

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ATRIBUIÇÕES E DESAFIOS

COMMUNITY HEALTH AGENTS: ATTRIBUTIONS AND CHALLENGES

Hélia Soares Pereira

Pós-graduanda em Saúde Pública e da Família pela ASSEVIM/ Instituto Passo 1. Uberaba, MG
heliasenf@hotmail.com

Jean Ezequiel Limongi

Mestre em Imunologia e Parasitologia Aplicadas
Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia Centro Regional de Controle de Zoonoses
jeanlimongi@gmail.com

RESUMO

O agente comunitário de saúde (ACS) é um profissional que desempenha importante papel na unidade de saúde, pois ele fortalece e cria novos vínculos entre a equipe multiprofissional e a comunidade. Os agentes desenvolvem um trabalho que visa à melhoria da qualidade de vida das famílias inseridas no programa, por meio do desenvolvimento e implementação de ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção de saúde. A capacitação dos agentes contribui para que estes possam realizar o seu trabalho de forma apropriada, pois assim estarão munidos de conhecimento técnico – científico tornando-se aptos a identificarem e solucionararem situações de risco as quais a população encontra-se vulnerável. A capacitação deve ser realizada de acordo com a realidade vivida pela comunidade onde o ACS reside e atua. Desta forma podem oferecer atendimento qualificado aos usuários do serviço de saúde.

Palavras Chave: Programa de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Capacitação, Comunidade.

ABSTRACT

The community health agent (CHA) is a professional who plays an important role in health unit because it strengthens and builds new links between the multidisciplinary team and community. Agents develop a work that aims to improve the quality of life of families included in the Family Health program, through the development and implementation of actions for health promotion and disease prevention. This study aimed to analyze the work situation of the CHA and the challenges to the consolidation of the profession. We performed a literature review on the creative process, adaptation and functions of the CHA, with a critical eye on the need for better working conditions and training for these professionals. The training helps staff to enable them carries out their work fitted with appropriate scientific and technical knowledge, able to identify and resolve situations of risk which the population is vulnerable. The training must continuously and held in accordance with the reality experienced by the CHA community where he resides and operates. That way they can offer qualified service to users of the health service.

Key Words: Family Health Program, Community Health Agents, Training, Community.

INTRODUÇÃO

A primeira atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aconteceu no Ceará em 1987, e tinha como objetivos criar oportunidades de emprego para mulheres da área da seca e reduzir a mortalidade infantil (TOMAZ, 2002).

Recebido em:12/10/2010

Aceito para publicação em: 06/01/2011

Em 1997, foi regulamentado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), quando se iniciaram também os processos de consolidação e descentralização dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerado uma estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (PSF). O PACS por meio de suas ações reafirmou e incorporou os princípios do SUS que são universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Tais princípios devem ser seguidos para que as ações de saúde realmente aconteçam mesmo com as dificuldades devido à realidade local (BRASIL, 2001).

No ano de 2002, foi criada então a profissão de ACS pela Lei Federal nº. 10.507, onde ficou estabelecido que este profissional atuasse exclusivamente no âmbito do SUS, e sob a supervisão do gestor de saúde. O ACS faz parte da equipe multiprofissional que atua no PSF, identificando situações de risco em saúde, orientando e acompanhando por meio de ações educativas, prevenção de doenças e promoção de saúde (BRASIL, 2003). Posteriormente esta lei foi revogada e a Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 passou a vigorar, regendo as atividades e requisitos para o exercício das atividades de agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias.

A incorporação do ACS a equipe de saúde do PSF, contribuiu para que as ações da atenção básica a saúde fossem executadas de forma inovadora, onde as famílias recebem acompanhamento permanente, possibilitando o estabelecimento de vínculos e compromisso entre os profissionais de saúde e a comunidade tornando a estratégia de saúde da família um modelo de saúde humanizado e mais resolutivo (BRASIL, 1999).

Houve um aumento significativo no número de ACS's e também no número de municípios cobertos pelo programa, gerando assim resultados satisfatórios em relação à saúde da população (BRASIL, 2001).

