



## **Fortalecendo o trabalho do agente comunitário de saúde por meio de aprendizagem ativa**

Juliana Muller<sup>1</sup>  
Maiara Kessin Geraldi<sup>2</sup>  
Mirelle Pereira<sup>3</sup>  
Rafael Fesini<sup>4</sup>  
Renata Goulart Castro<sup>5</sup>

### **Resumo**

O Sistema de Saúde brasileiro – SUS – baseia-se na saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Tem como objetivo promover atenção abrangente e universal por meio de uma gestão descentralizada de serviços de saúde, dessa forma sendo fundamental as ações intersetoriais de promoção de saúde e medidas organizacionais como a Estratégia de Saúde da Família. Um fator importante para a gestão destas ações é a comunicação entre os profissionais que fazem parte deste processo; é necessária uma equipe integradora para entender e elaborar um plano de trabalho que inclua todas as demandas e necessidades da população e dos agentes comunitários de saúde. Durante a Operação Tocantins do Projeto RONDON, realizada em janeiro de 2017, foi possível desenvolver na cidade de Natividade/TO atividades com os agentes comunitários de saúde para promover sua formação e buscar entender as principais dificuldades encontradas por eles. Ao final, foi possível levantar as dificuldades encontradas ao longo do processo de trabalho e propor ações de melhoria para se atingir o objetivo final de promover saúde para toda a comunidade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente

### **Abstract**

The Brazilian Health System, called SUS, is based on health as a citizen's right and a duty of the State. The objective of SUS is to promote comprehensive and universal care through decentralized management of health services, thus creating intersectoral health promotion actions and organizational measures such as Family Health Strategy. An important factor for the management of these actions is the communication between the professionals who are part of this process; an integrative work team is needed to understand and elaborate a work plan that includes all the

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>4</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>5</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

demands and needs of the population and the agents. During the Operation Tocantins by the RONDON Project, held in 2017, in the city of Natividade, State of Tocantins, it was possible to develop activities with community health agents to promote their training and seek to understand the main difficulties encountered by them. With the activities developed it was possible to point out the difficulties encountered throughout the work process and propose actions for improvements so that they could achieve the goal of promoting health for the whole community.

Key-words: Brazilian Health System, primary health care, Permanent education

## Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), o país iniciou transformação do modelo de atenção à saúde vigente. Em 1994, foi adotado pelo país o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, e adotou como referência as experiências internacionais e nacionais de extensão da cobertura à saúde por meio de assistência às famílias, no próprio território, em articulação com as unidades de saúde (BRASIL, 1999). O programa passou a ser estratégia pela portaria Nº 2.488, em 2011 e é conhecido hoje como "Estratégia de Saúde da Família" (ESF).

A ESF contribuiu não só para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas também para a reorganização do modelo assistencial, baseado na Atenção Primária em Saúde, favorecendo a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Como afirmar Queiroz, Silva e Oliveira (2014) a ESF é uma ruptura do modo de fazer saúde centrada em procedimentos técnicos, incorporando o modo de produção de cuidados. Nessa perspectiva, três funções da atenção primária se destacam: a função resolutiva de atender a 80% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo da Rede de Atenção à Saúde; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas redes de atenção, às equipes de ESF (MENDES, 2015).

A Atenção Primária à Saúde é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). A ESF, estratégia de atenção primária à saúde no contexto brasileiro, é formada por equipes multiprofissionais compostas por agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliares e/ou técnicos em saúde bucal.

Dentro desta reorganização destaca-se a figura do ACS, considerado como a ligação entre o sistema de saúde e a comunidade. Estes profissionais residem em sua área de atuação preferencialmente, possuindo conhecimento sobre o território, suas peculiaridades e necessidades. É o ACS que possui contato para além das unidades de saúde. Para se tornar ACS, conforme a Lei nº 11.350/2006, que substituiu a Lei nº 10.507/2002, são necessários três requisitos fundamentais: morar na área de abrangência que vai trabalhar; ter concluído ensino fundamental; e ter concluído curso introdutório de formação inicial e continuada.

