

Tatiany Bertollo Cozer¹
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto²
Margareth Pandolfi³

**Domiciliary health professional's
profile from Colatina-ES city, Brazil**

Perfil do agente comunitário de saúde de Colatina, Espírito Santo

Abstract | Objective: This study delineates the Domiciliary Health Professional's profile (DHP) from Colatina-ES city, and evaluates sociodemographic aspects, the self perception about the work developed by themselves, their insertion and relationship with community, as well as the satisfaction and relative expectation. Material and method: Data was collected using a questionnaire with open and closed questions applied to 188 DHPs in the year of 2006. Results: The results showed that DHPs were in their majority, female, aged from 20 to 49 years, married, with good education level. Conclusion: DHPs reported several negative aspects about the profession, pointing the low remuneration as the main complaint of dissatisfaction. In spite of their relative dissatisfaction, DHPs considered that their communities recognize the importance of their work.

Keywords | Family health program; Social class; Community-institutional relations.

RESUMO | Objetivo: Este estudo delinea o perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) do município de Colatina-ES e avalia os aspectos sociodemográficos, sua inserção e relação com a comunidade. **Material e métodos:** Os dados foram coletados por meio de um questionário com perguntas fechadas e abertas, totalizando 24 questões. O questionário foi autogerenciado e aplicado a 188 ACSs, no ano de 2006. **Resultados:** Os resultados mostraram que os ACSs de Colatina são, em sua maioria, do sexo feminino, com faixa etária entre 20 e 49 anos, casados, com bom nível de escolaridade. Os ACSs relataram diversos aspectos negativos da ocupação, apontando o baixo salário como a queixa principal de descontentamento. **Conclusão:** Apesar da relativa insatisfação, os ACSs de Colatina consideraram positiva a sua inserção na comunidade e o reconhecimento pelo seu trabalho.

Palavras-chave | Programa saúde da família; Classe social; Relações comunidade-instituição.

¹Especialista em Saúde Coletiva.

²Professora adjunto da UFES; mestre e doutoranda em saúde coletiva-UPE.

³Professora do Curso de Especialização Saúde Coletiva e Odontologia do Trabalho-ABO-ES; mestre em Odontopediatria e doutoranda em Saúde Coletiva-UPE.

Introdução |

Na década de 70, com a crise nos sistemas de saúde, sedimentava-se a idéia de que não bastava apenas atuar na cura da doença, ou seja, depois de a doença instalada; seria preciso intervir nos fatores determinantes do adoecimento.

A consolidação desse conceito aconteceu com a publicação do *Informe Lalonde*, em 1974, no Canadá, considerado um marco na área da Promoção da Saúde, com o reconhecimento de múltiplos fatores de determinação do processo saúde/doença e ao considerar, também, que a promoção da saúde deveria ter maior prioridade¹⁷.

Ainda no final da década de 70, realizou-se a 1ª Conferência Internacional de Saúde, em Alma Ata. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), reunida em Alma-Ata (URSS), definiu metas que objetivavam “Saúde para todos no ano 2000”, mediante a priorização da atenção primária à saúde, trazendo em suas bases a participação da comunidade¹⁴. A Conferência de Alma-Ata desdobra-se na 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde e, com a Carta de Ottawa, em 1986, o conceito de Promoção da Saúde foi definido como: “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. A promoção da saúde é, então, o maior auxílio para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Desse modo, a promoção da saúde não é concernente apenas ao setor sanitário, mas, pelo contrário, focaliza requisitos que são essenciais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade⁷.

No Brasil, muitos esforços foram feitos para que a direção indicada pela OMS em Alma-Ata fosse alcançada. O relatório final da Oitava Conferência Nacional de Saúde considerou que a política de trabalhadores em saúde deveria incorporar pessoas então denominadas “agentes populares de saúde” para trabalhar com educação para a saúde e cuidados primários¹⁰.

É nesse contexto que surge mais um integrante dos serviços de saúde: o agente comunitário de saúde (ACS). O termo ACS é recente, porém a atividade que o descreve já existe há algum tempo, tanto em nosso país quanto em outros. Na China, têm-se conhecimento da atuação dos médicos de pés descalços. No Brasil, esse tipo de trabalho já esteve atrelado à Pastoral da Criança, mas, obviamente, com um cunho religioso de caridade ao próximo. Nesse enfoque, as pessoas que desenvolviam o cuidado à saúde eram líderes comunitários e tinham uma atitude proativa de militância, sendo a ação muitas vezes descrita com a palavra luta¹.

