



ORIGINAL ARTICLE

COMMUNITY HEALTH WORKERS: KNOWLEDGE AND CONDITIONS IN A CITY OF MINAS GERAIS, BRAZIL

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: CONHECIMENTO E CONDIÇÕES EM UMA CIDADE DE MINAS GERAIS, BRASIL

EL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD: EL CONOCIMIENTO Y LAS CONDICIONES DE UNA CIUDAD EN MINAS GERAIS, BRASIL

Cecília Cardoso de Araújo Silva¹, Daniele Fernanda Rosário², Nancy Gomes Coelho³, Cristiane Aparecida Silveira⁴, Sonia Maria Alves de Paiva⁵

ABSTRACT

Objective: to examine the knowledge and work conditions of the community health workers from a city of Minas Gerais state. **Method:** this is about an exploratory and descriptive study from quantitative data analysis. With the help of a structured instrument constructed by the researchers and validated by experts, we investigated the ACS of a local miner. Inclusion criteria were: ACS for more than a year in the city studied, not being on vacation, maternity leave or other absence from work take part in the study and sign the Informed Consent (IC), resulting in 61 ACS studied. The study was approved by the Health Department of the municipality and by the Ethics in Research of the Pontifical University Catholic of Minas Gerais protocol number 0276.0.213.000-08. **Results:** most of them have high school degree, live next to the job, do not have the necessary equipments to make home visits, can recognize an emergency and an urgency situation, know the socioeconomic and cultural reality of the community, have access to homes visited and their mission is the prevention and the promotion of basic health. **Conclusions:** the development of a more effective policy in this area should promote a process of continued education for the professionals, improving their training related to the family and community approach. **Descriptors:** family health program; public health, workers.

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento e condições de trabalho dos agentes comunitários em saúde (ACS) em uma cidade de Minas Gerais. **Métodos:** estudo exploratório-descritivo, com análise quantitativa dos dados. Com o auxílio de um instrumento estruturado construído pelas pesquisadoras e validado por especialistas, foram investigados os ACS de um município mineiro. Os critérios de inclusão foram: ser ACS há mais de um ano no município estudado, não estar em férias, licença-maternidade ou outro tipo de afastamento do trabalho aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), resultando em 61 ACS estudados. O estudo foi aprovado pela Secretaria de Saúde do município, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais com número de protocolo 0276.0.213.000-08. **Resultados:** a maioria possui ensino médio completo, residem no bairro de atuação, não possuem equipamento básico necessário para realização da visita domiciliar, têm como missão básica a prevenção e promoção da saúde, reconhecem casos de urgência e emergência, conhecem a realidade socioeconômica e cultural da comunidade e têm acesso ao interior das residências visitadas. **Conclusão:** o desenvolvimento de uma política mais efetiva nessa área deve promover um processo de educação permanente dos profissionais, aprofundando sua formação quanto à abordagem familiar e comunitária. **Descritores:** programa saúde da família; saúde pública; trabalhadores.

RESUMEN

Objetivo: examinar los conocimientos y las condiciones de trabajo de la agente comunitario de salud de una ciudad de Minas Gerais. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo, con el análisis cuantitativo de datos. Con la ayuda de un instrumento estructurado construido por los investigadores y validado por expertos, se investigó la ACS de un minero local. Los criterios de inclusión fueron: ACS por más de un año en la ciudad estudiada, no estar de vacaciones, licencia de maternidad u otras ausencias del trabajo de participar en el estudio y firmar el consentimiento informado (CI), lo que ACS en 61 estudiados. El estudio fue aprobado por el Departamento de Salud del municipio y por la Ética en la Investigación de la Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais con el numero de protocolo 0276.0.213.000-08. **Resultados:** la mayoría completa la escuela secundaria, viven en el barrio de la acción, la falta de equipo básico necesario para realizar la visita domiciliar, cuya misión fundamental la prevención y promoción de la salud, reconocer los casos de urgencia y de emergencia, conocer la realidad socioeconómica y cultural de la comunidad y tener acceso al interior de los hogares visitados. **Conclusión:** el desarrollo de una política más eficaz en este ámbito debe promover un proceso de educación continua para los profesionales, la mejora de su formación. **Descriptores:** agente comunitario de salud; programa de salud de familia; salud pública; trabajadores.