Conforme o Ministério da Saúde, dentre as atribuições do ACS estão o mapeamento da sua área de atuação; cadastramento das famílias de sua área e manutenção deste cadastro atualizado, identificação de indivíduos e famílias em situação de risco; realização de visitas domiciliares mensais; coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas; desenvolvimento de ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças; incentivar a formação de conselhos locais de saúde; promoção de educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2012)

Com a relevância do trabalho do ACS, investir em conhecimento e valorização destes profissionais é fortalecer a ESF e permitir que os usuários estejam mais perto do acesso e do conhecimento do SUS. “A ausência de proposições de processos pedagógicos, pautados em referenciais que possibilitem aprendizagem significativa e que reúnam qualidade ao trabalho desempenhado pelos ACS, pode ocasionar perdas no papel assumido por essa política pública. O fato de não discutir nem saber lidar com problemas identificados no cotidiano do trabalho pode gerar angústia, fragilizando o acompanhamento e a orientação de famílias sob sua responsabilidade, além de contribuir com a manutenção de práticas equivocadas, pautadas no biologicismo e na “medicalização” (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

A formação do ACS deveria ser contínua, pois ao desenvolver suas atribuições ele está em constante troca de informações com a comunidade. Porém, seu processo de ensino aprendizagem, como dos demais membros da equipe da ESF deve ser inovador, reflexivo e crítico no desenvolvimento de competências, evitando desestrutura, fragmentação e insuficiência de informações (MULLER et al., 2012).

Neste sentido, durante a operação Tocantins do Projeto RONDON, realizada em janeiro de 2017 no estado de TO, o grupo situado na cidade de Natividade buscou desenvolver com os ACS atividades para formação e enfrentamento das dificuldades levantadas no processo de trabalho, buscando potencializar seu trabalho tornando-o mais dinâmico e efetivo.

#### Método

Os participantes foram dispostos em círculo com objetivo de promover um diálogo horizontal e o compartilhamento das experiências vividas, desabafos e reflexões sobre o fazer diário, a atividade aconteceu em cinco etapas.

Etapa 1 – Apresentação inicial: os participantes foram chamados a dizer seus nomes e local de trabalho. Após todos se apresentarem, o mediador realizou a apresentação da programação da oficina.

Etapa 2 – Alinhamento conceitual: método da “tempestade cerebral” envolvendo o conceito de saúde. Folhas em branco foram distribuídas para cada participante, e estes foram orientados a escrever o seu conceito de saúde. Na sequência, cada participante passava sua folha de papel à pessoa a sua esquerda. De posse do novo papel os participantes liam o conceito já colocado e complementam quando achavam necessário. Passou-se para a etapa de seleção e organização das ideias levantadas e síntese, a qual foi apresentada pelo mediador. A dinâmica desenvolvida foi a proposta por Osborn em 1948, cujo nome vem do inglês *brainstorming*. A escolha desta se deu por se tratar de uma técnica criativa, que não envolve noções de certo ou errado, e que resulta na geração de novas ideias, deixando fluir a imaginação, espontaneamente com a ajuda de um mediador (PFEIFFER, 1998). A “tempestade cerebral” pode ser realizado da forma oral ou escrita, e possui três passos: exposição de abertura, exposição de ideias e escrutínio. A roda de conversa é uma forma de produzir dados em que ocorre a inserção de todos pela participação na conversa, ao mesmo tempo, produz dados para discussão (MOURA, 2014).

Etapa 3 – Apresentação sobre a ESF: foi realizada uma exposição dialogada sobre os princípios, diretrizes e fundamentos do SUS e da ESF, justificando sua adoção pela possibilidade de ampliação da resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 1997).

Etapa 4 – Listagem das atribuições do ACS, e posterior levantamento das dificuldades vivenciadas para a realização do trabalho de ACS nos territórios adstritos. Os participantes foram divididos em 4 grupos, e deveriam elaborar um painel listando em um dos lados os problemas vivenciados, e do outro as possíveis soluções, separando aqueles que estariam sob a governabilidade do gestor municipal daqueles que estariam na governabilidade do próprio profissional ou de sua equipe de saúde.

Etapa 5 – Fechamento: Ao final das atividades, realizou-se a dinâmica “teia de aranha”, que promove a integração e o espírito de equipe. Os participantes foram dispostos em um círculo, e o moderador amarrou o fio do barbante em sua mão e jogou em direção a um outro participante, chamando-o pelo nome. Em seguida quem recebeu o rolo de barbante segurou o fio nas mãos e jogou o rolo chamando outro participante e assim sucessivamente, até que todos estavam segurando o barbante. A teia formada com o cruzamento do fio representa o objetivo do trabalho, cada ponta do fio representa a parceria, quando uma ponta se solta, a teia se deforma e perde-se tempo para seu restabelecimento. Para Carvalho et al. (2006) essa atividade ajuda a identificar e discutir as relações e parcerias.

