

TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE DA HANSENÍASE

COMMUNITY HEALTH AGENT'S WORK IN CONTROL OF HANSENS' DISEASE

TRABAJO DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD EN EL CONTROL DE LA LEPRO

Olga Maria de Alencar¹, Jorg Heukelbach², Thayza Miranda Pereira³, Jaqueline Caracas Barbosa⁴

Objetivou-se descrever o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no acompanhamento das pessoas com hanseníase. A profissão de Agente Comunitário de Saúde é relativamente nova com campo de atuação exclusivamente no Sistema Único de Saúde e foco na prevenção de doenças e promoção da saúde. Estudo quantitativo (n= 331), realizado no Maranhão, Pará, Tocantins e Piauí entre agosto/2009 e julho/2010. Dados foram analisados pelo programa EPI-INFO. 93% dos Agentes são mulheres, idade média de 25 anos; 84,2% tem ensino médio completo; 87,1% acompanham os casos de hanseníase; 55,3% utilizam instrumento para registro dos casos; 82,2% encaminham casos suspeitos à unidade básica de saúde; 43,0% orientam sobre hanseníase; 53,2% fizeram capacitações em hanseníase. Grupo predominantemente adulto jovem, sexo feminino, com ensino médio completo. O estudo apontou que apesar da pouca oferta de capacitação nas ações de controle da hanseníase, os Agentes monitoram os pacientes em seu território.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde; Hanseníase; Educação e Saúde.

The objective of this study is to describe the working process of the Community Health Agents (CHA) as they monitor people with Hansen's disease. The CHA is a relatively new profession with only playing field in the Unified Health System and focus on disease prevention and health promotion. It is a quantitative study (n = 331), held in Maranhão, Pará, Tocantins and Piauí, between August/2009 and July/ 2010. Data were analyzed with the program EPI-INFO. The results were: 93% of the Community Health Agents are women, mean age 25 years. 84.2% / of the Community Health Agents has completed high school. 87.1% accompanying Hansen's disease cases. 55.3% use any tool to record cases. 82.2% refer suspected cases to the basic health unit. 43.0% offer on Hansen's disease. 53.2% of the CHA have training in the disease. The group is predominantly young adult women with secondary education. The study found that despite the low availability of training in control actions of Hansen's disease, the CHA monitor patients in their territory.

Descriptors: Community Health Workers; Leprosy; Health Education.

El objetivo fue describir el proceso de trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud en el acompañamiento a las personas con lepra. La profesión es nueva, con actuación en el Sistema Único de Salud y se centra en la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Estudio cuantitativo (n = 331), en Maranhão, Pará, Tocantins y Piauí, entre agosto/2009 y julio/2010. Los datos fueron analizados con el EPI-INFO. 93% de Agentes son mujeres, edad media 25 años; 84,2% concluyeron la escuela secundaria; 87,1% acompañan los casos de lepra; 55,3% utilizan herramienta para registrar los casos; 82,2% encaminan los casos sospechosos a la unidad básica de salud; 43,0% orientan sobre la lepra; 53,2% tienen formación en lepra. Grupo predominante de mujeres adultas jóvenes, con educación secundaria. A pesar de la baja disponibilidad de capacitación en las acciones de control de la lepra, los Agentes monitoran los pacientes en su territorio.

Descriptores: Agentes Comunitarios de Salud; Lepra; Educación en Salud.

¹Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: olgaalencar17@gmail.com

² Médico. Pós-Doutorado em Epidemiologia. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária da UFC. Professor Colaborador da James Cook University, School of Public Health, Tropical Medicine and Rehabilitation Science. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: heukelbach@ufc.br

³Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: thayza-miranda@uol.com.br

⁴Enfermeira. Doutora. Professora do Mestrado em Saúde Pública / Departamento de Saúde Comunitária da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: jcaracas@ufc.br

INTRODUÇÃO

A construção histórica do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nasce da comunhão de várias experiências brasileiras. Sua origem remota a década de 1960 com criação da Fundação SESP (F-SESP), que traz como uma de suas prerrogativas promover a formação e o treinamento de pessoal técnico e auxiliar necessários a execução das atividades dos serviços de saúde⁽¹⁾.

