



ARTIGO ORIGINAL

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ATRIBUIÇÕES NA SAÚDE DA CRIANÇA
HEALTH COMMUNITY AGENTS: ATTRIBUTIONS ON CHILDREN'S HEALTH
LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD: ATRIBUCIONES EN LA SALUD DE LOS NIÑOS

Fabíola Santos Bittencourt¹
Paula Lenhart Pereira²
Susana Maria Gonzaga³
Astrid Eggert Boehs⁴
Ivone Schuster Buss Heidemann⁵
Ana Cristina Magalhães Fernandes Báfica⁶

RESUMO: Pesquisa qualitativa descritiva-exploratória que teve por objetivo apresentar as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde com famílias de crianças de zero a seis anos vinculadas a uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, identificando as facilidades, dificuldades e dúvidas na sua execução. O local foi um território adstrito a uma unidade básica de saúde, utilizando as técnicas de observação nas visitas domiciliares, entrevista individual e oficina com um total de 15 agentes. Os dados categorizados foram discutidos à luz da Teoria Transcultural de Enfermagem e outros autores. Surgiram as categorias: o planejamento e coleta de dados nas visitas domiciliares; facilidades, dificuldades e dúvidas na visita domiciliar. Conclui-se que, ao se dar voz para os agentes, há possibilidades da troca de experiências e conhecimentos entre os sistemas popular e profissional de cuidado.

Descritores: Enfermagem; Saúde da criança; Atenção primária à saúde; Auxiliares de saúde comunitária.

ABSTRACT: It is a descriptive, exploratory and qualitative research aimed to provide attributions from the Community Health Agents in families with children between zero and six years old that are tied to a Family Health Strategy team, in order to identify facilities, difficulties and doubts on that implementation. The place was an area attached to a basic health unit, using observation techniques at home visits, individual interview and workshops with a total of 15 agents. Categorized data were discussed in light of the Nursing Transcultural Theory and other authors. It has emerged the following categories: planning and collecting data at home visits, facilities, difficulties and doubts at home visits. It is concluded that, by giving voice to the, there are possibilities of exchanging experiences and knowledge between the popular and the professional care system.

Descriptors: Nursing; Child health; Primary health care; Community health aides.

RESUMEN: Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria que tuvo como objetivo presentar las atribuciones de los Agentes Comunitarios de Salud con familias de niños de cero hasta seis años, vinculadas a un equipo de Estrategia de Salud de la Familia, para identificar facilidades, dificultades y dudas en su ejecución. El lugar fue un territorio restringido a una unidad básica de salud, utilizando las técnicas de observación en las visitas domiciliarias, entrevista individual y oficinas con un total de 15 agentes. Los datos

¹ Enfermeira formada pela Universidade Federal de Santa Catarina. fabihbittencourt@gmail.com.

² Enfermeira formada pela Universidade Federal de Santa Catarina. paulinhalp@yahoo.com.br.

³ Enfermeira formada pela Universidade Federal de Santa Catarina. suhsana@hotmail.com.

⁴ Enfermeira Dra. Professora Associada da Universidade Federal de Santa Catarina. astridboehs@hotmail.com.

⁵ Enfermeira Dra. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina. ivonete@nfr.ufsc.br

⁶ Enfermeira da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis.



categorizados fueron discutidos a la luz de la Teoría Transcultural de Enfermería y otros autores. Surgieron las siguientes categorías: el planeamiento y colecta de datos en las visitas domiciliarias; facilidades, dificultades y dudas en la visita domiciliaria. Por lo tanto se concluye que con la participación de los agentes, hay posibilidades de cambio de experiencias y conocimientos entre el sistema popular y profesional del cuidado.

