

CONHECIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA FRONTEIRA FRANCO-BRASILEIRA SOBRE ATENÇÃO BÁSICA

KNOWLEDGE OF COMMUNITY HEALTH AGENTS OF THE FRENCH BRAZILIAN BORDER ON BASIC CARE

Heluza Monteiro de Oliveira¹

Juliely da Silva Garcia²

Resumo: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) realiza um trabalho fundamental no envolvimento da população para o enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo para a modificação das condições de vida, buscando melhores conjunturas de saúde em seu território de abrangência profissional. O Ministério da Saúde salienta que a qualificação do ACS deve ser contínua e permanente, sendo fundamental para aprimorar as capacidades individuais e coletivas na prática profissional. O objetivo deste estudo foi relatar a percepção dos ACS a respeito de seu papel dentro da Atenção Básica em um município fronteiriço. O estudo teve caráter descritivo com análise qualitativa realizada através da análise de Bardin. Os dados foram coletados em 2018. Resultados demonstraram que os ACS estão desinformados quanto a situações de agravos a saúde, o programa da atenção básica não está sendo executado da forma como é preconizado, apesar de alguns discursos relatarem de forma concreta a importância desses profissionais.

Palavras-chave: Saúde Pública; Agentes Comunitários de Saúde; Promoção à Saúde.

Abstract: The Community Health Agent (CHA) performs a fundamental work in the involvement of the population to face health problems, especially for the modification of living conditions, seeking better health conditions in their professional territory. The Ministry of Health emphasizes that the qualification of the CHA must be continuous and permanent, being essential to improve individual and collective capacities in professional practice. The aim of this study was to report the perception of CHAs about their role within Primary Care in a border municipality. The study was descriptive with qualitative analysis performed through Bardin analysis. The data were collected in 2018. Results showed that the CHA are uninformed about health problems, the primary care program is not being implemented as recommended, although some speeches specifically report the importance of these professionals.

Keywords: Public Health; Community Health Agents. Health Promotion.

1 Introdução

O ACS possui um papel vultoso no processo de trabalho na atenção básica, pois atua como o agregador entre a comunidade e a ESF, em especial pelo vínculo que estabelece com a família, o qual pode proporcionar confiança, solidariedade e respeito, aspectos fundamentais na promoção da saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

¹ Especialista em Gestão em Saúde, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Professora da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá, Amapá, Brasil. E-mail: heluzamonteiro@hotmail.com

² Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Discente da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá, Amapá, Brasil. E-mail: julimarygarcia@bol.com.br

Desta forma, eles podem contribuir de forma positiva com a população através de ações no modelo coletivo e individual na sua área de trabalho. São fornecedores de conhecimentos pautados no elo primário da prevenção e promoção da saúde e isso colabora com a diminuição da incidência de patologias e agravos de saúde, contribuindo com o bem-estar físico, mental e social da população.

Portanto, são os sujeitos que primeiro tomam conhecimento da realidade dessas famílias, criando um estreito contato com os usuários da unidade e possibilitando o reconhecimento de seus problemas de saúde. Percebem, portanto, desde questões relacionadas a doenças infectocontagiosas até questões sociais e ambientais que influenciam a saúde da população, como violência doméstica e falta de saneamento básico (LOSCO; GEMMA, 2019).

É imprescindível relatar as experiências vivenciadas no cotidiano dos ACS, suas opiniões, bem como, identificar as dificuldades enfrentadas, além de obter informações sobre seus conhecimentos acerca da Saúde Pública, e identificando as dificuldades de atuar como ACS, pelo pouco recurso oferecido para lidar com a população, sendo possível confirmar sua importância na mudança da saúde, além de garantir o fortalecimento do sistema de saúde no contexto vivenciado em um município de região de fronteira brasileiro.

Engendrado a isso, o município de Oiapoque-AP possui restrito acesso à capital Macapá, devido a não pavimentação de estradas, a extensa bacia hidrográfica amazônica, que em algumas localidades permite apenas o acesso fluvial com embarcações em situações precárias, ao rigoroso inverno amazônico, ao grande contingente de populações vulneráveis (indígenas, quilombolas e ribeirinhos), às áreas de garimpagem, à região de fronteira que restringe o acesso aéreo em alguns horários (ANDRADE, 2008).

Para Giovanella *et al.*, (2007) as cidades brasileiras fronteiriças que vivenciam esta situação sofrem constantemente impactos em relação ao financiamento destas ações, bem como na qualidade destes serviços de saúde.

2 Objetivo

Relatar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde a respeito de seu papel dentro da Atenção Básica em um município fronteiriço.