^{1,2,3}Enfermeiras pela da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais *Campus* Poços de Caldas, MG, Brasil. Orientanda. E-mails: cissabrand@yahoo.com.br; dani.fernanda@ymail.com; gomesnany@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais *Campus* Poços de Caldas, MG, Brasil. Orientadora. E-mail: casilve@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais *Campus* Poços de Caldas, MG, Brasil. E-mail: paiva@pucpcaldas.br

INTRODUÇÃO

Historicamente, a saúde tem sido alvo de uma luta social, travada pelos poderes públicos, com intuito de prover o acesso a esse bem às populações não atingidas por políticas até então não existentes.¹ Muitos movimentos sociais reivindicaram o acesso igualitário e universal à saúde, o que foi garantido a partir da Constituição Federal de 1988 e consequente implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) consolida os princípios do SUS reforçando o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, a partir do momento que compartilha o espaço, vivencia os dilemas, se solidariza com as situações e propõe mudanças.²

Nesse contexto aparece a figura do Agente Comunitário em Saúde (ACS) que é o principal elemento de vínculo com a comunidade que têm como missão básica a execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde da comunidade como um todo, pelo fato de residirem e liderarem a mesma podendo, assim, manifestar solidariedade.⁴

As dimensões do trabalho dos ACS que expressam, possivelmente, os pólos político e técnico, definindo assim o dilema permanente do agente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnico/assistencial.¹ Este conflito aparece no cotidiano do agente quando incorpora estas dimensões em suas formulações.

Há algumas particularidades no trabalho dos ACS: o fato de estarem submetidos ao controle social da comunidade, que sabendo de seus direitos e da obrigatoriedade da visita dos agentes às residências é levada a denunciar negligências, provocando o desligamento de agentes que não possuem compromisso com o seu próprio trabalho.³ O que facilita este controle é o fato de o agente pertencer à comunidade, favorecendo o estabelecimento de laços mais estreitos com os moradores, aumentando a visibilidade de sua atuação.

A capacitação dos ACS deve ocorrer no próprio município: trata-se de um processo realizado a partir de etapas que irão se renovando, à medida que o trabalho se desenvolve na comunidade. O responsável pela capacitação é o enfermeiro, que atua como instrutor/supervisor e que, além de ensinar os agentes, também acompanha seu trabalho e reorienta os serviços, de acordo com as necessidades identificadas.⁴

Os agentes são orientados quanto às visitas nas residências de sua área, cadastrando as famílias. Para isso vários conhecimentos são necessários, tais como: as realidades culturais da comunidade, as condições socioeconômicas da sua área de atuação, técnicas de comunicação, entre outros. Em seguida, são ministradas aulas de conteúdos específicos para acompanhar e orientar o grupo de mulheres e crianças - considerado prioritário para o atendimento à saúde - percebendo e prevenindo situações de risco.⁴

A Visita Domiciliar (VD) é uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para o agente comunitário⁴, sendo um importante instrumento de sustentação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF). Assim sendo, a VD é o sustentáculo de um trabalho de prevenção e de identificação de riscos, dentro da comunidade, pois, tem como uma de suas finalidades, fazer os devidos encaminhamentos e formar um elo entre os profissionais de saúde e a comunidade.

Sendo o ACS uma personagem fundamental no estabelecimento do vínculo com a comunidade e na própria viabilidade da estratégia, sendo que para sua implementação e manutenção, o ACS deve estar bem capacitado, além de munido das condições de infra-estrutura e de material, justifica-se a presente pesquisa.

Diante do exposto o presente estudo tem como objetivos:

- Analisar o conhecimento e as condições de trabalho dos ACS de uma cidade do interior de Minas Gerais a partir do referencial do MS;
- Caracterizar o perfil biopsicosocial dos ACS quanto à escolaridade e tempo de atuação, residência no bairro em que trabalham, avaliação do acesso às residências;
- Verificar se os instrumentos exigidos pelo MS estão sendo usados durante a VD pelos ACS e
- Verificar se os ACS recebem educação permanente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo⁵ sobre as condições de trabalho dos ACS de uma cidade do interior de Minas Gerais.