A primeira experiência de ACS, como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada, ocorreu no Ceará, em 1987, com o objetivo duplo de criar oportunidade de em-

prego 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. Essa estratégia expandiu-se rapidamente no Estado, atingindo praticamente todos os municípios em três anos, sendo encampada pelo Ministério da Saúde (MS) nos mesmos moldes, em 1991¹⁹.

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), com o objetivo de atender às necessidades da população, com qualidade, universalidade, sem preconceitos, de forma participativa e, sobretudo, livre de interferências político-partidárias¹⁶.

O PACS vem servir de base para a conversão do modelo assistencial de saúde, saindo de uma prática de assistência caracterizada essencialmente por consulta médica, medicalização da doença e centrada em hospitais, para um atendimento à saúde com compromisso social e responsabilidade com a população, visando à resolutividade e à integralização da assistência, fazendo a saúde sair de dentro das unidades rumo à comunidade e tornando a informação acessível a todos¹⁴.

No ano de 1993, o programa já estava funcionando em 13 Estados da Região Norte e Nordeste, contando com mais de 29 mil ACSs, distribuídos em 761 municípios¹⁵.

A partir de 1994, com o desenho da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), os ACSs começaram a chegar aos grandes centros, às regiões metropolitanas e às Capitais do Sul e do Sudeste. O PSF tem sido considerado uma estratégia eficaz na reorganização da atenção básica⁸. A meta do Ministério da Saúde (MS) era implantar 45 mil ACSs em todo o Brasil, respeitando os Estados e municípios que demonstrassem interesse de adesão e transformassem seu interesse em decisão política de fazê-lo¹⁶. Em 1998, o PACS já atingia todas as regiões do País⁴.

Em 10 de julho de 2002, foi regulamentada a profissão de ACS no Brasil, com a instituição da Lei n.º 10.507, que dispõe, em seu art. 3º, que o ACS deve residir na área da comunidade em que atuar, ter finalizado com aproveitamento curso de qualificação básica e, ainda, ter concluído o ensino fundamental³.

O objetivo desta pesquisa foi traçar o perfil do ACS do município de Colatina-ES, considerando os aspectos sociodemográficos, sua inserção e relação com a comunidade, bem como a satisfação relativa ao exercício da profissão.

Material e métodos

Este é um estudo descritivo e o universo foi de 213 ACSs domiciliados e atuantes na cidade de Colatina, funcionários da Prefeitura Municipal. A amostra final foi de 188 ACSs.

O levantamento dos dados foi realizado por meio de um questionário auto-aplicado, contendo perguntas fechadas e abertas, totalizando 24 questões. Os questionários foram

aplicados durante os meses de junho e julho de 2006.

A apresentação dos questionários foi realizada pela própria pesquisadora durante as reuniões. Não houve recusa na participação dos agentes na pesquisa e as perdas (11,73%) foram devido às férias, licença e atestados ou à falta nas reuniões.

Os dados obtidos neste trabalho com ACSs em Colatina foram compilados e a análise estatística descritiva foi realizada em uma planilha eletrônica, com frequência absoluta e percentual para cada um dos itens da pesquisa.

Antes da entrega dos questionários, todos os participantes receberam explicações sobre o estudo, com relação aos objetivos, riscos, benefícios, garantia de sigilo de identidade e ao direito de recusa em participar da pesquisa. Os ACSs receberam essas informações por escrito em duas vias no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ABO-ES.

Resultados |

Os resultados desta pesquisa serão apresentados, a seguir, em tabelas, tendo em vista uma melhor visualização das informações.

Na Tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas dos 188 ACSs, segundo as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e estado civil.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos agentes comunitários

Questão	Ocorrências	Percentual
Sexo		
Feminino	170	90,4
Masculino	18	9,6
Faixa Etária		
Até 34 anos	98	52,1
Mais de 35 anos	90	47,9
Escolaridade		
Até 2º grau incompleto	75	39,9
2º grau completo ou mais	113	60,1
Estado Civil		
Solteiro	44	23,4
Casado	131	70,2
Separado ou viúvo	12	6,4

A maioria dos profissionais, 150 (79,8%), não possuía experiência anterior na área da saúde e 34 (21,1%) afirmaram ter contato com o setor saúde antes de ser ACS.