3 Metodologia

Pesquisa de abordagem qualitativa, realizada no município de Oiapoque que faz fronteira no extremo norte do Brasil com a Guiana Francesa, localizado no Estado no Amapá-AP, no primeiro semestre de 2018.

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017), o Oiapoque é um dos 16 municípios que compõe o Estado do Amapá. Está localizado na mesorregião do norte do Amapá, limitando-se ao sul com os municípios de Calçoene, Serra do Navio e Pedra Branca do Amapari, ao norte delimita-se com a Guiana Francesa, ao leste é banhado pelo Oceano Atlântico, e a oeste faz fronteira com o município de Laranjal do Jari. Apresenta uma área territorial de 22.625, 286 km², e uma população estimada de 25.514 habitantes.

O município conta com a atuação de 32 (trinta e dois) ACS. Os mesmos fazem parte das 5 (cinco) UBS do município, as quais possuem vínculo com a ESF, sendo elas: UBS do Nova Esperança, UBS Julieta Palmeirim, UBS do Infraero; UBS do Planalto e a UBS de Clevelândia do Norte.

O Instrumento de Coleta de Dados - ICD, foi um questionário semiestruturado, dividido em duas partes: I) O primeiro bloco de questões fechadas envolveu informações socioeconômicas e demográficas: idade, sexo, escolaridade, renda familiar. II) O segundo bloco foi composto de questões abertas para os ACS expressarem seus conhecimentos sobre Saúde Pública, quais são os problemas de saúde mais encontrados no município; qual sua função na promoção à saúde e como atuar na resolução dos problemas de saúde da população e se o ACS já participou de algum curso sobre Saúde Pública.

As entrevistas foram gravadas na forma de áudio e transcritas na íntegra a fim de manter o sigilo de identidade. O tempo médio de duração da entrevista foi entre 6 a 10 minutos, a fim de evitar cansaço e constrangimento às entrevistadas.

As respostas foram gravadas por meio de um gravador digital, os ACS foram contatados para participar voluntariamente da pesquisa, o encontro ocorreu na UBS onde os mesmos desenvolvem suas atividades.

Fez-se a busca dos ACS em seu ambiente de trabalho, onde foram convidados a participar da pesquisa, em seguida foi disponibilizado o TCLE, seguido da apresentação e explicação dos objetivos da pesquisa aos participantes.

No segundo momento, após assinatura do TCLE, iniciou-se a aplicação do ICD com os ACS em uma sala reservada na UBS a qual cada participante trabalha, com

duração de em média 10 minutos, todas as respostas foram gravadas por um gravador de voz digital, para posteriormente serem analisadas.

Os dados foram analisados de maneira qualitativa, através da análise de Bardin, esse método busca analisar os conteúdos, através de um conjunto de técnicas que envolvem análises das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011).

A análise dos dados coletados foi organizada em três fases:

1. Pré-análise é a fase em que foi organizado e compilado o material analisado com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizado. Assim, foi realizada a leitura flutuante dos documentos; feita a escolha e demarcação dos documentos que foram analisados; formulação das hipóteses e dos objetivos e a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

2. A exploração do material: nesta fase deu-se a descrição analítica, a qual diz respeito qualquer material textual coletado submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase.

3. O tratamento dos resultados: inferência e interpretação. É nesta etapa que ocorre o tratamento dos resultados, a condensação e o destaque. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Através desse método, pode-se ter uma organização que proporciona a melhor compreensão da análise de conteúdo, que é responsável por produzir sentidos e significados nas variedades das amostras que encontramos no mundo acadêmico (FARAGO; FOFONCA, 2011). A pesquisa foi aprovada do Comitê de Ética da Universidade Federal do Amapá sob o parecer n. 2.607.335.

3 Resultados e Discussão

Sobre o perfil dos ACS houve uma prevalência do sexo feminino com o percentual de 70% (7 pessoas); Quanto a faixa etária, foi predominante nesta pesquisa a média de idades na mesma proporção de 34 a 41 anos, sendo 50% (5 pessoas) e 42 a 49 anos também 50% (5 pessoas), relaciona-se ACS com mais idade ao melhor conhecimento da comunidade, tendo assim, mais experiências com as famílias, gerando maior confiança para população e podendo acompanhar melhor a situação de cada morador, o que tem beneficiado mais ainda a qualidade de vida das pessoas (MOURA *et al.*, 2008).

Em relação ao grau de escolaridade 70% dos ACS entrevistados apresentou o 2º grau completo. Em 2002 o Ministério da Saúde teve por exigência para ocupação de cargo como ACS a conclusão do ensino fundamental.