No estado do Ceará foi implantado em 1987 o programa agente de saúde como uma das ações do governo, que em virtude do sério problema de estiagem que passava arregimentou pessoas da comunidade para desenvolver a função do que hoje denominamos de ACS. Inicialmente os recursos para o pagamento dos ACS eram provenientes dos chamados projetos "bolsões da seca". Findada a estiagem, os programas de governo foram desativados. No entanto, com o sucesso do trabalho desenvolvido pelos agentes de saúde, bem como a diminuição da mortalidade infantil a ele atribuída⁽²⁾ somada aos movimentos comunitários para que o programa continuasse, fez o governo incorporar definitivamente o projeto agente de saúde como prioridade do governo⁽¹⁾.

Os critérios para ser ACS, na época, eram ter mais de 18 anos, morar na localidade há mais de 2 anos, ter disponibilidade para trabalhar 40 horas semanais e saber ler e escrever⁽³⁾. O Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador exclusivo do Sistema Único de Saúde – SUS, institucionalizado por meio do Programa Agente Comunitário de Saúde-PACS, criado em 1991 pelo Ministério da Saúde-MS⁽⁴⁾.

Com a implantação do Programa Saúde da Família-PSF em 1994 o ACS ganhou destaque na atenção básica à saúde, sendo considerado importante instrumento para detecção das necessidades de saúde da comunidade⁽⁵⁾.

Consideramos que o ACS se fortalece como programa para reorganizar o modelo de atenção a saúde, onde a atenção primária é o locus da produção do cuidado.

No entanto, apesar do reconhecimento social do trabalho do ACS por parte da comunidade e dos trabalhadores do setor saúde, somente após 10 anos de implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e após sucessivas lutas e embates político-ideológico foi criada a profissão Agente Comunitário de Saúde⁽⁴⁾.

O Agente Comunitário de Saúde tornou-se categoria profissional após disputa de interesses sobre mercado de trabalho e controle do exercício profissional, em que se debatiam mais do que os próprios ACS, outros atores políticos e sociais, numa discussão que se distanciou totalmente da questão essencial e existencial do agente comunitário perante a sociedade e o serviço de saúde – a democratização do conhecimento⁽⁶⁾.

A partir desse evento os ACS passam a se organizarem em associações na busca de novas conquistas, como a desprecarização do trabalho e a regulamentação de suas atribuições, buscando, portanto sua identidade enquanto profissional. A construção da identidade do ACS foi formada a partir da necessidade da organização dos serviços de saúde do SUS.

O ACS é um trabalhador *sui generis* com identidade comunitária, que realiza tarefas que não se restringem ao campo da saúde, como, por exemplo, a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de forma geral⁽⁷⁾. O resgate histórico na formação da profissão do ACS aponta duas questões importantes: o caráter incipiente do trabalho desenvolvido pelos ACS e o impasse quanto à delimitação de seu papel e sua articulação com as demais categorias profissionais⁽⁸⁾.

O conceito de identidade remete à noção de construção que os atores envolvidos fazem de sua própria ação, legitimam essa construção na sociedade com base em um processo de regulação, num processo de exteriorização das normas de atuação⁽¹⁾.

O profissional é definido como alguém que recebe importantes recompensas de um grupo referência cuja filiação é limitada a pessoas que se submeteram a formação, ou seja, a educação formal especializada e que aceitaram um código apropriado definido pelo grupo⁽¹⁾. No entanto, percebemos que o ACS, profissional criado a partir de demandas do setor saúde não teve esta base teórica no sistema formal escolar.

O conhecimento é transmitido por pares experientes e credenciados⁽¹⁾. No entanto o ACS não recebe estes conhecimentos de seus pares, uma vez que outros profissionais são os responsáveis por sua formação. Diante disto cabe aqui uma indagação: o agente de saúde é uma profissão ou ocupação?