O SUS baseia-se no pressuposto de que a assistência à saúde deve ser realizada por meio de práticas humanizadas e de forma universal e gratuita. O Ministério de Saúde, na tentativa de consolidar as propostas do SUS, criou então em 1994 o PSF que possui como princípio atuar substituindo as práticas convencionais de assistência à saúde (PUPIN; CARDOSO, 2008).

Segundo Rosa e Lobate (2005), o PSF é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, apresentando assim uma nova maneira de trabalhar em saúde, focando não somente o indivíduo doente, mas também na família. Esse novo sistema traz uma nova visão do processo de intervenção em saúde onde são realizadas ações preventivas, propondo uma reestruturação dos serviços de saúde promovendo aproximação dos profissionais de saúde com as pessoas, famílias e comunidade garantindo assistência integral à população visando à qualidade de vida da comunidade. Por meio desta reorientação foi possível constatar mudanças significativas na assistência à saúde no Brasil.

Este estudo tem como objetivos descrever o papel do agente comunitários de saúde junto a comunidade enquanto integrante da equipe de saúde e a importância do processo de capacitação desses agentes para a prestação de uma assistência adequada aos usuários do programa de saúde da família. O estudo trata-se uma revisão bibliográfica realizada no período de março 2010 a janeiro de 2011, por meio de pesquisa exploratória na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se os seguintes descritores: programa saúde da família, capacitação profissional e pessoal da saúde. O período de abrangência das publicações analisadas foi entre 1999 e 2011.

O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O profissional da área da saúde atua em um meio onde um conjunto de trabalhadores de diferentes especialidades unem-se para produzirem ações de cuidados e saúde a população. A equipe de saúde é formada por pessoas que possuem histórias, formações, saberes e práticas diversificadas (BRASIL, 2009).

O ACS é um integrante da equipe que não possui qualificação profissional, portanto utiliza-se do seu vínculo com as famílias inscritas no serviço de saúde para interagir com os demais membros da equipe. Sua atuação acontece por meio de cadastro e visitas domiciliares as famílias, busca ativa dos usuários faltosos, atividades de educação em saúde entre outras atividades de suporte na unidade de saúde. Possuem grande importância na implementação das ações em saúde (IMPERATORI; LOPES, 2009).

De acordo com Nunes et al. (2002), o agente possui um papel único em uma equipe de saúde da família, pois é um profissional que convive com a realidade do bairro onde trabalha e mora. Conhece a cultura e os costumes da população, atuando assim como mediador entre comunidade e profissionais de saúde, facilitando o desenvolvimento de ações voltadas pra a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

O agente realiza o cadastramento das famílias em seu território de atuação, conhecido também como microárea. Por meio do cadastro é possível conhecer as condições de vida das famílias residentes na área e a identificação de fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde dos moradores, e contribui para que possam ser oferecidos serviços de atenção voltados para a família, de acordo com a real necessidade de cada comunidade. Os dados dos cadastros devem ser acessíveis a toda a equipe de saúde. O cadastro deve estar sempre atualizado pra que possa ser utilizado como instrumento eficaz na identificação de situações que exijam atenção especial do serviço de saúde (BRASIL, 1999; 2009).

A visita domiciliar é a atividade mais importante desenvolvida pelo ACS. É preciso estabelecer uma relação de confiança entre o agente e a família, o que facilita a realização e o desenvolvimento das ações de promoção de saúde, prevenção e controle de doenças. A visita deve ser planejada, e para que o tempo possa ser bem utilizado, deve ser definida a duração da visita e adaptá-la a realidade do momento que as famílias estão vivendo. O agente também deve ter um roteiro de visita domiciliar, o que irá ajudar no acompanhamento das famílias. As famílias visitadas devem ser informadas da importância das visitas e o agente deve sempre mostrar respeito e interesse pelas mesmas. Ao término da visita, o agente deve verificar se os objetivos propostos foram alcançados e se foram colhidas às informações necessárias. Esse passo é de extrema importância, pois permitirá ao agente o planejamento das próximas visitas e correção de possíveis falhas (BRASIL, 2009).

Cabe aos agentes identificarem situações de risco em saúde, orientar, acompanhar e educar a população, colocando seus conhecimentos em ação e prevenindo e solucionando problemas de saúde (BRASIL, 2003).