No estudo de Rezende (2015) surge uma reflexão acerca dessa questão, já que os ACS estão em sua maioria acima do exigido grau de escolaridade, poderia esse fato ser resultado da falta de outras oportunidades de emprego, ou talvez à preferência pelo benefício da estabilidade de um emprego público.

Os ACS apresentaram o tempo de serviço prevalente a 40% (4 pessoas) exercendo suas atividades há 14 anos e os demais com tempo mínimo de 5 anos e máximo de 17 anos, com a média de 11,1 anos de acordo com a amostra estudada (CASTRO *et al.*, 2017)

Um tempo maior de serviço na área facilita cada vez mais o trabalho dos ACS, pois se tornam mais conhecidos das famílias, o que tem melhorado a aceitação desses profissionais por conta da população que permitem que estes adentrem seus lares, podendo haver melhor articulação do trabalho em saúde, entendendo e vivenciando a realidade das famílias (REZENDE, 2015).

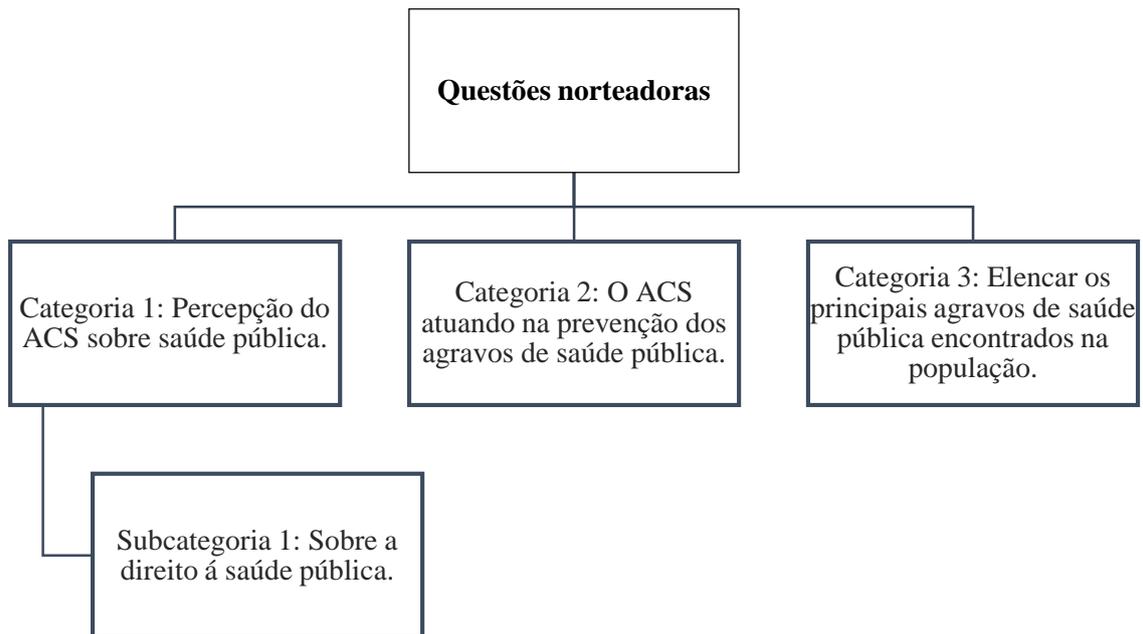
Em relação à renda familiar encontrada neste estudo, percebeu-se uma remuneração baixa, sendo que 60% dos ACS recebem menos que 1 (um) salário mínimo, fazendo com que eles estejam englobados em uma população de baixa renda, vale ressaltar que a Lei nº12.994, de 2014 estabelece o piso salarial dos ACS fixado no valor de 1.014 (mil e quatorze reais) mensais.

Porém, essa renda menor resulta em desvalorização de trabalho em relação aos outros integrantes da equipe de saúde (NUNES *et al.*, 2002). Nesse sentido, tornando o ACS desmotivado a exercer sua função de maneira correta, além de que já acarreta funções que não lhe condizem.

Surge uma indagação mediante o resultado da renda familiar, o que tem levado o ACS a ter uma renda familiar menor que 1 (um) salário mínimo, mesmo com seu salário estabelecido em Lei? Este estudo demonstrou haver uma diferença salarial significativa entre os próprios agentes comunitários.

Foram analisados uma amostra de 10 (dez) profissionais, os quais tiveram suas identidades preservadas através da aplicação dos codinomes “ACS”, seguido de um número disposto 1 a 10 (uma a dez) de forma aleatória à ordem de entrevistas.

