

**ARTIGO ORIGINAL****Visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde no planejamento das ações das estratégias da saúde da família: avanços e desafios****Visit home of community health workers in the planning of the actions of the family health strategy: progress and challenges**

Júlio César Batista Santana<sup>1</sup>, Ninon de Miranda Fortes<sup>2</sup>, Carolina Pereira Gonçalves<sup>3</sup>, Isabella Celeste Moura<sup>3</sup>, Priscila Amaral Porto<sup>3</sup>.

**RESUMO**

Este estudo teve como objetivo identificar os avanços e desafios do ACS no cotidiano laboral no planejamento das ações da equipe da estratégia saúde da família. Trata-se de um estudo de caso com enfoque qualitativo realizado com 21 Agentes Comunitários de Saúde de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte. Emergiram as categorias: Caracterização da equipe de ACS e as ações desenvolvidas por esses profissionais; avanços e desafios enfrentados pelos ACS no seu cotidiano laboral. Conclui-se que as funções dos ACS são fundamentais para o desenvolvimento efetivo da promoção e prevenção no âmbito da saúde, com avanços no trabalho destes profissionais, entretanto identificou-se diversos desafios, dentre eles a insatisfação referente a remuneração, condições insalubres, excesso de funções, além do sentimento de desvalorização pela população e da equipe acerca do trabalho exercido por esse profissional, causando desmotivação pelo trabalho.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Auxiliares de Saúde Comunitária; Programa Saúde da Família.

<sup>1</sup>Doutor e Mestre em Bioética. Mestre em Bioética, Enfermeiro e tutor do Cursos de Suporte Avançado de Vida do SAMU de Sete Lagoas (MG), Professor da PUC/Minas, UNIFEMM Sete Lagoas, Faculdade Ciências da Vida Sete Lagoas.

<sup>2</sup>Mestre em Ciências Sociais. Professora da PUC/Minas. Email: cynon@uol.com.br

<sup>3</sup>Enfermeiras graduadas pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/Minas). Campus Coração Eucarístico.

**ABSTRACT**

This study aimed to identify the advances and challenges in the daily work of the ACS in action planning team of the family health strategy. This is a case study with qualitative approach performed with 21 Community Health Agents of a Basic Health Unit of Belo Horizonte. Categories emerged: Characterization of the ACS team and the actions undertaken by these professionals, advances and challenges faced by the ACS in their daily work. We conclude that the functions of the ACS are essential for the effective development of health promotion and prevention in health, with advances in the work of these professionals, however we identified several challenges, including dissatisfaction regarding pay, unsanitary conditions, excessive functions, besides the feeling of devaluation by the public and staff about the work done by these professionals, causing demotivation at work.

**Key-words:** Primary Health Care, Community Health Aides, Family Health Program.

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994, quando houve formação de suas primeiras equipes. Este programa está estruturado a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que propõe organização às suas ações embasando-se na integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, a partir de uma equipe multiprofissional. Constituindo-se dessa maneira como o alicerce da atenção básica com a responsabilidade de ser a porta de entrada para o Sistema de Saúde<sup>(1)</sup>.

Posteriormente, a nomenclatura de PSF foi denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual se transformou na grande aposta do Brasil nos últimos quinze anos para a organização da atenção básica e da entrada dos usuários do sistema público de saúde. Nessa década, o número de municípios do Brasil que possuía alguma cobertura de ESF atingiu 5235, dos 5564 municípios já existentes (94,1%), alcançando uma cobertura de (49,5%) da população, ou seja, aproximadamente 93.178.011 de habitantes<sup>(1)</sup>.

Nesse contexto, a ESF vem se consolidando como uma estratégia de fortalecimento do SUS e, entre as suas ações, está a de auxiliar na transformação da estrutura dos serviços de saúde. Isso

inclui o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias como a promoção da saúde<sup>(2)</sup>.

Para o SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes, entretanto, a atenção primária à saúde deve ser a matriz norteadora do projeto da linha de cuidado aos cidadãos, uma vez que é a partir de suas demandas que a rede de saúde deve se organizar para dar conta de responder as diversas demandas surgidas nos serviços de média e alta complexidade<sup>(3)</sup>.