Descriptor: *Enfermería; Salud del niños; Atención primaria de salud; Auxiliares de la salud comunitaria.*

INTRODUÇÃO

O agente comunitário de saúde integra o Sistema Único de Saúde (SUS) há vários anos, mas a profissão foi criada somente em 2002 pela Lei nº10.507.¹ Dentre as suas atribuições estão: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita a Unidade Básica de Saúde (UBS), estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças, de acordo com o planejamento da equipe; orientar a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saúde; acompanhar por meio de visita domiciliar todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, conforme as necessidades definidas pela equipe.²

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) representa o elo entre a equipe profissional e a comunidade, com um papel de tradutores do universo científico ao popular atuando, também, como facilitadores do acesso das pessoas aos serviços de saúde.³ Um estudo⁴ realizado em Cajuri/MG refere que no acompanhamento dos grupos de risco como as crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos, portadores de doença mental e pacientes acamados, os ACS desenvolviam, principalmente, a educação em saúde. Resultados semelhantes foram encontrados em outra pesquisa⁵ realizada em Porto Alegre, na qual os ACS também tinham dentre suas atribuições: orientar sobre os cuidados com a higiene e a prevenção da dengue, sobre a importância do cumprimento do calendário vacinal das crianças e do acompanhamento pré-natal das gestantes, incentivar a amamentação e o uso correto das medicações. Em uma revisão de literatura² que teve o objetivo de sistematizar documentos relacionados com as concepções que integram o processo de trabalho dos ACS, foram analisadas 49 obras como artigos científicos e documentos oficiais publicados até 2004. Como resultado quatro eixos temáticos foram encontrados, sendo um deles abordado por em várias publicações, a saber, que o ACS é mediador ou elo entre as comunidades e serviços de saúde ou entre saberes diferentes.

Apesar do progressivo aumento dos estudos sobre as atribuições e as práticas diárias dos ACS, considera-se que ainda há poucas contribuições em relação à saúde da criança. Este estudo objetiva apresentar as atribuições dos ACS com famílias de crianças de zero a seis anos vinculadas a uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), identificando as facilidades, dificuldades e dúvidas na sua execução.

A presente pesquisa é relevante pelo fato de o enfermeiro se constituir na principal liderança do trabalho dos agentes comunitários. Sendo assim, é preciso compreender mais sobre como os ACS percebem seu trabalho junto das famílias com crianças em seus domicílios, para proporcionar subsídios aos enfermeiros no seu trabalho nas equipes da ESF.

Este estudo tem como referencial alguns conceitos da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado de Madeleine Leininger, que explica a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem. A referida autora considera a cultura uma forma de explicar e prever os diferentes modos de vida das pessoas. São valores, estilos de vida aprendidos, compartilhados que norteiam pensamentos e ações. Segundo a teoria, o cuidado à saúde é um sistema cultural e dividido em dois subsistemas ou setores: o popular e o profissional. O setor popular de cuidado engloba um corpo de pensamentos, comportamentos e práticas organizadas de cuidado à saúde, mantidas por tradição e utilizadas no ambiente familiar ou comunitário. Dentro



do sistema profissional de cura e de cuidado, encontram-se os serviços realizados por profissionais formados em instituições especializadas, dentre os quais estão os profissionais de enfermagem.⁶

Considerou-se para este estudo que os agentes de saúde da ESF integram o setor profissional, no entanto, estão muito próximos do setor popular. O estudo¹ aponta que, quanto à formação dos ACS, apesar de o Ministério da Saúde definir as principais metas para a sua formação, na prática este processo é muito diversificado, abrindo algumas possibilidades para manter a ligação com o setor popular de cuidado.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória-descritiva, realizada no período de março a junho de 2010.

O território no qual foi realizada situa-se na Região Sul do Brasil e tem características sócio-culturais heterogêneas, já que há convivência da população nativa de descendentes de imigrantes açorianos do século XVIII com novos migrantes, vindos de diferentes locais do Estado e do país nas duas últimas décadas.

Os participantes foram 15 agentes de saúde integrantes de três equipes da ESF, os quais foram incluídos no estudo a partir dos critérios: ser ACS do respectivo território, estar em pleno exercício de sua função.

A coleta de dados foi efetuada em duas fases: na primeira com observações e entrevistas nas visitas domiciliares com seis agentes. Após o término desta fase, foi realizada uma oficina da qual participaram 15 agentes incluídos aqueles que já tinham participado da primeira fase. Esta oficina tinha o objetivo de validar e aprofundar os dados da primeira fase.

O formulário de observação buscava focar nas ações das agentes desde o planejamento das visitas, a abordagem à família, o material utilizado e a forma de levantamento de dados, assim como o encaminhamento das necessidades levantadas.