Figura 1: Fluxograma do processo de formulação das categorias e subcategorias analíticas. Oiapoque-AP, 2018



Fonte: Dados Primários da Pesquisa, 2018

A análise do conteúdo das entrevistas semiestruturadas procedeu seguindo as três fases preconizadas. A pré-análise configurou-se na primeira fase da análise, em que ocorreu o primeiro contato com o material, a organização do mesmo e a definição do corpus que foi submetido à análise (BARDIN, 2011).

Após a transcrição na íntegra e a leitura flutuante das entrevistas foi definido o *corpus* a ser analisado. Em seguida, foi realizada a construção das categorias e subcategorias analíticas, a partir dos núcleos de sentido desvelados, a saber, (Figura 1): 1. Percepção do ACS sobre saúde pública, que apresentou a subcategoria “Direito a saúde; 2. O ACS atuando na prevenção dos agravos de saúde pública. 3. Elencar os principais agravos de saúde pública encontrados na população fronteiriça.

Estas categorias e subcategorias obedeceram às regras de: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade (BARDIN, 2011).

Desta forma, não foram utilizados uma mesma fala para explicar categorias diferentes, no entanto, um mesmo ACS pode ter obtido respostas classificadas em mais de uma categoria. Após esta segunda fase, iniciou-se a predisposição sobre as categorias e subcategorias dispostas.

A primeira categoria emergiu da busca pela compreensão do significado de saúde pública para os ACS que trabalham em área de fronteira. Acerca do significado, os ACS

apresentaram outro eixo analítico que compôs a subcategoria: “Direito à saúde”, desvelado de acordo com as falas das entrevistadas.

Nesta categoria as falas dos ACS evidenciaram que a prevenção é um dos principais objetivos do atendimento, à percepção do ACS sobre saúde pública. No decorrer dos anos foram desenvolvidos meios de melhorar a vida do cidadão, aliado a isso está o SUS que é o sistema que põe em prática a saúde pública, de tal forma, defini-la como uma proteção que abrange a saúde populacional e que vem garantir uma vida de qualidade. Através das entrevistas com os ACS percebe-se que o entendimento deles a respeito desse assunto está fazendo parte do contexto real de saúde pública.

Os ACS remetem que a saúde pública faz parte do SUS, ou seja, são conscientes de que a saúde da sociedade é garantida pelo sistema de saúde, ou pelo menos deveria ser de acordo com a Constituição Federal de 1988, com isso, através dessa Lei são construídas as condições políticas, econômicas, sociais e culturais, que podem corresponder verdadeiramente à realização dos direitos humanos (BRASIL, 2009), como podemos observar nas falas:

“São os atendimentos oferecidos pelo SUS” (ACS 7)

“Os governantes fizeram pra população mais carente pra termos esse atendimento nas redes públicas, hospitais e UBS, é muito difícil mas é o que a gente tem” (ACS 9)

“É um método de levar saúde à população, melhoria” (ACS 1)

“Eu acho que é... É algo que ajuda a resolver o problema de saúde da população” (ACS 8)

“Deixa eu ver como eu posso te dizer... É uma coisa essencial para o ser humano, o município precisa de saneamento básico” (ACS 3)

“Saúde Pública pra mim é tudo aquilo que traz o bem pra sociedade, água de qualidade, saneamento básico de qualidade” (ACS 6)

“Eu entendo assim é... Eu vejo assim, poderia ser uma população bem educada e orientada pra ter a saúde, através da educação é que vem a prevenção né?” (ACS 10)

Sabe-se, que quando um ACS não tem o conhecimento adequado em relação aos agravos de saúde ou sobre saúde pública em geral, há como resultados a não adesão da população quanto aos programas de saúde, pois se não são repassadas as informações necessárias as pessoas não estarão cientes de como devem agir para manutenção da saúde ou recuperação da mesma, e deixarão de frequentar as UBS, resultando nas superlotações hospitalares.

De acordo, com Castiel (2008), a saúde pública é tudo aquilo que colabora para melhoria das condições de saúde da comunidade, utilizando como métodos a promoção, prevenção, sensibilização através de campanhas, além da educação que envolve levar o conhecimento para a comunidade, não apenas repassando informações, mas acompanhar a cada família de maneira mais abrangente.

Sem dúvidas, os benefícios que a saúde pública garante deve ser usufruído pelo máximo de pessoas possível, gerando recursos e serviços que auxiliem a melhoria na vida da população.

O sistema de saúde foi criado com intuito de promover e assegurar saúde para todos sem beneficiar apenas determinadas classes, devendo o Estado e demais representantes da Saúde Pública, além dos próprios profissionais da saúde, bem como os ACS e demais integrantes da equipe multidisciplinar, não permitir que se faça discriminações de quaisquer natureza entre pessoas de todas as comunidades (REZENDE, 2015).