Nessa lógica há uma diferenciação entre profissão e ocupação⁽¹⁾. Profissão é o caráter técnico da tarefa do profissional, pois ele se baseia no conjunto de conhecimentos sistemáticos adquiridos através de formação. Enquanto que ocupação é a constituição das normas e regras profissionais as quais orientam na execução de tarefas. Neste sentido a ocupação trata das competências que o agente de saúde tem para desenvolver o seu trabalho⁽¹⁾.

O mecanismo para regulamentação da profissão do ACS foi instituída pela lei 11.350 de 5 de outubro de 2006⁽⁹⁾ que traz em seu arcabouço jurídico a normatização das atribuições dos ACS, bem como regulamenta seu ingresso no serviço público por meio de seleção pública, garantida pela Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006.

Dentre as atribuições do ACS destacamos no artigo 3º (lei 11.350 de 5 outubro de 2006) que traz o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS. Tais atribuições também são normatizadas na política da atenção básica, onde está posto que os ACS devam realizar vigilância das doenças e acompanhamento sistemático da população sob sua responsabilidade⁽⁹⁾.

Com base na macro política do PACS, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) elaborou material didático voltado para o ACS, onde estão descritas suas ações para o controle da hanseníase⁽¹⁰⁾.

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários⁽¹¹⁾. Destaca-se o ACS como um dos componentes que, talvez, seja o que tenha maior carga de responsabilidade no processo de cuidado, uma vez que cabe a ele a tarefa de garantia da longitudinalidade do cuidado, somado ainda ao fato do mesmo ser parte integrante da comunidade que ele cuida.

Mas será que a formação e educação permanente tem dado conta de englobar todas essas especificidades necessárias a este novo profissional? Ou ainda, será que não estamos "romantizando e heroificando" estes profissionais⁽¹²⁾?

A pouca disponibilidade de conhecimento sobre quem é esse ACS despertou em nós o desejo de realizar um estudo para caracterizar o perfil deste novo personagem, bem como identificar seu processo de trabalho no que tange as ações de controle da hanseníase por ele desenvolvidas em seu território.

Esse artigo tem como objetivo caracterizar o perfil do ACS e descrever o processo de trabalho no acompanhamento das pessoas acometidas pela hanseníase.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal. O estudo foi realizado nos estados do Maranhão, Pará, Tocantins e Piauí, pertencentes ao cluster1* no período entre agosto de 2009 e julho de 2010.

A escolha do cenário deve-se ao fato dos pesquisadores estarem vinculados ao Projeto de pesquisa "*Integrahans MAPATOPI padrões epidemiológicos, clínicos, operacionais e psicossociais da hanseníase: uma abordagem integrada*", da Universidade Federal do Ceará.

De acordo com os objetivos do estudo, determinaram-se as seguintes variáveis de análise: fatores sociodemográficos relacionados aos ACS, fatores relacionados ao processo de trabalho voltado para assistir às pessoas com hanseníase.

Utilizou como instrumento de coleta de informação, um questionário estruturado auto aplicado orientado pelos pesquisadores. O instrumento padronizado foi pré-testado no município de Fortaleza, com ACS da Secretaria Executiva Regional III – SER III. A coleta de dados foi realizada por duas das autoras da pesquisa e por duas alunas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC devidamente treinadas pela pesquisadora principal.

Os Agentes Comunitários de Saúde foram selecionados por meio de convite, levando em consideração os critérios: atuar na estratégia Saúde da Família e residir na zona urbana. Para a escolha dos

municípios levou-se em considerações os critérios: pertencer ao cluster 1, ter pelo menos 25% de cobertura da estratégia saúde da família e ter as ações de controle da hanseníase descentralizadas para a atenção básica.