As ESF são compostas por vários profissionais da saúde e devem conter no mínimo: um médico generalista ou da família, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, sendo que a inclusão de outros profissionais depende da necessidade local e da avaliação do município. A equipe de saúde bucal foi acrescida à ESF a partir de 2000, e é composta por um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene dental<sup>(1)</sup>.

Na equipe, o agente comunitário de saúde (ACS) destaca-se como um sujeito que possibilita a comunicação entre os usuários e os trabalhadores de saúde,

articulando escuta e fala, favorecendo a criação e manutenção do vínculo interpessoal. Tem se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e médico-científicos; um elo cultural que potencializa o trabalho educativo, à medida que realiza interligação entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e do saber popular<sup>(4,5)</sup>.

No âmbito administrativo, o ACS está sob a gestão do Gerente do Centro de Saúde (CS), assim como os demais trabalhadores da unidade, entretanto, o seu trabalho técnico, deve ser direcionado pela equipe de saúde da família e a sua supervisão realizada pelo Enfermeiro da Equipe, bem como suas atividades de educação continuada<sup>(6)</sup>.

Entre os profissionais da equipe multiprofissional que compõem a equipe, o trabalho do ACS merece destaque, pois lhe são atribuídas funções estratégicas, sobretudo relacionadas ao contato direto com a comunidade<sup>(7)</sup>.

Portanto, são funções específicas dos ACS: realizar o mapeamento de sua área de atuação; cadastrar e acompanhar as famílias de seu território; identificar situações de risco; desenvolver ações básicas de saúde de prevenção e promoção; promover a educação à saúde e a mobilização comunitária mediante ações

de saneamento e melhoria do meio ambiente; orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde. Neste contexto o ACS enfrenta diversos desafios em seu processo de trabalho, relacionados as condições insalubres, baixa remuneração salarial e desvalorização profissional<sup>(7)</sup>.

Dessa forma, o ACS está incumbido de superar estes desafios, imergir nas comunidades e integrar as equipes de saúde, isento de qualquer bagagem cultural ou técnica, específica e formação acadêmica. Esse papel lhe é conferido pela instituição executora das políticas públicas de saúde, dando-lhe acesso a novas práticas, mediante incipientes dinâmicas de capacitação. Sua função envolve uma parceria com outros espaços institucionais pertinentes ao contexto social onde esse agente atuará<sup>(8)</sup>.

Diante desse cenário surge o questionamento: Quais os avanços e desafios do ACS em seu cotidiano laboral?

Em função dessa complexidade de inserções e de ações sob responsabilidade do ACS, esse estudo torna-se relevante para avaliar a implicação das atribuições realizadas por estes, visto que são peças fundamentais para o bom funcionamento e estruturação da ESF.

Este estudo tem como objetivo identificar os avanços e desafios do ACS no cotidiano laboral no planejamento das

ações da equipe do estratégia saúde da

família.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo estudo de caso com enfoque qualitativo como forma de buscar uma análise da realidade da atenção básica.

O estudo de caso é caracterizado pela investigação aprofundada e exaustiva sobre um ou poucos objetos com vistas ao seu conhecimento amplo e detalhado. Vem sendo utilizado de forma extensiva em pesquisas da área das Ciências Sociais, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos e apresenta-se como estratégia adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real<sup>(9-11)</sup>.

Para interpretação dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin que consiste num método empírico, dependente do tipo de *fala* a que se destina e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe o pronto-a-vestir nesse tipo de análise, mas somente algumas regras de base, por vezes dificilmente transponíveis<sup>(12)</sup>.

A análise de conteúdo está organizada em três pólos: a Pré-Análise, a Exploração do

Material e o Tratamento dos Resultados, a Interferência e a Interpretação.

