxiliá-los a buscar as informações no momento certo, da forma correta, focando nos problemas identificados, os quais poderão ser discutidos nas reuniões das UBSF.

As famílias são visitadas de acordo com o cadastro familiar, realizado durante a VD, possibilitando o real conhecimento das condições de vida daquelas residentes na área de atuação da ESF. Nessa perspectiva, são os ACS que mantêm o contato estreito com os usuários dos sistemas de saúde (COSTAS et al., 2003).

Após, foram identificados os recursos críticos (Quadro 4) para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós-críticos do

problema: falta de Educação Permanente para os ACS atrelada a uma falta de Sistema de Auditoria e VD deficientes em termos de eficácia e eficiência.

Quadro 4 -Recursos críticos. Araguari, 2017.

Operação	Recursos críticos
Falta de perfil dos profissionais	Organizacional: falta de cursos de capacitação e Sistema de Auditoria;
	Político: falta de interesse por parte da administração na demissão de profissionais sem perfil;
	Financeiro: déficit de profissionais, o que pode ser agravado por novas demissões;
Educação Permanente: "Curso de Capacitação"	Organizacional: sobrecarga de trabalho pela falta de profissionais;
	Cognitivo: apreensão, ansiedade, falta de interesse em mudanças, comodismo e preguiça por parte de alguns profissionais. Falta de motivação pelo trabalho e de recursos materiais;
	Financeiro: aquisição dos materiais necessários para elaboração dos Cursos de Capacitação. Falta de recursos materiais e humanos;
"Fiscalização"	Cognitivo: apreensão e possível greve pelas mudanças;
Melhoria do Serviço	Político: falta de apoio para a consolidação do Sistema de Auditoria;
	Financeiro: aquisição de recursos materiais e humanos;
Visita Domiciliar	Cognitivo: falta de motivação e de interesse pelo trabalho e sobrecarga de trabalho;
	Financeiro: aquisição de recursos materiais.

Fonte: Próprio autor, 2017.

Posteriormente, apresenta-se a análise da viabilidade do plano referente às propostas de ações para a motivação dos autores (Quadro 5), seguido pelo plano operativo (Quadro 6).

Quadro 5 - Análise da viabilidade do plano referente às propostas de ações apresentadas. Araguari, 2017.

Operação	Controle do recurso crítico		Ação estratégica
	Ator que controla	Motivação	
Falta de perfil dos profissionais	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o Projeto do Curso de Capacitação e do Sistema de Auditoria solicitando empenho para sua consolidação;
	Gestor Municipal	Contrária	Solicitar apoio a Secretária de Saúde perante o Gestor Municipal pelo desligamento de profissionais sem perfil. Realizar reuniões em conjunto com a equipe;
	PACS*	Contrária	Reunir periodicamente com a equipe, elaboração de escalas rotativas e avaliação das atividades mais realizadas;
Educação Permanente: "Curso de Capacitação"	Gestor Municipal	Indiferente	Reunir com o Gestor Municipal solicitando providências, caso necessário convocar o Ministério Público para acompanhar a reunião;
	PACS/Centro de Saúde	Indiferente	Abordar o tema toda a vez que tiver reunião em equipe. Pagamento de incentivo ao médico por produção;
	Gestor Municipal Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessário;
"Fiscalização" Melhoria do Serviço	PAC Centro de Saúde	Indiferente	Uma reunião com os Agentes Comunitários de Saúde, explicando a necessidade da Fiscalização de suas atividades. Abordar o tema nas reuniões em equipe;
	Gestor Municipal	Contrária	Cobrar do Gestor Municipal a implantação do Sistema de Auditoria. Reuniões mensais para essa finalidade, com a apresentação do projeto; Durante as reuniões cobrem o Gestor Municipal projeto para a instalação do sistema de auditoria;
Visita Domiciliar	PACS Centro de Saúde	Indiferente	Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde. Abordar o tema toda a vez que tiver reunião em equipe;
	Gestor Municipal	Favorável	Não é necessária

* PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Fonte: Próprio autor, 2017.

Quadro 6 - Plano operativo proposto. Araguari, 2017.

Operações	Resultados	Responsável	Prazo
“Educação Permanente”	Diminuir a falta de perfil dos ACS.	Enfermeiro	3 meses
“Curso de Capacitação”	Melhorar o índice de reclamações. Atender melhor a comunidade durante as VD.	Enfermeiro	6 meses
“Fiscalização” “Melhoria do Serviço”	Melhorar o índice de satisfação dos usuários pelo serviço de saúde. População melhor atendida e mais informação sobre sua condição de saúde.	Enfermeiro	12 meses
“Atender melhor”	Melhorar o nível de atendimento do ACS. Focar os problemas de saúde prioritários. Dispor de materiais e informações que garantam o desenvolvimento de suas atividades no domicílio.	Enfermeiro	12 meses

Fonte: Próprio autor, 2017.