Os dados foram computadorizados e analisados por meio do programa EPI-INFO versão 3.5.1 (CDC, Atlante, USA) Os resultados obtidos estão apresentados por meio de tabelas, obedecendo à distribuição e frequência das variáveis. As perguntas abertas foram agrupadas por afinidades em temas gerais. Para a análise descritiva dos dados foram calculadas frequências relativas para dados categóricos e a média, mediana, intervalo de confiança para as variáveis contínuas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - UFC (Parecer nº 138/09 de 04 de junho de 2009). A coleta de dados iniciou-se após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, garantia de sigilo e anonimato dos sujeitos da pesquisa, probabilidade dos benefícios esperados serem maiores que os riscos previsíveis, respeitando os valores sociais, culturais, éticos, morais, religiosos, bem como os hábitos e costumes das comunidades e assegurando o direito de desistir da pesquisa sem qualquer prejuízo para o sujeito da pesquisa. Foi obtido termo de consentimento livre e esclarecido escrito de todos os participantes do estudo.

RESULTADOS

Nos quatro municípios do estudo existem 617 ACS⁽¹³⁾, sendo que 331(54%) foram incluídos no estudo. A distribuição do número de ACS por município que participaram da pesquisa encontra-se na tabela 1.

A média de idade foi de 25 anos, sendo a idade mínima encontrada de 22 anos e a máxima de 71 anos. 48,4% (n=148) dos ACS estão na faixa etária de 30 a 39 anos, considerada segundo parâmetros do IBGE como adultos jovens.

* Cluster – áreas com maior risco e onde se encontram a maioria dos casos. Fonte: Boletim Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, 2008.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo municípios de atuação, Araguaina-To, Floriano-Pi, Paragominas-PA e São José de Ribamar-MA, Brasil, 2010

Municípios	N	%
Araguaina	96	27,4
Floriano	52	14,8
Paragominas	89	25,4
São Jose de Ribamar	114	32,4
Total	331	100,0

Neste grupo, 2% dos ACS têm mais de 60 anos. Sobre o nível de escolaridade 84,2% dos ACS tem ensino

médio completo e 7,4% ou tem nível superior ou está cursando. Os dados estão detalhados na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo sexo, faixa etária e escolaridade, nos municípios de Araguaina-TO, Floriano-Pi, Paragominas-PA e São José de Ribamar-MA, Brasil, 2010

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	308	93,0
Masculino	22	6,7
IGN/BCO	1	0,3
Faixa etária		
22 a 29 anos	42	13,7
30 a 39 anos	148	48,4
40 a 49 anos	75	24,5
50 a 59 anos	35	11,4
Mais de 60 anos	6	2,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental completo	9	2,7
Ensino Fundamental incompleto	2	0,6
Ensino Médio completo	278	84,2
Ensino Médio incompleto	15	4,5
Ensino Superior completo	10	3,0
Ensino Superior incompleto	16	4,8

Nos municípios onde a pesquisa foi realizada segundo dados das Secretarias Municipais de Saúde-SMS todos os ACS já estão em regime de seleção pública como

prevê a lei, portanto, incorporados ao quadro funcional do servidor público. No entanto, percebemos que para alguns sujeitos da pesquisa ainda não está muito claro sua forma

de contratação, uma vez que 27,4% referiram ter como vínculo trabalhista contratos temporários pela Secretaria Municipal de Saúde. O tempo de trabalho como ACS em média foi de 9 anos, com intervalo mínimo de 1 e máximo de 29 anos.

Verificou-se que 94,5% dos entrevistados trabalham exclusivamente como ACS. Os outros tipos de trabalhos referidos (5,5%) como segunda opção foram:

açougueiro(1), auxiliar de enfermagem(6), babá(1), cabeleireira(3), garçom(4), manicure(1), repórter(1) e vendedora(1). Segundo conversa informal com os ACS estas atividades são desenvolvidas no fim de semana ou horário noturno de modo que não interfiram no trabalho com a comunidade. Na tabela 3 esses dados podem ser melhor visualizados.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo vínculo trabalhista, tempo de trabalho e outros tipos de trabalho, nos municípios de Araguaina-TO, Florianópolis-Pi, Paragominas-PA e São José de Ribamar-MA, Brasil, 2010