O estudo foi desenvolvido com o ACS de uma área da ESF de um município de Minas Gerais. A eleição do local levou em conta ser área de periferia, acreditando-se, portanto, na riqueza de diversidade da amostra por conta da vulnerabilidade social, econômica, como também na própria composição da equipe de saúde, que em geral prefere locais mais centrais para trabalharem, o que certamente fará com que haja arranjos institucionais diversos para dar conta do atendimento.

A coleta de dados foi realizada nos mês de agosto de 2012, através de uma entrevista escrita semi-estruturada contemplando as ações de equipe e os avanços e desafios enfrentados pelos ACS em seu cotidiano de trabalho. Para a manutenção do sigilo dos informantes, os ACS foram numerados aleatoriamente (ACS1, ACS2, ACS3...).

Para a realização da pesquisa, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pelo parecer 0325.0.213.410.10A , respeitando as

Diretrizes das Pesquisas envolvendo seres

humanos, conforme a resolução 466/12.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi desenvolvido com um grupo de 21 ACS's. Dos 31 existentes no Centro de Saúde que conta com seis equipes do ESF, desses um estava de licença médica, duas de férias e sete não se disponibilizaram em participar.

Na identificação dos agentes comunitários envolvidos no estudo, houve domínio de indivíduos do sexo feminino, numa relação de 90% de mulheres para 10% de homens.

### Avanços e desafios enfrentados pelo ACS no seu cotidiano laboral

Os ACS vêm se constituindo como segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência. É um segmento efetivo da produção dos serviços, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas também, como peça essencial na organização da assistência. Por vivenciar os problemas e morar na comunidade em que desempenha a sua prática de trabalho, esse profissional é um importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado<sup>(13)</sup>.

Além disso, o ACS tem contribuído para uma nova forma de se produzir cuidado em todos os âmbitos, a partir do acompanhamento simbiótico da comunidade, produzindo zonas de encontro em que às subjetividades do outro são incorporadas na dinâmica terapêutica por meio da significação dos valores sobre a vida, sobre a pessoa humana e a arte da alteridade<sup>(4)</sup>.

Para exercer a função de agente comunitário de saúde, a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, em seu inciso I do artigo 6º, exige que o candidato resida na área da comunidade em que irá atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público<sup>(14)</sup>.

Identificou-se que alguns desses profissionais acham positivo residir no local da área de trabalho, enfatizam a importância de conhecer a realidade da comunidade e a construção de confiança depositada pelos moradores:

*“Uma vantagem, pois o relacionamento com os usuários torna-se mais fácil por já conhecê-los.” (ACS11)*

*“Acho que é mais fácil interagir, pois se conhece a realidade da comunidade.” (ACS18)*

*“Interessante. Pois o vínculo nos ajuda nas informações necessárias.” (ACS18)*

*“[...] Você sabe como a população vive, seu hábito, seu estilo de vida, ou seja, eles mentem para agente, mas a realidade já sabemos qual é.” (ACS 19)*

O fato de o agente comunitário de saúde residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade. Isso deixa as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais propensas, criando expectativas e julgamentos específicos, além de definir posições e papéis muito particulares<sup>(15)</sup>.

Entretanto, a maioria das respostas mostra que esse pré-requisito não possui aceitação unânime:

*“[...] mas às vezes é cansativo por realmente não trabalhar somente as horas determinadas, sempre tem usuário que não respeita as folgas. Finais de semanas, férias, etc.” (ACS3)*

*“[...] falta um pouco de privacidade. Os usuários acham que trabalhamos 24 horas por dia.” (ACS8)*

*“[...] complica pra quem mora de aluguel e compra um imóvel em outra região perde o emprego. Esta regra poderia mudar.” (ACS15)*

Sem dúvida, esse trabalhador apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social. Para o Ministério da Saúde, o ACS é uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria

saúde e também com a saúde da comunidade<sup>(16)</sup>.

Percebe-se a necessidade de refletir sobre o processo de trabalho do ACS, inserido em um local que vivencia diretamente a realidade da comunidade, e que, em certas situações precisa ir além da sua jornada de trabalho.