De acordo com Limongi, Menezes e Menezes (2008), dentre as atividades do agente, está também o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde por meio da análise das características epidemiológicas da sua microárea de atuação. Deve-se atuar também na prevenção e monitoramento das situações de risco sanitário para a população conforme o plano de ação desenvolvido pela equipe de saúde (BRASIL, 2003). Para que este trabalho seja realizado com qualidade, o agente deve estimular a participação da comunidade na realização das ações.

Os agentes também realizam um trabalho de educação em saúde, o qual tem como objetivo orientar para a melhoria na qualidade de vida e preservar a saúde da população. As ações educativas podem ser realizadas por meio das visitas domiciliares e de forma coletiva. Por ser um elo na construção do vínculo entre equipe e comunidade, com ações preventivas em saúde os agentes comunitários de saúde podem contribuir para a redução no uso de drogas na comunidade por meio de acompanhamento e intervenção nos grupos vulneráveis, além de orientar e aconselhar as famílias sobre as doenças sexualmente transmissíveis (CASTANHA; ARAÚJO, 2004; 2006).

De acordo com Araújo et al. (2006, p. 829), o agente comunitário de saúde, por ser um morador da comunidade, representa uma riqueza de possibilidades, pois conhece as pessoas que atende, fala a mesma linguagem dos que o procuram, passa por situações parecidas e compartilha crenças com os membros da região onde atua. Uma orientação dada por um cidadão nestas condições conta com credibilidade que, dificilmente, as palavras de um técnico em saúde atingiriam.

Em um estudo realizado por Fortes e Spinetti (2004), foi possível constatar que os agentes possuem dúvidas e preocupações em relação à privacidade das informações dos usuários. Devido ao seu contato freqüente com os usuários, muitas vezes o agente torna-se um confidente onde o usuário do serviço de saúde abre mão da sua privacidade em relação a doenças e complicações de saúde que possui. Isto pode gerar um dilema ético para os agentes comunitários de saúde, portanto devem ser estabelecidas novas relações na troca de informações sobre a saúde do indivíduo e da família, garantindo assim a privacidade dos usuários do serviço de saúde.

O serviço de saúde deve garantir que as informações reveladas aos ACS sejam mantidas em sigilo garantindo assim o direito dos usuários a privacidade e a confidencialidade das informações relacionadas ao seu estado de saúde. As visitas devem ser realizadas no domicílio do usuário facilitando assim a relação de confiança e garantindo um atendimento qualificado (SEOANE; FORTES, 2009)

CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Segundo o Ministério da Saúde, alterações na formação dos profissionais de saúde são necessárias para que haja o suprimento adequado das necessidades do SUS. A criação e a busca de novas alternativas que favoreçam o desenvolvimento de programas de ensino possibilitam assim a incorporação do conceito de competência profissional proporcionado aos agentes, conhecimento em relação à utilidade e impacto das ações realizadas, compreensão dos grupos sociais, interação com a equipe em que está inserido e atendimento de qualidade aos usuários (BRASIL, 2003).

A capacitação dos agentes deve reforçar a atividade assistencial e a realização de procedimentos técnicos por meio de treinamentos introdutórios, educação continuada e supervisão. É necessário que sejam implantadas formas mais abrangentes e organizadas para a formação dos mesmos, pois o processo de qualificação ainda é desestruturado e muitas vezes insuficiente no desenvolvimento de novas competências. O perfil profissional, suas necessidades de formação e as competências a serem desenvolvidas ou adquiridas são aspectos fundamentais no processo de qualificação (TOMAZ, 2002).

Costa, Brito e Souza (2005), citam em seu estudo que a consolidação do SUS, PACS e PSF implicou na capacitação dos profissionais de saúde para que estes pudessem atuar nas perspectivas traçadas. Com a capacitação os agentes tornaram-se aptos a identificar fatores de risco aos quais a população está exposta e intervir de forma apropriada na solução dos mesmos. O processo de capacitação deve ser baseado na realidade local, buscando estratégias para modificação da realidade vivenciada.

O treinamento desses agentes deve muni-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades (NUNES et al., 2002, p. 1640).