A gestão do plano (Quadro 7) constitui momento crucial para o êxito do processo de planejamento. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias (CAMPOS et al.,2010).

Quadro 7 - Gestão do plano em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Araguari, 2017.

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Falta de perfil dos profissionais	Enfermeiro	12 meses	Falta de perfil dos ACS; Falta de conscientização sobre o seu trabalho enquanto ACS;	Em Aberto
Educação Permanente: “Curso de Capacitação”	Enfermeiro	06 meses	Elevado índice de reclamações, sobre os atendimentos dos ACS; Qualidade das visitas domiciliares diminuídas;	Em Aberto
“Fiscalização” Melhoria do Serviço	Enfermeiro; Coordenador da Atenção Básica	12 meses	Índice de satisfação dos usuários pelo serviço de saúde baixo; População sem informação sobre sua condição de saúde;	Em Aberto
Visita Domiciliar	Enfermeiro	6 meses	Os problemas de saúde prioritários não são focados; Falta da Ficha Guia da Visita Domiciliar.	Em Aberto

Fonte: Próprio autor, 2017.

Conclusão

Independentemente da UBSF e da região de atuação, o trabalho em equipe é fundamental, pois facilita o desenvolvimento das atividades propostas, cria um elo entre os profissionais e os insere em um só contexto.

Dentre os diversos profissionais membros da equipe de uma ESF, o ACS destaca-se por estar em constante contato com a comunidade por meio das VD, para tanto, precisa ser treinado e avaliado constantemente, para que a equipe alcance seus objetivos e possa planejar suas atividades de modo eficiente.

Dos problemas identificados em uma UBSF do município de Araguari, os principais estavam relacionados ao ACS e, em especial, à baixa qualidade das VD realizadas. Assim, propõe-se a criação de roteiros para VD personalizados, que leve em conta as necessidades e as características da população/comunidade.

Percebeu-se também a falta de perfil e motivação dos seus ACS, o que tem dificultado o desenvolvimento das ações. Apesar de, através deste estudo, ter-se conseguido levantar o debate em prol de um olhar diferenciado para as atividades realizadas por eles, esbarrou-se na inércia desta categoria e na falta de interesse pelas mudanças.

Nesse sentido, é preciso que a coordenação da AB seja sensibilizada quanto aos problemas enfrentados, para que sejam solucionados de forma conjunta. Ressalta-se o que está ao alcance da equipe local precisa ser feito, como por exemplo, confecção de material educativo para os ACS, realização de reuniões semanais com a equipe e de educação permanente para os ACS e disponibilização de roteiro para VD, entre outros.

Enfim, percebe-se a importância desses profissionais para a Atenção Básica, bem como a necessidade de mantê-los bem treinados, para que realizem as funções com eficiência e eficácia.

Referências

BORNSTEIN, V.J. et al. **Contribuições da Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde para o Desenvolvimento do Trabalho da Equipe Saúde da Família**. Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro. v.12; n.1,107-128.2014.

BRASIL(a). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Ed.) **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Tecnologia da Informação. Brasília, 2008.

BRASIL(b). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portara nº 154, 24 de janeiro de 2008**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em 21/01/2016

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (Ed.). **Departamento de Atenção Básica: O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009.84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 20/01/2016.

CAMPOS, F.C.C. et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARVALHO, E.C. et al. **Uma visão jurídica do exercício profissional da equipe de enfermagem**. R Enferm UERJ. Rio de Janeiro, v. 12; n.4,102-108, 2004.

COSTAS, S.M. et al. **Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações m saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v.7; n. 18,2147-2156, 2003.

FERREIRA, V.M.; RUIZ, T. **Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos.** Rev. Saúde Pública, v. 46; n.5, 843-849, 2012.

GARLET, E.R. et al. **Trabalho em equipe: dificuldades e desafios na atenção à Saúde da família.** Aben Nacional. Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.126.pdf>>. Acesso em: 29/04/2016.

LIMA, A.N. et al. **A visita domiciliária realizada pelo Agente Comunitário de Saúde sob a Ótica de Adultos e Idosos.** Saúde Soc. São Paulo, v.19; n.4,889-897.2010.

POZ, M. R.D. **O agente comunitário de saúde: algumas reflexões.** Interface - Comunic., Saúde, Educ. v. 6; n.10, 75-94. 2002.

SAKATA, K.N.S. et al. **Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família.** Rev. Esc. Enferm. São Paulo.v. 3; n.46, 665-672. 2012.

SOUSA, M.S.L. **Guia para redação e apresentação de monografias, dissertações e teses.** 3 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.