Variáveis	N	%
Vínculo trabalhista		
Celetista	7	2,2
Contrato	87	27,4
Efetivo	64	20,2
Estatutário	156	49,2
Outros	3	0,9
Tempo de trabalho		
< 2 anos	5	1,6
2 a 5 anos	74	23,3
6 a 10 anos	145	45,6
11 a 20 anos	88	27,7
> 20 anos	6	1,9
Outros tipos de trabalho		
Técnico de enfermagem	6	33,3
Garçom	4	22,2
Cabeleireira/manicure	3	16,6
Repórter	2	11,1
Vendedor	1	5,6
Babá	1	5,6
Visitadora da pastoral	1	5,6

Nos municípios estudados 63,4% dos ACS já passaram pela formação mínima de 400 horas, sendo que o município de Araguaina-TO, mediante recursos do Estado já fez a formação técnica (1200 horas) para os ACS com ensino médio completo.

53,2% dos entrevistados responderam que já haviam feito curso de hanseníase. 41,5% (n=73)

referiram que o último curso foi há menos de 2 anos e com carga horária inferior a 8 horas(68%).

Quanto ao acompanhamento dos casos de hanseníase, 87,1% dos ACS referiram fazê-lo, sendo em média diagnosticados pelo menos 1 caso ao ano em sua micro área. 55,3% relataram utilizar a ficha B-Han (Sistema de informação da atenção básica-SIAB) para monitoramento dos casos diagnosticados, sendo que nos

casos de suspeita da doença, 82,2% dos ACS referiram encaminhar para a unidade básica de saúde – UBS. Os dados revelam que o uso dos instrumentos preconizados não faz parte do cotidiano dos ACS.

No que concerne as atividades desenvolvidas pelos ACS, constatou-se que 43,0%(n= 270) referiram as orientações como ação importante para o controle da hanseníase conforme descrito na tabela 4.

No que tange as orientações relatadas pelos ACS, verificou-se que 29,3% não especificaram os tipos de

orientações proferidas. Os tipos de orientações podem ser visualizadas na tabela 5.

As outras orientações referidas pelo ACS são: a cura da hanseníase, reações e sequelas, evitar pegar sol e cuidado com fogo. Constataram-se também algumas orientações equivocadas, como: a pessoa não manter muito contato com os comunicantes e evitar usar objetos como copo, talheres.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo atividades desenvolvidas nos municípios de Araguaína-TO, Floriano-PI, Paragominas-PA e São José de Ribamar-MA, Brasil, 2010

Atividades	N	%
Orientações	270	43,0
Acompanhamento dos casos	62	9,9
Encaminhamento	81	12,9
Vigilância epidemiológica	21	3,3
Ações de comunicação e educação	194	30,9
Total	628	100,0

Tabela 5 - Distribuição dos participantes segundo orientações dadas aos usuários dos municípios de Araguaína-TO, Floriano-PI, Paragominas-PA e São José de Ribamar-MA, Brasil, 2010

Orientações	N	%
Não especificada	79	29,3
Higiene pessoal e do lar	41	15,1
Importância do tratamento	33	12,2
Importância do exame dermatoneurológico dos comunicantes	32	11,8
Sinais e sintomas da doença	27	10,0
Autocuidado	19	7,0
Modo de transmissão	14	5,1
Cuidados com alimentação e ingestão de álcool	11	4,0
Preconceito e discriminação	8	2,9
Outras	6	2,2
Total	270	100,0

DISCUSSÃO

Os ACS foram constituídos em sua maioria por mulheres (93%), o que corrobora com a própria história do nascedouro da profissão como eminentemente feminina. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, que evidenciaram que 88% dos ACS são mulheres^(3,14). Estudo realizado em Volta Redonda - Rio de Janeiro observou que 62% dos ACS estão na faixa etária entre 18-25 anos, 15% entre 26-35 anos e 23% maiores de 35 anos⁽¹⁶⁾, dados estes diferentes dos encontrado em nosso estudo.

Este estudo demonstrou uma concentração dos ACS com ensino médio completo. Situação semelhante foi encontrada em outros estudos^(14,11), onde apontou que 50% e 56%, respectivamente, dos ACS tem ensino médio. 61% dos ACS cursaram o 2º Grau completo, 31% responderam estar cursando ou ter cursado 3º Grau e apenas uma pessoa respondeu ter cursado somente o 1º Grau completo⁽¹⁵⁾.