Segundo Duarte, Silva e Cardoso (2007), a capacitação dos agentes é importante para que os mesmos sintam-se preparados para o enfrentamento das dificuldades que surgem durante a realização do trabalho com a comunidade. Com a capacitação há um reconhecimento do papel que os mesmos desempenham, pois conseguem oferecer um atendimento de qualidade e com isso sentem-se estimulados a buscarem parcerias com a comunidade para que haja melhorias na qualidade de vida das famílias atendidas.

O agente de saúde deve estar capacitado para o reconhecimento de fatores como religião e cultura que podem vir a interferir no comportamento individual em relação à saúde. O ACS deve estar preparado para articulação entre saberes técnicos e populares para que possa garantir uma assistência de forma adequada (FERRAZ; AERTS, 2005).

Quando o agente possui pouca ou nenhuma qualificação, seu trabalho junto à comunidade pode se dificultar, para que a vigilância em saúde e as ações tornem-se efetivas deve ser oferecida capacitação adequada, pois só assim serão gerados conhecimentos e habilidades na identificação e manejo dos riscos (IMPERATORI; LOPES, 2009).

A capacitação dos agentes deve ser caracterizada pela integração ensino/trabalho, pois assim o agente tem um melhor aprendizado dos temas abordados e das situações e problemas vivenciados na unidade de saúde (COSTA; BRITO; SOUZA, 2005).

Segundo BRASIL (2003, p. 13), a formação e desenvolvimento profissionais sugerem a identificação técnica, ética e humanística do que compete ao profissional de saúde e que competências são requeridas para que os usuários das ações e serviços de saúde se sintam atendidos em suas necessidades diante de cada prática profissional.

De acordo com Fortes e Spinetti (2004, p. 1330), “[...] a capacitação e a educação continuada devem estar presentes nas atividades cotidianas da equipe.”

INTERFACE: AGENTE DE CONTROLE DE ENDEMIAS (ACE) / AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Segundo Noronha (2007), ações de vigilância em saúde devem fazer parte das atividades das equipes de saúde da família. As equipes de controle de endemias e de saúde da família devem realizar ações conjuntas atuando em territórios integrados. O ACE e o ACS possuem papéis fundamentais no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde. O ACE é referência para o ACS, pois é o responsável pelo controle das endemias, portanto devem integrar suas atividades no intuito de potencializar o trabalho. Embora suas ações sejam distintas, quando trabalham juntos elas se complementam.

“O ACE deverá ser incorporado nas atividades das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família participando da programação e planejamentos, pois a efetiva integração está no processo de trabalho realizado cotidianamente (NORONHA, 2007, p. 6)”.

Para que ações de controle de doenças e agravos sejam desenvolvidas com qualidade, as equipes de Vigilância em Saúde e Saúde da Família devem se integrar e reorganizarem o processo de trabalho de ambas. As ações devem ser planejadas e devem ser levadas em consideração as particularidades e especificidades da área onde irão atuar. As equipes devem desenvolver parcerias com grupos sociais, moradores e outras instituições proporcionando assim a participação de toda a comunidade no desenvolvimento das ações (PENNA, 2007).

Os ACE podem desenvolver um trabalho de capacitação dos ACS, para que estes possam identificar situações de risco ampliando assim as ações de vigilância. Juntamente com o trabalho dos agentes deve ser realizado um trabalho de conscientização na comunidade (REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2007).

A Estratégia Saúde Família (ESF) possibilita a incorporação no cotidiano da equipe o desenvolvimento de práticas individuais e coletivas, visando o enfrentamento dos problemas de saúde da população inserida no serviço de saúde. O conhecimento adquirido na execução das ações de vigilância em saúde viabilizam a educação permanente dos ACE e dos ACS incluindo na prática da equipe saberes para que os agentes possam atuar não apenas na intervenção de agravos. A incorporação de perspectivas de atuar sobre determinantes e condições de saúde implica no envolvimento da população na identificação e de problemas e necessidades de saúde objetivando a resolução desses problemas e suprimento dessas necessidades (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é o resultado de um grande esforço de autoridades nacionais para a concretização da assistência efetiva aos cidadãos brasileiros. Suas bases estruturantes foram justificadas devido a quatro deficiências graves detectadas na saúde pública brasileira: a baixa cobertura assistencial, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e as regiões mais carentes; a irresolubilidade, desperdício e fragmentação de ações e serviços no enfrentamento dos problemas e necessidades nas diferentes regiões e populações brasileiras; a desintegração das unidades de saúde, com sobreoferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros; e a excessiva centralização, implicando por vezes em impropriedades das decisões devido à distância dos locais onde ocorriam os problemas. Assim, formou-se o SUS com os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade e com as diretrizes organizacionais de regionalização e descentralização, o que culminou com o processo de municipalização (MIRANDA et al., 2008). A eficácia deste sistema é certa, e não temos dúvida que é o caminho correto a seguir, porém sua efetividade e eficiência ficam aquém do esperado, devido às falhas de ordem técnica, política e administrativa que por muitas vezes faz do sistema um “vilão” para os cidadãos brasileiros, que sofrem com a impropriedade técnica e má fé de muitos gestores deste imenso sistema.