Quase a totalidade da amostra correspondendo 183 ACSs (97,3%) declarou morar no bairro onde trabalha como ACS. Apenas 4 (2,1%) afirmaram não morar na comunidade onde trabalha. A maioria dos ACSs, ou seja, 90 (47,9%) dos profissionais, residiam há mais de 20 anos no bairro.

A Tabela 2 apresenta uma média da renda mensal familiar dos ACSs de Colatina-ES.

Tabela 2. Renda mensal familiar dos agentes comunitários

Renda mensal média da família	Ocorrências	Percentual
1 salário mínimo	51	27,1%
De 2 a 3 salários mínimos	101	53,7%
Mais de 3 salários mínimos	36	19,2%

Com relação ao tempo de atuação na profissão, a maior parte da amostra analisada, 108 ACSs (57,4%), apresentou um tempo de atuação na profissão de mais de dois anos. O segundo maior grupo, composto de 57 ACSs (30,3%), afirmou ter apenas seis meses a um ano de profissão. Já o terceiro grupo, constituído de 22 ACSs (11,7%), ficou na faixa de um a dois anos de atuação profissional.

Do total de 188 ACSs entrevistados, 164 (87,2%) deles disseram ter recebido treinamento para ser agente comunitário de saúde; 24 ACSs (12,8%) relataram nunca ter recebido treinamento.

Dos 164 ACSs (87,2%) que afirmaram ter recebido treinamento, 85 (45,2%) deles disseram não ter dificuldades para enfrentar os problemas que aparecem no trabalho, porém gostariam de receber mais informações; 49 (26,1%) dos ACSs relataram ter dificuldades e às vezes encontrarem situações difíceis de resolver; 26 (13,8%) dos profissionais disseram não terem dificuldades; e 1 (0,5%) dos ACSs alegou que o treinamento não o preparou o suficiente para desenvolver as atividades diárias.

Com relação às atividades de saúde bucal, a maior parte da amostra, 120 ACSs (63,8%), relatou ter recebido treinamento adequado para desenvolver tais atividades e 62 ACSs (33%) disseram não ter recebido treinamento.

Dos 188 ACSs, 175 deles (93,1%) disseram ter algum material escrito que oriente seu trabalho e 11 dos ACSs (5,9%) afirmaram que não possuem material que facilite e oriente seu trabalho.

Com relação às visitas domiciliares, 157 ACSs (83,5%) consideraram ser bem recebidos durante as visitas, pois as pessoas entendem o trabalho do agente; já 25 ACSs (13,3%) alegaram ter dificuldades de desenvolver o trabalho.

A Tabela 3 avalia o número de visitas domiciliares realizadas pelos ACSs.

Tabela 3. Número de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários

Qual o número de visitas domiciliares que você realiza por dia?	Ocorrências	Percentual
Até 10 visitas por dia	123	65,4%
Mais de 10 visitas por dia	63	33,5%
Nulo/em branco	2	1,1%

A maior parte da amostra, 83 ACSs (44,1%), é responsável por 120 a 169 famílias; 64 ACSs (34%) por 60 a 119 famílias; 20 ACSs (10,6%) por 170 a 219 famílias; 18 ACSs (9,6%) por menos de 60 famílias; e 1 (0,5%) profissional relatou ser responsável por 220 a 269 famílias.

Um maior grupo, composto por 94 (50%) ACSs, considerou o trabalho estressante. Da totalidade da amostra, 86 ACSs (45,7%) não consideraram o trabalho estressante.

A Tabela 4 demonstra os motivos de insatisfação dos ACSs.

Tabela 4. Motivos de insatisfação dos ACSs

O que causa insatisfação no seu trabalho como agente de saúde? (Pode marcar mais de urna resposta)	Ocorrências	Percentual
Salário	154	81,9
Carga horária de trabalho	23	12,2
A relação com a comunidade	12	6,4
Outro motivo.	57	30,3
Estou satisfeito(a) com o meu trabalho	67	35,6

Pôde-se detectar que 146 ACSs (77,7%) consideraram que a comunidade onde atuam reconhece a importância do seu trabalho; já 36 ACSs (19,1%) afirmaram que a comunidade não reconhece a importância de seu trabalho.