Em consonância com o exposto, observou-se que a subcategoria “Direito a saúde” foi citado pelos ACS.

“É o direito que a população tem de ser bem atendido” (ACS 4)

“É o direito de todos ter saúde de qualidade, ter acesso fácil, sem distinção de pessoas, é uma coisa que não tem em nosso município né?” (ACS 2)

Certamente, os ACS necessitam ter o conhecimento científico, ético e humano, pois é através desses fatores que será realizado um cuidado com qualidade e eficácia à sua comunidade, para educar, garantir direitos e cidadania, além de promover um elo de confiança com cada família, proporcionando ainda mais bem estar e qualidade de vida (PAULA et al., 2003).

“É o trabalho das 3 esferas governamentais, federal, municipal, estadual, cada um tem que dar o suporte, só o município não tem suporte” (ACS 5)

De fato, o governo tem a responsabilidade de desenvolver a Saúde Pública, através da elaboração de programas de saúde com objetivos bem definidos, sendo, a prevenção por meio das vacinas gratuitas por exemplo, a proteção sanitária com controle do meio ambiente e contaminação, a promoção sanitária, que se dá por meio da educação, além da restauração sanitária com intuito de recuperar a saúde da população. De acordo com a PNAB, está como uma das atribuições dos ACS a execução de ações de educação em saúde e de promoção a saúde para prevenir agravos à saúde (BRASIL, 2012).

Infelizmente os profissionais de saúde são obrigados a trabalhar de acordo com a realidade que cada município enfrenta, realizando serviços sem atenção e estrutura como deveria ser a ideal, logo, a carência de preparação é algo que ainda se faz muito presente no meio da saúde e mais precisamente entre os ACS (GOMES *et al.*, 2012).

Com isso, por não haver o bom processo preparatório entre esses profissionais, o sistema de saúde tem sido executado com falhas, pois se fossem realizadas mais intensamente trabalhos voltados para melhorar o desempenho desses profissionais, a população teria melhores ganhos quanto à saúde (GOMES *et al.*, 2012).

Dentro do contexto de atribuições que um ACS possui está incluído o mapeamento das áreas que servem para realizar uma análise e acompanhamento de maneira mais completa, identificando os pontos dentro do território que podem favorecer o aparecimento de doenças e males que possam prejudicar a saúde da população (BRAGA *et al.*, 2016).

Através do mapeamento da área a ser trabalhada é possível conhecer os grupos de pessoas que precisam de um acompanhamento mais minucioso de sua saúde, pois apresentam maior vulnerabilidade.

Dados epidemiológicos também estão inseridos nas atribuições dos ACS sendo, a identificação do número de hipertensos, diabéticos, idosos, crianças, gestantes e famílias que vivem sem saneamento básico (BRAGA *et al.*, 2016).

Acerca da categoria “Agravos de saúde pública encontrados na população fronteiriça” É possível verificar que estes são derivados da falta de saneamento e infraestrutura que este local apresenta, exigindo ainda mais empenho dos agentes de saúde para vencer as dificuldades em seu cotidiano, infelizmente sabe-se que não há investimentos mínimos que priorizem os cuidados voltados para o saneamento básico.

Verifica-se que os ACS entrevistados referiram muitos agravos em comum no município fronteiriço, sendo em sua maioria os casos de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e o Diabetes Mellitus – DM, fato esse evidenciado também no estudo de Barroso (2007) este autor destaca que além das doenças crônicas, evidencia-se também que o ACS tem conhecimento a respeito de seu território e reconhecem os problemas locais como a falta de saneamento básico, o foco de doenças infecciosas e contagiosas como dengue, malária e outras.

Conforme a Portaria nº 648/2006 do Ministério da Saúde que rege as Atribuições dos os Agentes Comunitários de Saúde no (VIII) parágrafo afirma sobre o cumprir com

as atribuições atualmente definidas pelos ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

“Encontro mais hipertensos, diabéticos, malária, dengue, diarreia, doenças infecciosas” (ACS 1)

“Ah tem várias, malária não é gritante por épocas... diarreia, febre, em casos graves, manda pro hospital, encontro muitos hipertensos e diabéticos teimosos que não frequentam o posto” (ACS 8)

“Eu encontro muito é vômito, diarreia, gastrite, dor no estômago, criança adoece muito, muita hipertensão e diabético” (ACS 3)

De acordo com MS a HAS é um problema de saúde pública que vem se agravando cada vez mais no Brasil e no mundo, já a DM tem aumentado significativamente sendo prevalente em todas as idades, estando ligada à dislipidemias, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial (BRASIL, 2013).