Verificou-se um aumento gradativo no grau de escolaridade dos ACS, o que pode ser explicado pela política de educação, que vem propiciando o acesso a escola aos trabalhadores de saúde, tanto para melhoria da escolaridade como para a qualificação profissional.

Dados do Ministério da Saúde de 2004 evidenciaram que 60% dos ACS possuem o ensino médio completo ou em fase de conclusão, 18% possuem o ensino fundamental completo e que somente 22% ainda estão por concluir o ensino fundamental⁽³⁾.

Historicamente o vínculo empregatício dos ACS sempre foi assunto polêmico entre gestores e entidades trabalhistas. As regras que regem o vínculo empregatício passaram por várias interpretações, desde aquelas onde a relação de trabalho pode ser de emprego formal, regulada por dispositivos legais, como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o regime jurídico dos servidores públicos

estatutário do município, como também ao regime de cooperativas e associações comunitárias⁽¹⁶⁾.

Com a promulgação da lei 11.350 de 05 de outubro de 2006 fica estabelecido a forma de ingresso do ACS no serviço público como pode ser evidenciado no Art. 2º - "O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional"^(17:187).

A lei que cria a profissão do ACS estabelece o ensino fundamental como requisito de escolaridade mínima para o exercício da profissão e a obrigatoriedade de passar por uma qualificação básica de 400 horas⁽¹⁷⁾. Para efetivar essa qualificação, o Ministério da Saúde propôs um itinerário de formação do ACS até que atinja o nível técnico (1200 horas), o que irá exigir, além da qualificação profissional, o ensino médio⁽³⁾.

A capacitação, ou treinamento, dos agentes comunitários de saúde até então, na maioria dos casos, era realizada em serviço, pelos enfermeiros/instrutor/supervisor de PACS/PSF⁽³⁾. A regulamentação deste novo profissional abre uma ampla discussão sobre as competências necessárias à sua formação.

A competência profissional consiste na capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades⁽³⁾.

O curso técnico do ACS é uma realidade irreversível, uma vez que 170 mil ACS encontram-se cursando o primeiro módulo do itinerário técnico nas Escolas Técnicas

do SUS - ETSUS do Brasil⁽¹⁸⁾. Com relação à capacitação específica na área de hanseníase 53,2% dos entrevistados responderam que já haviam feito curso de hanseníase, dado semelhante foi encontrado na literatura⁽¹⁵⁾.

Na formação dos agentes de saúde há um acentuado predomínio dos conteúdos biomédicos, o que faz com que se sintam orgulhosos por passar a dispor de um conhecimento científico e que em sua concepção se situa em escala superior na hierarquia de saber da sociedade⁽⁸⁾. O fato de não haver um saber próprio à sua categoria, que possa ser evocado na relação com os usuários e os demais profissionais, parece favorecer que os ACS se arvorem a apropriar-se dos saberes disponíveis, sobretudo os hegemônicos⁽⁸⁾.

O ACS tem como uma de suas atividades a busca ativa de casos novos de hanseníase na população sob sua responsabilidade e o monitoramento dos casos já diagnosticados. Para tanto utiliza como instrumento a ficha B-Han, sendo verificado neste estudo sua pouca utilização (55,3%). Nem todos os ACS são orientados quanto a importância dos instrumentos, considerado muitas vezes como apenas uma tarefa administrativa⁽¹⁹⁾.

A diversidade e heterogeneidade das atividades desenvolvidas pelo ACS, destaca como ponto central as orientações especialmente sobre prevenção de doenças e acompanhamento de tratamento. Ressalta-se também que os ACS desenvolvem basicamente três atividades fim: visita domiciliar, atividades em grupo (na maioria das vezes educativas) e atividades comunitárias⁽²⁰⁾.