Para a coleta de dados foi elaborado instrumento estruturado, o qual foi construído pelas autoras do estudo e validado por pesquisadoras da área de saúde coletiva e saúde do trabalhador. Após a validação por

especialistas, o instrumento foi submetido ao pré-teste para ajustes.

Considerou-se como critérios de inclusão: ser ACS há mais de um ano no município estudado, não estar em férias, licença-maternidade ou outro tipo de afastamento do trabalho aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O município estudado situa-se na região sul do estado de Minas Gerais. Seu clima é tropical, e de acordo com o senso demográfico de 2005 possui 144.386 habitantes. Segundo informações da Secretaria de Saúde, até o mês de fevereiro de 2009, contava com 18 equipes de PSF e, totalizando 108 ACS com uma jornada de trabalho de 8 horas diárias e renda mensal de um salário mínimo. Entretanto, durante as visitas às equipes de saúde, constatou-se que esse número era bem menor do que o informado. Isso, aliado aos critérios de exclusão resultou em 61 ACS entrevistados.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município estudado. Também

autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais com número 0276.0.213.000-08.

Após as devidas autorizações, foi realizado agendamento com os ACS para visitas aos PSF. Nestas visitas foram sanadas as dúvidas sobre a pesquisa e entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para consentimento e assinatura. Logo após foi aplicado o questionário. A coleta de dados ocorreu no período de 14 de março a 4 de abril de 2009.

Após o levantamento destas informações, elaborou-se um banco de dados, empregando-se um aplicativo *MS Excel - XP*. Para a análise dos dados foi utilizada a Estatística Descritiva.

RESULTADOS

Dentre os 108 ACS dos 18 PSF implantados, foram entrevistados 61 ACS (56,0%).

Para atingir o objetivo de caracterizar o perfil biopsicosocial dos ACS quanto à escolaridade, tempo de atuação e, se residem no mesmo bairro em que trabalham construiu-se a Tabela 1:

Tabela 1. Distribuição das características do trabalho dos ACS segundo tempo de exercício, escolaridade e residência no bairro que atuam. 2009. (n: 61).

Variáveis		N	%
Tempo de exercício	Menos de 1 ano	47	77,0
	1 ano	01	1,6
	2 anos	—	—
	3 anos	06	9,9
	4 anos	01	1,6
	Mais de 4 anos	06	9,9
Escolaridade	Ensino médio incompleto	06	9,9
	Ensino médio completo	40	65,6
	Ensino superior incompleto	13	21,3
	Ensino superior completo	02	3,3
Residência no bairro	Não	06	9,9
	Sim	55	90,1
Total		61	100

Tabela 2. Distribuição das características do trabalho ACS de acordo com os recursos e capacitação disponíveis para o exercício profissional. 2009. (n: 61).

Variáveis		F	%
Material*	Camiseta do PSF	54	88,5
	Prancheta	56	91,8
	Crachá de identificação	24	39,3
	Fichas do SIAB	47	77,0
Atualização	Não	18	29,5
	Sim	43	70,5
Total		61	100

* O número total é diferente de 100% porque os sujeitos utilizam mais de um material.

Tabela 3. Distribuição das características do trabalho de acordo com os casos de urgência/emergência e missão básica dos ACS. 2009. (n: 61).

Variáveis		F	%
Prevenção e promoção da saúde como missão básica	Não	03	5
	Sim	58	95
Reconhece casos de urgência emergência	Não	01	02
	Sim	28	46
	Algumas vezes	32	52
Total		61	100

Quanto aos objetivos de avaliar o acesso às residências, utilização do PSF e conhecimento da realidade construiu-se a Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das características do trabalho dos ACS segundo características do seu cotidiano de trabalho. 2009. (n= 61).

Variáveis		N	%
Utilização do PSF pelas famílias	Não	54	88,5
	Sim	07	11,5
Conhecimento da realidade socioeconômica e cultural da comunidade	Não	61	100
	Sim	61	100
Acesso ao interior das residências visitadas	Não	42	69
	Sim	19	31
Total		61	100

DISCUSSÃO

Em relação ao tempo de exercício na função, 47 (77,0%) profissionais têm menos de um ano de serviço, oito (13,1%) têm entre um e quatro anos e seis (9,9%) acima de quatro anos. O fato de a maioria dos profissionais trabalharem há menos de um ano pode revelar a inexperiência em determinadas atividades praticadas com a comunidade.