“[...]Pressão alta, diabetes, ultimamente tá tendo muito caso de hanseníase, tuberculose e AVC, DST” (ACS 2)

“Muitos hipertensos e muitos diabéticos e caso de diarreias a gente encontra muito por causa da água contaminada” (ACS 9)

Dentre os problemas de saúde citados pelos ACS no ambiente que estão inseridos os casos de diarreia aguda – DA e diarreia prolongada – DP, casos de desidratação e vômitos são evidenciados principalmente nas crianças do município, ainda através do mapeamento ambiental da região é que se podem reconhecer os locais que possuem esgotos a céu aberto que estão perto de tubulações de água.

Logo, associa-se aos casos de DA e DP registrados no pronto atendimento do hospital do município, os fatores desencadeantes identificou que o município de Oiapoque encontra-se imerso a graves problemas, os quais incluem: saneamento básico precário, logo, há a contaminação da água, que não passa pelo processo adequado para o consumo, daí a ingestão deste líquido contaminado acarreta o aumento dessas patologias (SILVA, 2012; BRASIL, 2009).

“Tem muitos, diarreia mais em crianças” (ACS 4)

“Na qualidade da água, diarreia, pois o lençol freático é contaminado, dengue, malária” (ACS 6)

O saneamento básico é garantido pela Constituição e definido pela Lei 1.445/2007, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico, garantindo assim, serviços de infraestrutura e instalações de abastecimento de água adequado, porém

não é essa realidade que encontramos no município, com isso, o trabalho do ACS se torna mais valioso ainda, na educação da população para tomar medidas preventivas contra a ingestão de água contaminada e seu devido manejo para consumo (Lei n. 11.445, de 5 de janeiro de 2007).

“Saneamento básico que não temos, isso é o segundo passo, o primeiro é a educação, com isso ocorrem vários problemas, diarreia, desidratações” (ACS 10)

Os problemas informados pelos ACS vão muito além das doenças crônicas e infecciosas, o qual vale ressaltar que os municípios têm o direito de receber recursos específicos para a estruturação das UBS, bem como garantir a implantação de estratégias e programas, buscando melhorias no atendimento, além de fornecer uma infraestrutura física e de equipamento para o trabalho das equipes (BRASIL, 2012).

“Saúde do homem, saúde da mulher, na área de odontologia, englobando tudo né, que nós profissionais a gente não tem” (ACS 5)

Porém, a realidade que o município fronteiriço apresenta ainda é totalmente diferente de como deveria ser, há falta de investimentos para melhorias nos programas, contribuindo para essa deficiência no funcionamento do sistema de saúde não há estrutura adequada para atendimento, além da falta de profissionais especializados para atuar, como demonstrado na fala de um ACS:

“Falta de profissionais qualificados, por exemplo médicos, falta de medicamentos e materiais para exame e falta de estruturas” (ACS 7)

Certamente o que o Ministério da Educação deveria promover uma articulação para indução de cursos e graduações e pós-graduações na área da saúde nessas regiões específicas, com intuito de formar profissionais com perfil adequado à atenção básica no contexto fronteiriço, para estar sanando a necessidade da UBS e consequentemente disponibilizando um serviço de saúde mais eficaz (BRASIL, 2012).

O ACS deve identificar os problemas de saúde que estão atingindo a comunidade, devendo assim, orientar sobre os riscos, fazer o encaminhamento e em seguida acompanhar se têm sido realizados os procedimentos necessários quanto à proteção, promoção, recuperação e principalmente à reabilitação da saúde das famílias, bem como de toda a comunidade assistida.

Conforme a Portaria nº 648/2006 que rege as Atribuições dos os Agentes Comunitários de Saúde no parágrafo III refere que o ACS deve estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; e parágrafo

VII diz sobre acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe (Portaria GM/MS nº 648/2006).

“Sei, eu levo e encaminho ele pra unidade básica, quando esse paciente não pode sair de casa levo o enfermeiro ou médico até eles, faço orientações” (ACS 9)

“A gente orienta pra procurar o médico” (ACS 4)

Aos poucos o ACS passou a assumir diversas atividades inerentes a saúde, utilizando seus saberes e seu modo de agir para atuar no controle dos fatores de risco tanto individual quanto coletivos (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Mesmo diante das dificuldades de conhecimento que esses profissionais enfrentam, percebe-se que há a busca por tentar ao menos amenizar os problemas de saúde da população, mesmo sendo através de orientações simples, mas que fazem a diferença.