O roteiro guia das entrevistas procurava levantar os dados de identificação, os critérios para a escolha das crianças no planejamento das visitas, as facilidades e dificuldades na sua realização. A entrevista era feita sempre ao final de cada observação, tendo a finalidade de elucidar dúvidas e aprofundar dados observados. Para a coleta de dados da oficina, foram utilizadas as mesmas questões da entrevista individual.

Os dados foram registrados em diário de campo e a oficina foi gravada, com autorização dos participantes. A análise de conteúdo seguiu as fases de organização dos dados de acordo com os resultados das questões norteadoras e ocorreu concomitantemente à etapa da coleta de dados.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o protocolo nº 606, em fevereiro de 2010. Foi obtido o consentimento livre e informado de todos os participantes e preservado o anonimato, com a omissão dos nomes dos ACS e da Unidade de Saúde. Os participantes foram identificados neste estudo pelo nome de frutas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As agentes participantes são todas do sexo feminino, com idade entre 30 e 52 anos, e residentes no bairro em que foi realizada a pesquisa. O tempo de trabalho variou de 5 a 11 anos e o nível de escolaridade é o fundamental. Assim, as participantes deste estudo estão, conforme a literatura, residindo na própria comunidade, tem perfil mais social do que técnico, tem mais que dezoito anos, tem disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades, e entre outras atribuições, trabalham com famílias em base geográfica definida e realizam o cadastramento e o acompanhamento das famílias.⁷

Ainda com relação ao perfil é importante enfatizar a questão do gênero das ACS. Todas eram mulheres acima de 30 anos, mães, e uma delas já avó, o que pode indicar que isto confere um



olhar diferenciado, a partir de suas próprias experiências pessoais junto às famílias com crianças que visitam. Esta característica feminina e da faixa etária também é mencionada em outro estudo.⁵

A seguir serão apresentadas a duas principais categorias: o planejamento e coleta de dados; dificuldade e facilidades, bem como as dúvidas nas visitas domiciliares.

O planejamento e coleta de dados nas visitas domiciliares das ACS às famílias de crianças

O planejamento das visitas domiciliares das crianças é realizado junto com as demais visitas previstas na microárea, segundo alguns critérios: o acesso aos domicílios, uma vez que, há grandes dificuldades para transitar pelas ruas do bairro em dias de chuva. Especificamente em relação às crianças, tem-se o critério de "demanda", para preencher os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referentes a crianças de zero a seis anos, quanto ao Acompanhamento do seu Crescimento e Desenvolvimento (ACD), frequência das consultas, calendário vacinal e intercorrências de doença. As crianças faltosas nas consultas de ACD são priorizadas no planejamento das visitas. Também há pedidos das famílias, bem como aquelas crianças com problemas de saúde graves, desnutrição ou falta de cuidados, as quais se constituem em situações especiais para as quais a equipe, nas reuniões semanais, estabelece visitas. Há ainda um critério particular, quando a própria agente decide fazer um número maior de visitas, baseada na sua avaliação.

Sempre venho visitar essa família, pois ela (a criança) anda sempre sujinha. (Damasco)

Durante o período de coleta de dados as agentes levaram e entregaram panfletos para informar sobre a vacinação contra a Influenza H1N1 e demais cuidados de prevenção.

No que tange a abordagem das agentes com as famílias das crianças, observou-se que elas estavam preocupadas com a presença das pesquisadoras nas visitas, comunicando as famílias com antecedência quando possível ou explicando-as assim que chegavam aos domicílios. Isto nos leva a inferir que houve uma preocupação com a intimidade das famílias, representada na seguinte fala:

Elas (as mães) nos recebem de pijama, de qualquer jeito, mas quando tem gente diferente, às vezes, elas têm vergonha. Por isso que quando vai médico e enfermeira, a gente sempre agenda antes. (Cereja)

Observou-se também que as agentes tinham familiaridade com as mães e com as crianças, abordando-as espontaneamente pelo nome. De forma geral, notou-se que se dirigem às famílias com uma linguagem direta, simples e clara e que possuem uma visão integral acerca da saúde da criança, já que elas acompanharam de forma longitudinal a situação da mãe, desde o período pré-natal. Eventualmente, se defrontam com situações desconfortáveis, quando não são convidadas para entrar ou mesmo quando não são recebidas pelos moradores. Quando isto acontece, elas buscam amenizar a situação, obtendo os dados no lado externo da casa, esperando por oportunidades mais favoráveis, sem forçar a entrada.