O tempo de serviço do ACS no PSF é importante tomando-se a construção de seu papel, a qual é feita a partir de suas próprias experiências no dia a dia.⁶

Quanto à escolaridade, 40 (65,5%) possuem ensino médio completo, seis (9,8%) ensino médio incompleto, 13 (21,3%) ensino superior incompleto e dois (3,3%) ensino superior completo. Podemos destacar como dado importante, o maior número de ACS com ensino médio completo, apesar de o MS preconizar apenas o ensino fundamental.

Contrastando com outros estudos que mostram a pouca escolaridade dos ACS ⁷, no presente estudo 24,6% dos ACS têm nível superior (completo ou incompleto). O MS exige ensino fundamental para que o indivíduo ingresse como ACS. Entretanto, quanto maior o grau de escolaridade mais facilidade terá o agente de fornecer novos conhecimentos, orientar as famílias e administrar conflitos sob sua responsabilidade.⁶

Um importante requisito destacado na Lei nº 10.507/2002 é que os ACS residam na área de atuação, pode-se observar que a maioria dos ACS, 55 (90,2%), cumpre o que é estabelecido pelo MS, e seis (9,8%) não residem no mesmo bairro.

Ressalta-se que um dos motivos em se escolher residentes dos próprios bairros é aumentar a eficácia das ações de educação para a saúde, pois facilitaria o fato de essas pessoas compartilharem um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico. ⁸ É importante observar que a perfeição da convivência entre agente e comunidade torna-se apenas um objetivo conquistado com o tempo de sua residência no local. ⁶ A confiança que a comunidade deposita no agente e vice-versa é um fato importante para a integração desse trabalhador.

Em relação ao material necessário para o trabalho, 54 (88,5) ACS possuem camisetas do programa, 56 (91,8%) usam prancheta, 24 (39,3%) usam crachá, 47 (77,0%) possuem fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Quanto à realização de cursos de atualização 18 (29,5%) ACS não o fizeram e 43 (70,5%) participaram a menos de um ano. O treinamento, a atualização dos ACS, o desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias de saúde são importantes para que os ACS realizem procedimentos técnicos como medida de peso e altura de crianças, verificação do estado de vacinação das

Silva CCA, Rosário DF, Coelho NG et al.

Community health workers: knowledge and conditions...

mesmas, verificação de condições de higiene e hábitos alimentares, entre outras observações importantes e, a falta de um destes pode comprometer a qualidade e efetividade das ações desenvolvidas.⁸ Ou seja, a educação é um ponto fundamental para o trabalho dos ACS.

Quanto à missão básica dos ACS ser a prevenção e promoção da saúde, 58 (95,0%) agentes concordam com esta afirmação. Apenas 3 (5,0%) têm opinião diversa. A base do trabalho dos agentes em ações que fortaleçam a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, não deixando de lado a união do sistema de saúde com a comunidade⁹. No dia a dia, os ACS devem priorizar a identificação, o encaminhamento, orientação e acompanhamento de todas as famílias por eles visitadas. O ACS detém toda informação sobre as condições de vida da comunidade em que trabalha.¹

Em relação às patologias consideradas de urgência/emergência, 32 (52,0%) ACS algumas vezes reconhecem estes casos, 28 (46,0%) reconhecem todas às vezes e apenas um (2,0%) não reconhece casos de urgência/emergência.

Alguns estudos reconhecem que as outras categorias de profissionais do PSF não percebem o conhecimento dos ACS.¹⁰ É como se os agentes não possuíssem conhecimentos suficientes para uma melhor prestação de serviço, qualificando-os como meros cumpridores de ordem. Isso acaba interferindo na auto-estima dos ACS, atrapalhando o trabalho em equipe.

Quanto à utilização do PSF 54 (88,5%) ACS informaram que suas famílias assistidas não frequentam o PSF do bairro. Apenas sete (11,5%) agentes têm todas as famílias visitadas frequentando o PSF. É importante ressaltar que os ACS não devem apenas participar de tarefas pré-estabelecidas.¹¹ Devem humanizar seu atendimento encaminhando e recebendo a família assistida ao serviço de saúde e buscando fortalecer a vinculação com a comunidade.