A fase inicial da oficina permitiu que todos fossem apresentados, possibilitando a integração da equipe do Projeto RONDON e dos ACS, facilitando o processo de ensino aprendizagem em foco. O processo de educação permanente dos ACS é frequentemente discutido na literatura, mostrando que a formação destes sujeitos deveria ser objetivo central e constante dos programas de capacitação ofertados pelas Secretarias Municipais de Saúde (PINTO; FRACOLLI, 2010). Foi possível discutir e ampliar o conceito de saúde dos participantes, evidenciando o caráter abrangente das discussões atuais. A exposição dialogada sobre universalidade, equidade, integralidade e participação social, princípios fundantes do SUS, colaboraram para a equalização dos conceitos e a forma como estes se materializam no dia a dia do trabalho vivido pelos participantes. Segundo Duarte, Silva e Cardoso (2007) a educação permanente deve contemplar os diferentes aspectos do processo saúde-doença, colocando a participação comunitária como potencial transformadora dos determinantes de saúde, possibilitando ultrapassar a visão fragmentada e reparadora do ser humano no contexto social.

O ACS exerce o papel de “elo” entre a equipe de saúde e a comunidade, residindo na área de atuação da equipe, e carrega uma série de desafios no desempenho de seu trabalho (GENTILE, 1999). Por meio de visitas domiciliares ele vivencia o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade que os demais profissionais da ESF (FORTES; SPINETTI, 2004). São atribuições dos ACS cadastrar todas as pessoas da sua micro área correspondente e manter os cadastros atualizados, orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, desenvolver atividades promoção de saúde e de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, desenvolver ações educativas individuais e coletivas, promover ações que visem a integração da equipe de saúde e a população adstrita a Unidade Básica de Saúde (UBS), e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2011). Destacam-se por serem participantes ativos do processo de Vigilância em Saúde, e terem grande potencial em identificar situações de vulnerabilidade (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

Os principais problemas levantados pelo grupo foram: falta de comunicação com a equipe da ESF, principalmente com os profissionais médicos; deficiência de conhecimento para desenvolvimento de ações coletivas; falta de organização de um cronograma para os agentes; dificuldade de acesso aos equipamentos de proteção individual como protetor solar, repelente e capa de chuva; número reduzido de material informativo para a população; falta de participação popular no sistema de saúde; e falta de integração entre a própria equipe de agentes. Durante este processo houve a necessidade de categorização dos problemas de acordo com o nível de gestão, Central ou Local, para possibilitar a reflexão e proposição de soluções de acordo com a realidade vivida. Estes dados são apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Problemas levantados e sugestões de solução apontadas pelos ACS.

PROBLEMAS LEVANTADOS	PROPOSTA DE AÇÃO
<b>Gestão Central</b>	
1. Falta de transporte, em especial para a área rural.	Fazer requerimento para manter os veículos em seus locais destinados, pois estes estão sendo destinados para outros afins. Transparência no recurso de incentivo destinados aos agentes de saúde.
2. Falta de EPIs.	Disponibilizar aos profissionais os EPIs necessários para o exercício da função como: mochila, chapéu, protetor solar, capa de chuva, caderneta, caneta, pasta, entre outros.
3. Deficiência em material informativo para a população.	Solicitar ao Ministério da saúde material informativo para que possa ser entregue a comunidade. Elaboração de materiais pelas localidades.
<b>Gestão Local</b>	
1. Falta de Comunicação com a Equipe de Saúde da Família.	Organizar reuniões semanais ou quinzenais das equipes de saúde por 1h em um dia determinado, para discutir a situação das famílias acompanhadas principalmente as em situações de risco.
2. Deficiências em Ações Coletivas.	Delegar atividades educativas. Receber incentivo de outros profissionais da equipe ESF e suporte para a realização de atividades coletivas.
3. Organização.	Estabelecer um cronograma para a realização de atividades pelos ACS.
4. Falta de Participação Popular.	Divulgar e promover as atribuições e funções do Conselho Municipal de Saúde. Estimular os profissionais e a população a participar do Conselho Municipal de Saúde.
5. Integração entre os ACS.	Realizar confraternizações entre a equipe. Estimular o respeito entre os membros das equipes. Criar um time de futebol dos agentes.