A coleta de dados segue a Ficha de Acompanhamento da Criança (FAC) que serve de roteiro, em que constam os dados referentes às medidas antropométricas e a data em que foram verificados pela última vez; dados sobre a alimentação e a amamentação e sobre intercorrências hospitalares nos últimos 30 dias (diarréia, desidratação e infecção respiratória aguda); dados sobre o calendário de vacinação. Neste sentido, a Ficha de Acompanhamento da Criança é o instrumento de trabalho mais utilizado pelas ACS, conforme as participantes:



a ficha é nosso principal instrumento de trabalho em relação à criança, pois assegura e nos dá tranquilidade no nosso trabalho, e valorizando o trabalho do agente comunitário. (Marula)

*ela é importante, pois nos assegura no futuro. (Laranja)
Procuramos colocar os dados corretos, pois aquilo ficará como prova do nosso trabalho. (Limão)*

A rotina do uso desta ficha leva as agentes a incorporarem na linguagem diária as siglas do sistema profissional conforme o exemplo abaixo:

A criança teve IRA? [...] Infecção respiratória aguda. (Damasco)

As agentes utilizam também a Caderneta da Criança, criada pelo Ministério da Saúde em 2004, para ser um instrumento utilizado em âmbito nacional no processo de organização dos vários níveis da assistência à infância. Porém, elas alegam que a utilizam obrigatoriamente até os dois anos de idade da criança, após este período, preocupam-se mais em saber o estado de saúde apenas conversando com as mães.

Desta forma, com a vinculação ao sistema profissional de cuidado para exercer suas atribuições, estes agentes já incorporam e automatizam a linguagem profissional que, em alguns momentos, precisa ser traduzida. Cabe mencionar que as fichas utilizadas, tais como a de acompanhamento da criança e a caderneta de saúde, instrumentalizam o trabalho das agentes e lhes conferem o poder do sistema profissional. Elas também são porta vozes deste sistema quando realizam as ações educativas.

Facilidades, dificuldades e dúvidas na visita domiciliar

As ACS referem que as perguntas das mães e familiares durante as visitas são para saber se há pediatra e dentista na unidade de saúde, quais são os dias de marcação de consulta, se determinada vacina já chegou, ou sobre a distribuição de leite. Mas também perguntam sobre dificuldades no aleitamento materno, efeitos adversos de certas vacinas e outras dúvidas relacionadas com o cuidado da criança. Nota-se que as perguntas estão relacionadas com mais frequência com os recursos materiais e os recursos humanos, mas também sobre os cuidados.

Durante a observação nas visitas, as agentes afirmaram que têm poucas dúvidas no dia a dia para responderem às perguntas das famílias e que conseguem saná-las de acordo com os conhecimentos adquiridos em capacitações ou no convívio com a Unidade Básica de Saúde. Contudo, durante a oficina, elas explicitaram com mais facilidade que as famílias fazem solicitações de orientações para as quais elas têm mais dificuldade nas respostas. Buscam a solução junto à enfermeira da área no mesmo dia, dependendo do caso, ou levam o problema para a reunião semanal da equipe, dando retorno à família:

Quando sabemos resolver, solucionamos o possível, e se não pedimos a nossa enfermeira da área para nos ajudar. (Lima)

Solucionar o possível se dá com o conhecimento disponível, grande parte, advindo do sistema popular de cuidado. Pelo fato de a maioria das participantes da pesquisa ser mães e uma delas avó, elas dizem que se colocam no lugar da família para dar sua orientação. Sabem como é difícil criar e dar suporte aos familiares e utilizam experiências de suas histórias para dar apoio e incentivo para a saúde da família.

As agentes afirmam que o seu trabalho é facilitado quando as famílias são encontradas em casa, quando residem próximas a Unidade Básica de Saúde, devido ao vínculo criado com a comunidade após muitos anos de trabalho, e também quando as mulheres estão no período de puerpério, visto que nesta fase é mais fácil serem encontradas em casa. Tudo isto contribui para que elas consigam realizar o seu trabalho diariamente.