Discussão |

A imensa maioria dos entrevistados era composta por mulheres (90,4%), resultado este que coincide com os estudos de diversas regiões do País, que encontraram em suas amostras a maioria composta por mulheres^{2,5,9,10,11,13}.

Um dos pré-requisitos do Ministério da Saúde é que os ACSs tenham acima de 18 anos, não sendo estabelecido um limite máximo⁴. A faixa etária que mais concentrou agentes neste estudo foi a de 30-39 anos, resultados heterogêneos com os estudos de Barcellos, Pandolfi e Miotto⁵ e Klutcho-vsk (2005), que encontraram o maior conjunto de profissionais na faixa de 21-22 anos, e por Ferraz e Aerts¹¹, que

encontraram a maior parte da amostra entre 40-49 anos.

Com relação à variável escolaridade, a maioria dos ACSs de Colatina havia completado o 2º grau. Os dados deste trabalho são homogêneos com os de outras regiões^{2,5,11,13}. Por outro lado, Fajardo¹⁰ relatou que as profissionais, quando do ingresso à função, apresentaram o 1º grau não necessariamente completo.

Um maior percentual de ACSs declarou ser casado, assim como foi comprovado em outros estudos^{2,5,9,13}.

Além disso, a amostra era composta, em sua maioria, por profissionais que não possuíam experiência anterior na área de saúde. Esses dados são consistentes com os encontrados por Assunção (2003), Barcellos, Pandolfi e Miotto (2006).

Em relação aos motivos que influenciaram os profissionais na escolha da ocupação, este trabalho encontrou a variável oportunidade de emprego como o principal fator associado à busca da profissão, dado este que confirma que era grande o desemprego entre os participantes antes de ingressarem no PACs/PSF. Constatou-se, nesta pesquisa, que houve predomínio de profissionais que possuíam experiência comunitária prévia à função de ACS, resultado homogêneo ao encontrado por Fajardo (2001) e Barcellos, Pandolfi e Miotto (2006).

Os achados deste estudo mostraram que o maior percentual dos profissionais mora há mais de 20 anos no bairro onde trabalha, coincidindo com os resultados de Barcellos, Pandolfi e Miotto (2006). Entretanto, não confirmam os achados de Ferraz e Aerts (2005), cuja pesquisa encontrou que grande parte dos ACSs tinha de 10 a 19 anos de permanência na comunidade. No entanto, nos dois estudos, os achados estão de acordo com o tempo de moradia mínima de dois anos na comunidade, preconizados pelo MS⁴.

Com relação à renda mensal familiar, a maior parte dos participantes relatou viver com dois, até três salários mínimos. Outros estudos^{11,12,18} comprovaram que a maioria dos participantes afirmou ter renda *per capita* de 1,0 a 1,9 salários mínimos.

Houve um predomínio de ACSs que afirmaram ter recebido capacitação para o exercício da profissão. Entre os profissionais que declararam ter recebido treinamento, a maior parte deles afirmou que o treinamento preparou adequadamente para os problemas que aparecem no trabalho. Disseram não ter dificuldades, mas gostariam de receber mais informações. Esse desejo dos ACSs é também relatado no trabalho de Bezerra⁶. Já na pesquisa de Barcellos, Pandolfi e Miotto⁵, a maioria dos agentes disse que, apesar de estarem preparados para encarar a maior parte dos problemas, ainda tinham dificuldades e, às vezes, se deparavam com situações de difícil solução.

Outra variável analisada nesta pesquisa foi o treinamento sobre saúde bucal. Os achados mostraram que a maioria

dos ACSs receberam capacitação sobre esse tema correspondendo a 63,8% do total de entrevistados. Esse resultado é homogêneo com o encontrado por Barcellos, Pandolfi e Miotto⁵.

Essa pesquisa constatou que a maior parte dos ACSs realiza, em média, de cinco a dez visitas domiciliares por dia, e 7,4% dos ACSs ficaram muito abaixo da média recomendada pelo MS, que é de, no mínimo, oito visitas diárias⁴. Esse resultado foi similar ao encontrado por Ferraz e Aertz¹¹, cuja maior parte da amostra realiza, em média, de sete a nove visitas domiciliares por dia.