Em relação ao reconhecimento financeiro, observa-se que a inclusão do ACS no ESF representa um aumento significativo de trabalho e de responsabilidade, sem que isso seja acompanhado de aumento salarial correspondente. Aliada há várias atividades que são desempenhadas pelo ACS, eles apontam a renda como outra deficiência do trabalho<sup>(17)</sup>.

A renda *per capita* dos agentes caracteriza-os como população de baixa renda, tendo uma inserção econômica muito semelhante a da população por eles assistida. De acordo com o Ministério da Saúde, um agente comunitário deve ganhar pelo menos um salário mínimo por mês. Os recursos para efetuar o pagamento do seu salário provêm em parte do governo federal, do governo municipal e, em menor proporção, do governo estadual<sup>(16)</sup>.

Esse baixo salário em relação às inúmeras atribuições, ou seja, o não reconhecimento profissional faz com que esses trabalhadores sintam-se desmotivados, diminuindo seu comprometimento com o trabalho, mostrando realmente que parte dos

ACS trabalha por desejo próprio, e não pela questão financeira.

Vários estudos demonstram que o ACS não é valorizado o quanto merece, no âmbito da falta de reconhecimento da população, da equipe, condições insalubres e pelo baixo salário<sup>(5, 17, 19)</sup>.

Dessa forma, é necessário um profundo repensar de prática por parte da equipe, dos gestores, tendo como base os princípios que regem o SUS e a ESF, para que o ACS possa ser mais valorizado enquanto profissional de saúde, visto que o ACS possui um papel importante no processo de trabalho da ESF, pois une a comunidade e os demais membros da equipe de Saúde da Família, principalmente pelo vínculo que deve estabelecer com a família, o qual pode proporcionar confiança, solidariedade e respeito, aspectos fundamentais na promoção da saúde<sup>(5, 18)</sup>.

Sobretudo, vale ressaltar que o trabalho do ACS contribui com o desenvolvimento de processos de envolvimento das lideranças locais na discussão e enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes sociais, presentes no seu território. Para tanto é importante ressaltar a necessidade de se construir ações de saúde para o ACS que se caracterizem como um trabalho específico, bem fundamentado, que explore o pólo comunitário deste trabalhador e não desenhar para ele uma prática de *faz tudo* ou tratá-lo como um recurso de baixo custo para

expansão de cobertura dos serviços de saúde<sup>(20)</sup>.

Nesse contexto, o ACS vem sendo considerado em vários estudos como um “elo” que atrela a equipe de saúde e a comunidade, pois permite a troca de informações entre o saber científico e o saber popular<sup>(5, 17, 18, 21)</sup>.

Por isso, uma das funções exercidas por esses profissionais com extrema relevância é a visita domiciliar. É o contato direto existente durante as visitas que possibilita que os problemas enfrentados pela população sejam conhecidos pelos ACS e, por meio deles, repassados à ESF. Entretanto, muitos dos ACS entrevistados relataram dificuldades no que diz respeito à realização dessas visitas.

*“Encontrar o “usuário”, digo, paciente em casa”. (ACS 01)*

*“No meu caso como trabalho nos prédios, às vezes portão fechados...” (ACS 13)*

*“Dificuldade: muitas vezes não querem ser incomodada pelo agente, pois naquele momento não deve estar precisando de nada ou quando precisa se acha no direito de ir na casa do ACS.” (ACS 19)*

Percebe-se um sentimento de desvalorização pela população acerca do trabalho exercido pelos ACS. Talvez pelo desconhecimento por parte dessa população do que seja realmente a ESF e principalmente dos deveres, funções dos Agentes Comunitários de Saúde.

O trabalho em equipe está intimamente relacionado à ESF, mas para que isso ocorra, faz-se necessário que o município viabilize essa integração, contratando maior variedade e quantidade ideais de profissionais para compor essa equipe de saúde<sup>(5)</sup>.

A quantidade suficiente e a multidisciplinaridade do atendimento se fazem necessárias para que a visita domiciliar e a continuidade do atendimento aos pacientes sejam completos e eficazes.