“Não totalmente né, mas sei orientar, não totalmente resolver, mostrar um caminho” (ACS 1)

“Dou dicas, para tomar água, tratar água e encaminho” (ACS 3)

“É complicado porque assim né..., dependendo só da gente vai orientando com pouco conhecimento que eu tenho” (ACS 10)

Desta forma, diante das dificuldades ainda apresentadas, no decorrer da criação do PACS, estudos como de César (2002) tem demonstrado que houveram redução na morbimortalidade materna e infantil, além do melhor acompanhamento das doenças diarreicas e outras doenças. Observou-se neste estudo que as pequenas orientações e até mesmo distribuição de preservativos, são as atitudes prevalentes para buscar solucionar alguns problemas de saúde.

“Sim, pra diarreia ensina a fazer soro caseiro, indica pro posto ou leva o médico até lá né” (ACS 8)

“Através da entrega de cloro, soro oral, preservativo” (ACS 6)

Contudo, os ACS não são devidamente reconhecidos pelo seu trabalho devido à falta de apoio do poder público e da gestão local, sendo essa uma das maiores reclamações apresentada não somente por esses profissionais, mas também por toda equipe, que tem que lidar com os problemas da população sem possuírem meios de resolução, isso acaba gerando revolta entre os trabalhadores, fazendo com que se tornem desmotivados a exercer sua função (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

“A maioria não, devido à falta de investimento do poder público” (ACS 2)

“Particularmente eu como ACS não soluciono nenhum, soluciona como ACS dentro da casa, a gente traz pra UBS, que manda pra outro lugar mas não resolve, não vou lhe mentir” (ACS 5)

Em uma pesquisa realizada por Bornstein e David, (2014) foi demonstrado que havia a falta de momentos de trocas entre a equipe para agir na resoluções dos problemas de saúde das famílias, sendo que, não são apenas informações trocadas, mas sim, o crescimento do saber e principalmente o enriquecimento de como devem ser enfrentadas as situações que a comunidade vive.

4 Considerações sobre a pesquisa

O desenvolvimento deste estudo reafirmou que o ACS é o profissional responsável por fornecer o elo entre a equipe e a população adscrita, corrobora para manter o sistema de saúde em funcionamento. É imprescindível que antes de iniciar qualquer trabalho como mediador da saúde, este profissional esteja previamente preparado.

Saber abordar e realizar ações de forma correta e adequada em seu território de atuação é fundamental e possibilita a resolução de problemas da população assistida, sem agravamento do quadro de saúde dos mesmos, uma vez que o município do Oiapoque está localizado, distante cerca de 600 km da capital Macapá e possui especificidades socioeconômicas e culturais nítidas e está inserido no contexto amazônico que naturalmente apresenta desafios para o desenvolvimento dessas comunidades fronteiriças.

Diante do crescimento urbano e sem planejamento, não há condições de infraestrutura para suportar esse aumento demográfico, principalmente no que se refere ao sistema de saneamento básico.

O fato de não se ter um desenvolvimento saudável do município se dá ainda devido à precariedade da estrada que faz a ligação com a capital Macapá, onde há uma parte da estrada que corresponde a aproximadamente 100 km sem asfalto, que em períodos de chuvas se torna quase que inviável para o tráfego, fazendo com que a população sofra com a falta de energia e com a dificuldade dos meios de comunicação (ALMEIDA; RAUBER, 2017).

Vale ressaltar que o ACS deve atender basicamente a quatro tipos de aspectos da comunidade, sendo estes a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, estando

diretamente ligados com a atenção básica, portanto, o “principal elo entre a comunidade e a unidade de saúde”, de acordo com Brasil (2004, p.16). Assim, precisam estar alinhados com as diretrizes do MS, participando de educação permanente, com a constante atualização do conhecimento.

Nesse contexto, pode-se analisar que o ACS na maioria das vezes encontram-se desinformado de como deve proceder em tais situações de problemas de saúde, a minoria encontra soluções em curto prazo para alguns agravos, mas por não possuírem a devida capacitação sobre os assuntos acabam de maneira deliberada contribuindo para que a população permaneça sem informações, já que só podem repassar o conhecimento se antes já tiverem sido capacitados.

É válido enfatizar que a literatura que trata dos Agentes Comunitários de Saúde, embora existente, ainda é escassa no que se refere às condições de trabalho, as quais estes estão submetidos em áreas de fronteira.

Esses espaços agregam dinâmicas sociais e históricas que necessitam ser compreendidas para um maior entendimento das práticas de trabalho que os Agentes Comunitários de Saúde vivenciam no tocante ao atendimento ao cidadão e os imigrantes.