Com relação à quantidade de famílias de que cada ACSs é responsável, esta pesquisa constatou que a maior parte dos ACSs é responsável, em média, por 120 a 169 famílias. O MS preconiza que um ACS deve ser responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas, confirmando que boa parte dos agentes tem um número elevado de famílias sob sua responsabilidade⁴.

Dentre os motivos de insatisfação no trabalho de ACS, a maioria dos profissionais estava insatisfeita com o salário, seguido de outros motivos, como: carga horária muito alta e relação estressante com a comunidade, resultado esse homogêneo com o encontrado por Barcellos, Pandolfi e Miotto⁵ e heterogêneo ao encontrado no estudo de Fajardo¹⁰. Assim, o processo de trabalho foi considerado estressante pela maioria dos participantes que alegaram existir exigência excessiva da comunidade por questões que não lhes competem. Ou seja, os agentes sentem-se despreparados para as exigências do trabalho cotidiano. A excessiva proximidade com informações sobre a população é relatada¹ como um fator de risco para esses profissionais, pois, diferentemente dos outros profissionais que trabalham nas Unidades de Saúde, os agentes permanecem na comunidade após o expediente, já que vivem lá^{5,10}.

Neste trabalho, a maioria dos ACSs consideraram que a comunidade onde atuam reconhece a importância de seu trabalho, coincidindo com outros resultados^{5,14} que relatam a importância dos ACSs como elemento de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde e também comprova que a comunidade está satisfeita com seu trabalho. Assim, o papel do ACS é reconhecido como um elemento que facilita as relações indivíduo/família com o sistema local de saúde.

Conclusão |

Os ACSs de Colatina são, em sua maioria, do sexo feminino, com idade compreendida na faixa entre 20 e 49 anos; são casados ou vivem junto com um(a) companheiro(a); são naturais do Estado do Espírito Santo e têm bom nível de escolaridade.

Um número expressivo de profissionais considera o ofício

de ACS estressante e muitos estão insatisfeitos com a profissão, principalmente pelo baixo salário recebido.

Os ACSs consideram que a comunidade onde atuam reconhece a importância do seu trabalho, apesar de algumas insatisfações relatadas.

Referências |

- 1 Aron ML. Práticas e riscos no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2003.
- 2 Assunção RS. O agente comunitário de saúde e sua prática no Programa de Saúde da Família no município de Divinópolis-MG. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
- 3 Brasil. Decreto-lei nº 10. 507, de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jul. 2002. Disponível em: <<http://www.portalsaude.gov.br>>. Acesso em: 10 abr. 2006.
- 4 _____. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2001.
- 5 Barcellos CSN, Pandolfi M, Miotto MHMB. Perfil do agente comunitário de saúde de Vitória – ES. 2005. UFES Rev Odontol 2006; 8(1): 21-8.
- 6 Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista FM. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. Rev Saúde Pública 2005; 39(5): 809-15.
- 7 Carta de Ottawa. C1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promoção>>. Acesso em: 15 abr. 2006.
- 8 Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PE. A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. 2008; 18(1):175-184.
- 9 Cousseau MEP. Perfil dos agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto SP. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.
- 10 Fajardo AP. Agentes comunitários de saúde: discurso e prática em saúde bucal coletiva. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
- 11 Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(2): 347-55.
- 12 Ferraz L. Agente comunitário de saúde e seu papel no Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Lutera-

- na do Brasil; 2002.
- 12 Kluthcovsky AOGO. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.
 - 13 Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 2003; 25(1): 95-101.
 - 14 Solla JJSP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde: *Saúde em Debate* 1996; 5: 4-15.
 - 15 Sousa MF. Agentes comunitários de saúde: choque de povo! São Paulo: Hucitec; 2001.
 - 16 Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
 - 17 Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Perfil sociodemográfico dos trabalhadores da atenção básica à saúde na Regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(sup 1): 193-201.
 - 18 Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Comunic Saúde Educ Ceará* 2002; 6(10):75-94.

DATA DE RECEBIMENTO 22/6/2008 • DATA DE ACEITE 4/9/2008

Correspondência para/reprint request to:
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Rua D Pedro II 115 Apto 901
Praia do Canto, Vitória ES 29055-600
mhmiotto@terra.com.br