Em relação as condições de trabalho dos ACS, os depoimentos revelam que são insalubres por apresentarem riscos à saúde como exposição ao sol, exposições a doenças as quais eles não têm um conhecimento adequado para se protegerem, exposições a pessoas de tantas personalidades diferentes, violência e outras<sup>(5)</sup>.

No âmbito da segurança, riscos relacionados à prática diária de trabalho dos ACS (risco de agressão física, exposição ao sol, doenças e outros) comprometem a qualidade de vida e o desempenho do trabalho dos mesmos. Por isso, é de fundamental importância o desenvolvimento de ações efetivas de proteção a esse trabalhador. Com isso, o ACS terá maior satisfação em realizar as atividades propostas, entre elas, definir as prioridades da saúde da população local.

Além dos planejamentos de ações de proteção para os riscos enfrentados pelos ACS no seu dia-a-dia de trabalho, é necessário que os mesmos recebam suporte da equipe e material para trabalhar. E, segundo o

relato da grande maioria dos ACS entrevistados, esses requisitos são fornecidos.

No campo de Saúde Coletiva, vale notar que o avanço alcançado tem possibilitado outro olhar na articulação da epidemiologia crítica com a elaboração de propostas de mudanças nas formas de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde. Assim, trata-se da proposta da construção da vigilância da Saúde, que integra os vários níveis de prevenção, com ênfase nas políticas públicas saudáveis e em ações sociais organizadas, objetivando a defesa da saúde e a melhoria das condições de vida.

No CS em questão, grande parte dos entrevistados soube pontuar avanços vivenciados por eles e pela equipe:

*“Acredito que o principal avanço foi ter ganho a confiança das famílias que visito, ver pessoas que estavam acamadas ou depressivas se reerguerem novamente e andar com seus próprios pés” (ACS 01).*

*“Promoção da saúde. Classificação de hipertensos e diabéticos” (ACS 02).*

*“Melhora da condição da saúde das pessoas” (ACS 17).*

*“Os avanços é que tem muitos cursos de capacitação como dia que passa aprendemos como lidar com os pacientes seu jeito de ser e isso ajuda a convivência pacífica e facilita o entrosamento e a confiança que adquirimos” (ACS19)*

A Vigilância da Saúde favorece o avanço da visita domiciliar, pois procura articular o enfoque populacional (promoção) com o enfoque de risco (prevenção) e o

enfoque clínico (assistência), conforme a proposta da História Natural da Doença, porém, com uma visão ampliada do processo saúde-doença. Assim, constitui-se, uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas dependendo da situação de saúde da população em cada localidade<sup>(22)</sup>.

Outro avanço importante, porém não mencionado pelos entrevistados, é a adscrição e municipalização. Esses processos, apesar de suas debilidades, trouxeram consideráveis avanços, especialmente na atenção primária de saúde, pela capacidade que tem de atuar de forma precisa nos problemas de saúde.

A territorialização, essencial para o planejamento local, viabiliza a otimização de recursos e racionalização de custos. O ACS

tem lugar privilegiado em todos os momentos desses processos. Essa participação, chamada de cidadã, pode provocar mudanças e progressos qualitativos. Uma nova modalidade de construção social, baseada na solidariedade, participação ativa, criativa, consciente e deliberada de todos e de cada um pode surgir daí, se não houver a reedição da expressão do poder local<sup>(23)</sup>.

Além disso, o ACS pode fazer parte da construção de uma sociedade para todos, isto é, uma sociedade que ajusta suas estruturas, funcionamento e suas políticas e planos às necessidades e capacidades coletivas, com o que se aproveitam as possibilidades de todos, em benefícios do bem comum<sup>(23)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, a visita domiciliar foi considerada extremamente importante e essencial para o incremento nas ações das ESF, afinal, a visita é o foco para concretização de projetos e posteriores intromissões. Na medida em que o ACS se insere no contexto domiciliar, é possível obter um levantamento sócio-econômico da comunidade, além de constituir elo entre a equipe e a comunidade, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde. Portanto,

para que a visita domiciliar traga bons resultados, é imprescindível que ela seja estruturada e devidamente planejada, para que seus reais desígnios sejam atingidos.