É dever das esferas governamentais responsáveis pela saúde disponibilizar recursos para garantir um bom trabalho da equipe de saúde, sendo função desta, saber ouvir e capacitar seu ACS para estar envolvido com a comunidade diariamente,

O enfermeiro não pode deixar em esquecimento uma de suas atribuições que é realizar a educação permanente em saúde para sua equipe, lidar com saúde pública não é uma tarefa fácil, mas a cada dia pode-se alcançar novos objetivos, levando à todas as famílias uma melhor qualidade de vida.

Quando se trata dos problemas de saúde encontrados, é possível verificar que estes são derivados da falta de saneamento e infraestrutura que este local apresenta, exigindo ainda mais empenho dos agentes de saúde para vencer as dificuldades em seu cotidiano, infelizmente, sabe-se, que não há investimentos mínimos que priorizem os cuidados voltados para o saneamento básico na maioria das cidades brasileiras.

Nesse sentido, muitos ACS não sabem quais são suas reais funções dentro do SUS, deixando de desempenhar atividades importantes que contribuem para saúde da comunidade, a maioria dos ACS realizam tarefas que não lhe estão atribuída, pois seus cuidados vão muito além das visitas domiciliares ou até mesmo da entrega de hipoclorito,

O ACS deve saber que é através dele que o cidadão pode ter acesso a um atendimento de saúde, alguns demonstraram saber dar informações e encaminhar às UBS

quando necessário, porém a população precisa estar informada para se proteger das doenças e agravos, antes que venham a se instalar em suas vidas.

Referências

ALMEIDA, C. S RAUBER, A. L. Oiapoque, aqui começa o Brasil: a fronteira em construção e os desafios do Desenvolvimento Regional. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 22, n. 1, 22, p. 474-493, jan./abr. 2017.

ANDRADE, R. M. **Malária e migração no Amapá**: projeção espacial num contexto de crescimento populacional. 2. ed. Belém: NAEA, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70.ed. São Paulo: Edições; 2011.

BARROSO, M. G. T. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudanças. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 183, jan. 2007.

BORNSTEIN, V. J; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, jan./abr. 2014.

BRAGA, G. M. A. M. *et al.* Percepção do trabalho do agente comunitário de saúde pelos usuários atendidos nas unidades básicas de saúde da família de Viçosa, MG: tarefas realizadas e normas prescritas. **Rev. Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 27, n. 1, p. 79-95. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 44, de 03 de Janeiro de 2002**. Regulamenta as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS na prevenção e no controle da malária e da dengue. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 jan. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044_03_01_2002.html. Acesso em: 13 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS caminhos para a educação permanente em saúde**: polos de educação permanente em saúde /. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal [...] e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm. Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de março de 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 11.445, de 5 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes nacionais para o saneamento básico [...] e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jan. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11445.htm. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília-DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica N° 36**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Melitus. Brasília, 2013.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 12.994, de 17 de junho de 2014**. Altera a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir o piso salarial profissional nacional e diretrizes [...]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12994.htm#art1. Acesso em: 15 jun. 2018.

CASTIEL, L.D. **O que é Saúde Pública?** Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107>. Acesso em: 13 jul. 2018.

CASTRO, T. A. de. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 294–301, out. 2017.

FARAGO, C. C.; FOFONCA, E. **A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações**. Paraná, 2011.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. Universidade Federal Fluminense. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916. 2011.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde nas Fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteiras com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Sup. 2, p. 251-266, jan. 2007.

MACIAZEKI-GOMES, R. C. *et al.* Agentes comunitários de saúde: trabalho real x trabalho ideal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 3., 2012, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: UFSM, CCSM, 2012. p. 370-381, 2012.

IBGE. **Censo Demográfico 2017**. Amapá, IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/amapa>. Acesso em: 14 maio. 2018.

LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F. B. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao migrante. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p. e180589, jul. 2019.

MOURA, M. S. Perfil e Práticas de Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde em Municípios Piauiense de Pequeno Porte. **Rev. Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, supl.1, p. 1487-1495, jun. 2008.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA, A. R. *et al.* Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 28-36, mar. 2010.

PAULA, C. C. *et al.* Reflexões acerca do ser-criança e do cuidado em enfermagem no contexto da AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 189-95, ago. 2003.

REZENDE, A. A. **Percepção do Agente Comunitário de Saúde sobre Educação e Promoção da Saúde Bucal em Unidades de Saúde da Família.** 2015. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2015.

SILVA, G. V. Desenvolvimento econômico em cidades da fronteira amazônica: ações, escalas e recursos para Oiapoque-AP. **Confins** [on line], São Paulo, n. 17, mar. 2012. Disponível em: <http://confins.revues.org/8250>;DOI: 10.4000/confins.8250. Acesso em: 22 jun. 2018.

Recebido em: 15 de outubro de 2018.

Aceito em: 06 de outubro de 2019.