No que diz respeito à resolução das dificuldades de comunicação entre os profissionais que integram a ESF, um dos pontos mais questionados pelos participantes, é necessário mediar conflitos e convertê-los como crescimento para a equipe multiprofissional e interdisciplinar. Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do modelo hegemônico em saúde. Entretanto, essas relações muitas vezes são conflituosas, acarretando a seus membros competitividade, conflitos e hostilidade. Situações que podem ser superadas com a construção de um projeto comum e com a disposição em ouvir, considerando as experiências uns dos outros (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELATTO, 2008; BRASIL, 2011). É importante que ocorra o estabelecimento de uma equipe que busque a elaboração de um projeto de trabalho integrador e inclusivo, abordando a promoção da saúde e possibilitando a articulação não apenas entre os membros da ESF, mas entre estes e o contexto dos movimentos sociais, colocando todos os profissionais como atores importantes, inclusive os ACS (PEDUZZI, 1998). Resultados levantados por Navarro, Guimarães e Garanhani (2013) caracterizaram a equipe de saúde como um “local” com membros e papéis específicos, e que a dedicação no desempenho torna o trabalho mais gratificante e reconhecido. Destacaram ainda que o reconhecimento do trabalho dos membros da ESF é uma necessidade tanto para equipes novas quanto mais experientes. As deficiências em ações coletivas apontadas evidenciaram a equipe da ESF e a dificuldade na valorização e estímulo do trabalho do ACS.

O papel dos ACS na promoção da saúde também foi discutido e tratado como importante pelos participantes. Esta atribuição representa uma modalidade de atuação promissora para melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2011).

### Considerações Finais

A atividade fora realizada no dia 25 de janeiro de 2017, como oficina do Projeto Rondon, Operação Tocantins, na cidade de Natividade. Nesta oportunidade, foram reunidos os Agentes Comunitários de Saúde, bem como os Agentes de Endemias, nos turnos matutino e vespertino, visando um momento de reflexão sobre as atividades exercidas pelos mesmos em suas áreas de abrangência, sempre fazendo referência às atribuições determinadas por lei, encontradas no Guia Prático dos Agentes Comunitários de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde.

Ao abordarem sua rotina de trabalho, os ACS levantaram dúvidas e expuseram as dificuldades que encontram diariamente, tanto nas comunidades quanto nas Unidades de Saúde vinculadas. Foram discutidas possíveis soluções para os problemas enfrentados, e ao final foi elaborado um Relatório Técnico entregue ao Gestor da Secretaria Municipal de Saúde.

Apesar da participação e motivação observada durante a oficina, o impacto positivo no trabalho dos ACS e suas equipes de ESF, bem como na vida da comunidade de Natividade não podem ser mensurados nesta ação pontual. Indica-se a realização de acompanhamento ao longo do tempo das ações, a fim de verificar as mudanças ocorridas.

## Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei ordinária nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.350, de 05 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, e dá outras providências. Brasília (DF), 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2\\_004-2006/2006/lei/l11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2_004-2006/2006/lei/l11350.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, A.M.R. et al. RISAAC - **Roteiro de Identificação da Situação Atual de Associações / Cooperativas de Catadoras e Catadores de materiais**



**recicláveis.** Assis: UNESP - Campus de Assis, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/146746>. Acesso em: 10/08/2017.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.S.J.R.; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.** 2007;11(23):439-47.

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública:** v. 20, n. 5, p. 1328–1333, 2004.

FRANCISCHINI, M.; CHINELATTO; DE FIGUEIREDO, E. N. **A estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.** Política Nacional de Atenção Básica. v. 1, p. 6, 2011. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf) .

GENTILE, M. Promoção da Saúde. **Rev. Minist. Saúde.** v. 1, n.1, p. 9- 11, 1999.

MANN, J., TARANTOLA, D.J.M., NETTER, T.W. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: **A AIDS no mundo.** Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993, p.275-300.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: CONASS; 2015.

MOURA, A. F. **A reinvenção da roda:** roda de conversa um instrumento metodológico possível. Revista Temas em Educação: v. 23, n. 1, p. 98–106, 2014.

MULLER, B. et al. A profissionalização do agente comunitário na perspectiva da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem:** v. 17, n. 1, p.171-174, 31 mar. 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26395> . Acesso em: 19 jun. 2017.

NAVARRO, A.S.S.; GUIMARÃES, R.L.S.; GARANHANI, M.L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME - Rev Min Enferm.** V.17, n.1, p. 62-76. 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579> Acesso em: 10/08/2017.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

PFEIFFER, J. **The Pfeiffer Library CD-ROM: Training and development resoucers.** 1998. Brainstorming, v.26. Disponível em:  
<http://home.snu.edu/~jsmith/library/body/v26.pdf> . Acesso em: 20 jun. 2016.

PINTO, A.A.M.; FRACOLLI, L.A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010 [acesso em 30 jun 2013];12(4):766-9. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>.

QUEIROZ, D.M.; SILVA, M.R. F.; OLIVEIRA, L.C. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteadas pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.:** v. 18, n. 2, p.1199-1210, dez. 2014.