Consideramos a orientação/informação veiculado pelos ACS como atribuição primordial em seu processo de trabalho, fazendo-se necessário ações de educação permanente que respeite as singularidades do perfil deste novo trabalhador. Os ACS consideram gratificante poder ajudar os usuários, bem como sentem-se valorizados ao

perceberem que suas orientações são consideradas necessárias pelas famílias⁽²¹⁾.

As capacitações são fundamentais para um melhor desempenho de suas atividades, a preocupação em ter mais capacitações mostra que mesmo tendo, são insuficientes frente à demanda dos ACS, os quais são constantemente cobrados pela comunidade frente aos problemas que lhes apresentam⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

Ao longo do estudo ficou evidente que o grupo de ACS pesquisado é composto predominantemente por adulto jovem do sexo feminino e com ensino médio completo. As capacitações referentes à hanseníase ainda são tímidas. Apenas 53,2% dos pesquisados fizeram curso de hanseníase, o que reafirma a necessidade veemente de ofertas de cursos com a temática, pautada em uma metodologia crítica reflexiva, para uma mudança significativa do cenário epidemiológico da hanseníase. Constatou-se ainda, que os instrumentos/formulários ferramentas de trabalho do ACS são utilizados por 55,3% deles, o que remete à reflexão de como estão sendo introduzidos estes ACS no território, e que os instrumentos talvez sejam utilizados mecanicamente.

Este estudo apresenta limitações inerentes a pesquisa quantitativa que não permite desvelar questões significativas e essenciais para a compressão do processo de trabalho do ACS frente a uma doença atravessada por estigma como a hanseníase.

REFERÊNCIAS

1. Silva JÁ, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
2. Minayo MCS, D'Elia JC, Svitone E. Programa agentes de saúde do Ceará. Fortaleza: UNICEF; 1990.

3. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação (BR). Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde. Brasília; 2004.
4. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):426-33.
5. Furlan GP. O agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 368-87.
6. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):51-60.
7. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):259-68.
8. Silva VP. Sujeito do inconsciente e Agente Comunitário de Saúde: um encontro necessário. In: Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro. Experiências em Psicologia e políticas públicas. Rio de Janeiro; 2009.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva, Departamento de Apoio a Descentralização, Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Hanseníase: como ajudar no controle da hanseníase? Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
11. Cotta RM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3):7-18.
12. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface Comun Saúde Educ*. 2002; 6(10):84-7.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [citado 2011 Mar 30]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php.
14. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(2):347-55.
15. Santos KV, Elias BLF, Horita FYF, Santos L, Souza CC, Pacheco FE. Perfil do agente comunitário de saúde no PSF Vila Murry. *Cad UniFOA [Internet]*. 2008 [citado 2011 Jun 19]. Disponível em: <http://www.foa.org.br/cadernos/especiais/pmvr/39.pdf>.
16. Nogueira RP, Silva FB, Ramos Z. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2000. (IPEA. Textos para Discussão, n. 735) [citado 2011 Jun 19]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>.
17. Côrrea C, Pfeiffer CC, Lora AP. O Agente comunitário de saúde – uma história analisada. *Rev Rua*. 2010; 16(1):173-92.
18. Morosini MV, Corbo AA, Guimarães CC. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, Educ Saúde*. 2007; 5(2):261-80.
19. Fundação Nacional de Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica. 5ª ed. Brasília: FNS; 2002.
20. Broock Neto WH, Guterres SBC, Viero JF. Contra-regras do cenário da saúde: os agentes comunitários da saúde em foco [Internet]. Porto Alegre: Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul-SES/RS. Escola de Saúde

Alencar OM, Heukelbach J, Pereira TM, Barbosa JC

Coletiva-ESP/RS, 2006 [citado 2011 jul 19]. Disponível em:http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/ESP-RS/Contra_regras.pdf.

21. Lanzoni GMM, Meireles BHS. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. Rev Rene. 2010; 11(2):140-51.

22. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. Rev Latino-am Enferm. 2006; 14(6):957-63.

Recebido: 04/08/2011

Aceito: 31/01/2012

Rev Rene. 2012; 13(1):103-13.