Com relação às dificuldades para o trabalho, de modo geral são fatores que atrapalham o acesso aos domicílios: as áreas de risco, cachorros nas ruas, locais alagados pelas chuvas e o não atendimento na porta da casa. A falta de profissionais multidisciplinares para os atendimentos das intercorrências e urgências também é preocupante do ponto de vista desses trabalhadores, pois tais profissionais se constituem em retaguarda ao trabalho das agentes. Outra importante dificuldade se relaciona às informações que elas não conseguem fornecer às famílias, ligadas a problemas estruturais como a não oferta de consultas decorrentes da falta de profissionais.

Os resultados da presente pesquisa confirmam o que já foi extensamente apontado na literatura sobre o papel de mediador do ACS entre os serviços de saúde e a população^{1,3,8,9}. De acordo com a Teoria da Universalidade e Diversidade de Cuidado, Madeleine Leininger¹⁰ considera o sistema de saúde como um sistema cultural, no caso as ACS deste estudo transitam entre o sistema de cuidado profissional e o sistema popular de cuidado.

Assim, no caminho da mediação, encontram obstáculos como dar cobertura ao grande número de famílias e, deste modo, precisam estabelecer prioridades para atender, por um lado, as exigências da equipe técnica, e por outro lado, as necessidades de certas crianças avaliadas por elas mesmas como prioritárias. Os dados encontrados estão em consonância com um estudo¹¹, em que as visitas domiciliares realizadas pelos agentes ocorrem também por demanda espontânea no território. Isto é, realizam visitas e cuidados que não haviam sido programados previamente, pois eles são demandados por moradores quando transitam entre as residências.

No tocante às dificuldades com as famílias de crianças que resistem em abrir a porta aos agentes, isto também foi evidenciado em outra pesquisa¹², que explica os casos de resistência como limitações e dificuldades na interação dos ACS com os moradores para estabelecimentos de comportamentos, já os moradores para se defender ou porque não conferem aos agentes a legitimidade necessária, tendem a ignorá-los ou dificultar-lhes o trabalho. No caso da presente pesquisa, a experiência e o trânsito dentro da realidade desta população lhes mostra que é preciso sensibilidade para não forçar situações.

Ainda no que concernem as dificuldades na mediação, percebeu-se que as agentes têm grandes limitações no seu trabalho justamente quando solicitadas a responder perguntas sobre o atendimento dos profissionais na unidade de saúde local ou em serviços especializados. Ficam então em uma situação paradoxal, pois estão no meio da população detectando situações que exigem atendimento profissional, mas como dizer que não há consultas? Este limite é apontado por outros autores² que, citando um estudo feito sobre a atuação de equipes do PACS na Bahia, faz referência à perda de legitimidade e ao desestímulo que o agente sofre diante de tal situação.

Ainda com relação à mediação, é relevante resgatar o estudo¹² com o objetivo de dar voz aos ACS sobre as estratégias de comunicação em seu trabalho. Constatou-se que a equipe técnica da ESF exercia a maior influência sobre o trabalho dos agentes, sendo que nas 50% das equipes estudadas, quem dominava a palavra nas reuniões eram médicos, enfermeiros e dentistas, sendo quase nula a participação dos agentes. Ora, as reuniões de equipe da área de ESF constituem no principal apoio para os agentes, conforme dados do presente estudo, constituindo-se no cenário de encontro dos setores profissional e popular de cuidado e oportunidade de um setor dar voz ao outro. Se não houver plena participação do ACS neste cenário, tenderá a reproduzir junto à população o cumprimento das normativas do sistema profissional.



Além disso, é pertinente mencionar “sobre o quão conscientes são os agentes sobre o seu próprio conhecimento que lhes é genuíno para a transformação das condições de saúde da população. E a segunda questão, o quão favorável é a dinâmica das Equipes de Saúde da Família para a real incorporação deste conhecimento”.^{3:1642} Este autor alerta também que aquelas Equipes de Saúde da Família que trabalham com sensibilidade para as diferenças socioculturais, tendem a desenvolver dinâmicas mais favoráveis à miscigenação cultural. Aqui ainda é importante considerar o que aponta outro estudo¹³ realizado em um serviço de saúde, no qual as famílias com crianças utilizam recursos alternativos para cuidar de seus filhos e, no entanto, poucas delas revelam isto aos profissionais dentro dos serviços de saúde. Desta forma, o ACS pode ser um aliado para que a equipe da ESF possa compreender melhor estas práticas.