Devido ao aumento de encargos e desempenhos, nos foi relatado que grande parte dos ACS encontra-se insatisfeito com a remuneração, condições insalubres, excesso de funções, ou seja, existe um sentimento de desvalorização pela população e da equipe acerca do trabalho exercido por esse profissional, causando desmotivação pelo trabalho. Isso nos mostra que é necessário

repensar nessas condições de forma que essas estejam em conformidade com os princípios que regem o SUS e a ESF.

Em contrapartida, foi possível ponderar que houve muitos progressos, dentre eles, pode-se citar a implantação do SIAB, que é uma ferramenta tecnológica e prática, que tem como objetivo favorecer o conhecimento das condições de saúde e dos fatores do processo saúde-doença da população adscrita, proporcionando agilidade e veracidade no trabalho. Além disso, a construção da vigilância em saúde com ênfase nas políticas públicas saudáveis, o que favorece a melhoria nas condições de vida da comunidade.

Em relação aos treinamentos, educação continuada, foi possível alegar a importância de um constante movimento no sentido de garantir aos ACS educação permanente para que desenvolvam plenamente suas capacidades, estimulando-os assim, a realizar um trabalho comunitário participativo, reflexivo e plenamente transformador.

Este estudo favorece e abre novos questionamentos, ou seja, não há anseio de considerar o tema em questão esgotado, afinal, novos trabalhos, podem certamente colaborar para reflexão das práticas no cotidiano laboral dos profissionais inseridos na equipe, em particular, do ACS.

## REFERÊNCIAS

1. Gomes RS. O trabalho no programa saúde da família do ponto de vista da atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial. 2009 set:s.n:11-171.
2. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad. Saúde Pública. 2008 jun;24(6):1304-13.
3. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública. 2002; (18): 153-62.
4. Rodrigues AAAO, Santos AM, Assis MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. Ciênc. saúde coletiva. 2010 maio;15(3):1-8.
5. Santana JCB, Vasconcelos AL, Martins CV, Barros JV, Soares JM, Dutra BS. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. Cogitare Enferm. 2009 out-dez; 14(4):645-52.
6. Belo Horizonte. Secretária Municipal de Saúde. A atenção básica de saúde em Belo Horizonte, recomendações para organização local. Belo Horizonte, 2006.
7. Hildebrand SM, Shimizu HE. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. Rev. Bras. Enferm. 2008 maio-jun;61(3):319-24.
8. Bachilli RG, Scavassa AJ, Sipri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Rev. Ciênc. saúde coletiva. 2008 jan-fev;13(1):1-10.
9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre. Bookman; 2001.

10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.
11. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2004.
13. Bezerra AFB, Santo ACGE, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. Rev. Saúde Pública. 2005 out;39(5):809-15.
14. Brasil. Lei.nº.11.350, de 5 de outubro de 2006. Diário Oficial da União 5 out 2006.
15. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cad. Saúde Pública. 2004 jan-fev;20(1):197-203.
16. Ferraz L, Aertz DRGC. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: 'um vendedor de saúde'. Saúde em Debate. 2004 jan-mar;28(66):68-74.
17. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. Saúde Soc. 2009 set;18(4):744-55.
18. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2011 mar;16(1):1023-28.
19. Schmidt MLS, Neves TFS. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. Cad. Psicol. Soc. Trab [online]. 2010;13(2):225-40.
20. Santos LPGS, Fracolli LA. O agente comunitário de saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. Rev. Esc Enferm. 2010 março; 44(1):1-8.
21. Oliveira EM, Spiri WC, Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública. 2006 ago;40(4):727-33.
22. Araújo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Rev. Bras. Enferm. 2004 jan-fev;57(1):19-25.
23. Silvia MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2000 jan-jun; 2(1):1-13.

### Correspondência

Júlio César Batista Santana  
Email: julio.santana@terra.com.br

Recebido: 15/08/2014

Aceito: 09/04/2015