Em relação à realidade socioeconômica e cultural da comunidade assistida 61 (100,0%) ACS reconhecem esta realidade.

Quanto ao acesso às residências 42 (69,0%) ACS não tem acesso a elas e 19 (31,0%) possuem acesso livre ao interior das mesmas. O acesso ao interior das residências tem como finalidade melhorar e proteger, por meio de relações interpessoais, a saúde da família, ajudando assim, na resolução de problemas. Os ACS não devem prender-se em questões pré-estabelecidas durante a realização de

suas visitas. Eles devem, com seus próprios conhecimentos e confiança da comunidade neles depositada, fornecer ações fora do setor e criar um novo parâmetro tecnológico.¹²

O serviço dos ACS flui de acordo com as questões estabelecidas pela enfermeira do PSF. A programação e questionamento são realizados por ela e os ACS os executa, não informando, na maioria das vezes, serviços importantes que deveriam ser prestados naquela semana.

Quanto ao equipamento básico utilizado pelos ACS 50 (80,0%) usam material educativo, 12 (20,0%) balança, quatro (6,5%) fita métrica, um (1,6%) termômetro, durante as visitas domiciliares. Um dado interessante é que 1,6% faz uso de esfigmomanômetro e nenhum agente utiliza cronômetro durante a visita domiciliar, sendo que verificar pressão arterial não pode ser realizado pelo ACS.

Verifica-se que, na questão sobre o conhecimento do Decreto Federal nº 3.189 de 4 de outubro de 1999 que 56 (91,8%) ACS não conhecem o decreto e cinco (8,2%) assinalaram a opção “sim”, mas a explicaram incorretamente. Como já relatado anteriormente, o Decreto Federal fixa diretrizes para o exercício da atividade de ACS, determinando todas as suas atividades.

Quanto à questão sobre o conhecimento dos princípios do SUS, os ACS marcaram diversas opções. Do total, 58 (95,1%) ACS concluíram que a universalização é um dos princípios, 55 (90,1%) marcaram descentralização, 51 (83,6%) integralidade, 33 (54,1%) participação da comunidade e 12 (19,6%) escolheram planejamento.

A descentralização seria uma ação político-administrativa de aproximar o local do global, ou melhor, o município da União, estabelecendo novas diretrizes de relações entre o federal, o estadual e o municipal, dividindo e transferindo competências e atribuições de outras esferas para os municípios, deixando-os mais fortes e responsáveis. A descentralização faz com que o Estado seja substituído pela sociedade em diversas situações, dando a este maior poder em sua organização e solução de problemas, tornando-se um negociador em situações que necessitem de uma ação mais efetiva.³

O controle social como a forma pela qual a sociedade controla o Estado, além das formas de representação política, exigindo controles sociais através de órgãos não estatais como movimentos sociais organizados, organizações não governamentais, associações e conselhos comunitários.³ A base do controle social seria o espaço público com a proteção do direito à

Silva CCA, Rosário DF, Coelho NG et al.

coisa pública. Para que esse controle realmente aconteça, a participação da comunidade é essencial.

Analisando a questão sobre meio de transporte utilizamos percebemos que 46 (75,4%) ACS não disponibilizam de meio de transporte. Entretanto há 15 (24,6%) ACS que utilizam o veículo da prefeitura para realização de suas visitas domiciliares.

Na questão sobre o tempo em que as visitas domiciliares são realizadas notamos que 59 (96,7%) dos ACS realizam suas visitas uma vez ao mês. Somente 2 (3,3%) ACS não as realizam periodicamente. Com a realização de visitas domiciliares periodicamente, os ACS anotam informações sobre a situação da família encaminhando, quando necessário, o usuário ao PSF. Para que isto ocorra corretamente, os serviços de saúde necessitam de uma adequada estrutura física, material e profissional para atender todos os usuários encaminhados pelos ACS¹³. Não esquecendo do serviço de referência e contra-referência que é essencial para um bom funcionamento do serviço.⁹

CONCLUSÃO

Reafirma-se que os próprios profissionais de saúde precisam aprender a valorizar os agentes, fazendo uso de suas experiências e convivência com as pessoas assistidas por eles. Por este motivo se reforça a ideia de que é fundamental o papel dos ACS para o adequado funcionamento do PSF, são eles que estabelecem o vínculo entre o programa e a comunidade, detectando os problemas e as dúvidas.