Considerando a liderança do enfermeiro frente aos agentes comunitários¹⁴, a questão que se coloca é o quanto os enfermeiros estão conscientes de sua própria cultura profissional com as práticas tecnocientíficas em relação às práticas dos ACS. Com o escutar atento a este porta voz, a enfermeira e os demais membros da equipe da ESF terão oportunidade de conhecer e de cuidar de forma congruente do indivíduo, da família e da comunidade, como propõe a Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar o objetivo que foi apresentar as atribuições dos ACS com famílias de crianças de zero a seis anos vinculadas a uma ESF, identificando as facilidades, dificuldades e as dúvidas na sua execução, constatou-se que as ACS exercem o papel de mediadoras entre a comunidade e o sistema profissional de cuidado, haja vista que estão vinculadas diretamente à comunidade por morarem no mesmo bairro e exercerem tal função por longos anos no mesmo local. Foi possível perceber que as agentes possuem sensibilidade cultural, estabelecendo uma relação de respeito, com formas de abordagem coerentes, tendo vínculo com a comunidade.

Desta maneira, recomenda-se aos enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais membros da equipe de ESF que privilegiem a reunião semanal com as agentes, como um espaço de interlocução da cultura dos sistemas profissional e popular de cuidado. Nestas reuniões, dar voz aos agentes e estar atento para ouvir sobre a diversidade dos cuidados do sistema popular é uma oportunidade de construir pontes para o diálogo e um cuidado culturalmente sensível.

No que diz respeito a futuras pesquisas é preciso investigar mais sobre qual está sendo o papel do enfermeiro junto aos ACS uma vez que, constatou-se que este profissional se constitui no principal apoio para dirimir as dúvidas no seu trabalho. Ainda é preciso pesquisar a ambivalência sobre como os ACS se movimentam entre o setor popular (com suas experiências pessoais e familiares) e o setor profissional, no qual precisam cumprir com suas atribuições e se defrontar com problemas complexos que extrapolam o âmbito biomédico adentrando em outros âmbitos como o político e social. Por outro lado, cabe descobrir como o enfermeiro responde as questões cotidianas do ACS frente aos problemas que este encontra junto à população.

Finalmente, faz-se necessário também investir na formação e na educação permanente dos membros das equipes de ESF, resgatando o trabalho interdisciplinar em prol da melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. 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 colet.* 2008;13(1):259-268.



2. BRASIL. Portaria n. 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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, 29 mar. 2006.
3. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad saúde pública*. 2002;18(6):1639-46.
4. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saude soc*. 2009;18(4):744-755.
5. Ferraz L, Aerts DRC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc saúde colet*. 2005;10(2):347-355.
6. Leininger M, McFarland MR. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. New York: Mc Graw-Hill; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Brasília (DF); 2002. 43 p.
8. Bachilli RG, Scava AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciênc saúde colet*. 2008;13(1):51-60.
9. Sossai LCF, Pinto IC, Melo DF. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. *Ciênc Cuid Saude*. 2010;9(2):228-237.
10. Leininger M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1991.
11. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad saúde pública*. 2009;25(4):898-906.
12. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc saúde colet*. 2010;15(supl 1):1509-1520.
13. Gentil LB, Robles AC, Grosseman S. Use of complementary therapies by mothers in their children: study at an university hospital. *Ciênc saúde colet*. 2010;15(supl 1):1293-9.
14. Brondani Junior DA, Heck RM, Ceolin T, Viegas CRS. Atividades gerenciais do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm UFSM*. 2011; 1(1):41-50.

Data de recebimento: 23/06/2011

Data de aceite: 09/09/2011

Contato com o autor responsável: Astrid Eggert Boehs

Endereço postal: Rua Valter Castelan 429

88.037-300 Jardim Anchieta, Córrego Grande

E-mail:astridboehs@hotmail.com