Entretanto, o sucesso do programa não depende apenas do serviço oferecido pelos ACS, mas de um conjunto de atividades e de ações planejadas que estejam em consonância sempre nos problemas percebidos e analisados por todos os integrantes do PSF. Isso faz com que os gestores compreendam as questões problemáticas da comunidade, tendo, assim, um comprometimento com a população, a partir da união entre os profissionais de saúde e políticas municipais vinculadas às necessidades da população, dos profissionais e do serviço.

O entusiasmo e a vontade de realizar um bom trabalho foram percebidos na maioria dos ACS. Estes entendem a importância de suas ações junto à comunidade e sabem que é possível alcançar o objetivo do programa com auxílio da equipe multiprofissional, das famílias que atendem e dos gestores municipais. Os ACS também demonstraram grande interesse em aprender e transmitir

Community health workers: knowledge and conditions...

informações de prevenção e promoção da saúde para a comunidade. O agente passa a ser um “facilitador” oferecendo informações e obtendo respostas para os problemas da comunidade. Isto faz com que esta mesma comunidade torne-se ativa no seu PSF, coletando e oferecendo dados importantes sobre a saúde do município.

Quanto à educação permanente, os ACS ainda se sentem desamparados. Eles possuem dúvidas quanto aos procedimentos e formas de comunicação que deverão usar durante sua VD. Assim, faz-se necessária a implementação desta área de ação, oferecendo cursos de comunicação, primeiros socorros e de prevenção de doenças. Sugere-se que toda a equipe de saúde participe desta educação permanente, de modo que ela seja capacitada diariamente.

REFERÊNCIAS

1. Silva JA, Dalmaso AS W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface comun saúde educ. 2002;6(10):75-96.
2. Pinheiro RA, Nascimento CMM. Comunicação e pedagogia: a experiência interdisciplinar no pólo de capacitação em saúde da família em São Luiz - MA. Salvador: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2002.
3. Lima JC, Moura MC. Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários na Paraíba. Rev Soc Estado. 2005;1:103-33.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde - um pacto tripartite. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília, jan. 2002.
5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.
6. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciênc saúde coletiva. [serial on the Internet]. 2005 Apr [cited 2009 July 28] ; 10(2): 347-355. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232005000200012
7. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. Rev psiquiatr Rio Gd Sul. [periódico na Internet]. 2007 Ago [citado 2009 Jul 28] ; 29(2): 176-183. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200009&lng=pt. doi: 10.1590/S0101-81082007000200009

8. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. Community-based health workers: building the identity of this hybrid, polyphonic character. *Cad Saúde Pública*. [serial on the Internet]. 2002 Dec [cited 2009 July 28] ; 18(6): 1639-1646. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2002000600018

9. Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta sci health sci*. 2003; 25(1):95-101.

10. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública*. [serial on the Internet]. 2009 Apr [cited 2009 July 28] ; 25(4): 898-906. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400021&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2009000400021

11. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [periódico na Internet]. 2007 Ago [citado 2009 Jul 28] ; 29(2): 176-183. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200009&lng=pt. doi: 10.1590/S0101-81082007000200009

12. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto & contexto enferm*. [serial on the Internet]. 2008 Mar [cited 2009 July 28] ; 17(1): 131-140. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100015&lng=en. doi: 10.1590/S0104-07072008000100015

13. Mellin AS, Pinto AG. Aproximação do processo de trabalho no Projeto de Saúde da Família em Centro de Saúde de Campinas. *Rev enferm UFPE on line* [periódico na internet]. 2008 Abr/Jun [acesso em 2010 Jan 15]; 2(2):147-56. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/418/411>

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2008/07/09
Last received: 2010/06/14
Accepted: 2010/06/17
Publishing: 2010/07/01

Address for correspondence

Sonia Maria Alves de Paiva
Av. Padre Francis Cletus Cox, 1661
CEP 37701-355 – Poços de Caldas, Minas
Gerais, Brasil