A ESF foi um marco na estruturação do SUS, porém ainda necessita ser melhorado em vários aspectos como: ampliação da cobertura de assistência à população; uso de técnicas de geoprocessamento, essenciais para o bom trabalho das equipes; a não fragmentação dos territórios, sendo as áreas de atuação divididas da mesma forma entre os diferentes setores de

saúde (Atenção Básica e Vigilância em Saúde) e; por fim capacitação dos ACS, de forma contextualizada e contínua.

Com a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi possível que profissionais de diferentes áreas (nutricionistas, veterinários, educadores físicos, farmacêuticos e outros) fossem inseridos no programa para que estes pudessem atuar em parceria com as equipes de saúde da família proporcionando assim aos usuários uma assistência humanizada e um processo de educação permanente em saúde (BRASIL, [2011]).

A alta incidência de doenças infecto-parasitárias e crônico-degenerativas de forma concomitante, constitui um grande desafio para a saúde pública de qualquer país, principalmente nos países em desenvolvimento. O Brasil, assim como o México, exibe um modelo de transição epidemiológica peculiar denominada de “modelo polarizado prolongado”. Três características distinguem este modelo: (i) sobreposição de etapas – doenças infecto-parasitárias e crônico-degenerativas com grande importância absoluta e relativa; (ii) um movimento de “contra-transição” representado pelo ressurgimento de doenças como a malária, o cólera e a dengue (reemergentes), além de outras surgindo ou sendo descritas atualmente (emergentes), com grande importância na morbidade, mas sem grande interferência na mortalidade e (iii) uma “transição prolongada”, pois não há uma expectativa clara de resolução do processo de transição, que cursa com uma exacerbação das desigualdades dentro do país (LUNA, 2002). Sendo assim, o ACS atua em um cenário complexo de situações de saúde-doença, com o agravante de não possuir formação acadêmica específica em saúde. A capacitação dos ACS deve-se, portanto, ser realizada de forma criteriosa, contínua e dentro de um contexto da realidade enfrentada, evitando treinamentos realizados de forma fragmentada, que oneram o sistema e produzem poucos resultados. A formação e qualificação dos ACS pode ser um grande entrave na efetiva consolidação da Estratégia Saúde da Família

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.F et al. Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 23 de agosto de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 08 Jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde (ACS)**. Versão Preliminar. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, out./nov. 2007.

CASTANHA, A. R.; ARAÚJO, L.F. . **Representações Sociais da Aids**: Um Estudo com Agentes Comunitários de Saúde do Município de Ipojuca-PE, Brasil. In: V Congresso Virtual HIV/AIDS, 2004. V Congresso Virtual HIV/AIDS, 2004.

CASTANHA, A. R.; ARAÚJO, L.F. **Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais**. Psico-USF, Bragança Paulista, v.11, n. 1, jan./jun. 2006. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 8 de junho de 2010.

COSTA, T. M; BRITO, M. A. S. C; SOUZA, M. V. **O processo educativo dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da comunidade de Catolândia – BA**: intervindo sobre um problema de saúde. Sitientibus. Feira de Santana, n. 33, jul./dez. 2005. Disponível em: <www.uefs.br/sitientibus>. Acesso em: 19 de junho de 2010.

DUARTE, L.R; SILVA, D.S.J.R; CARDOSO, S.H. **Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde**. Interface- Comunic, Saúde, Educ., Botucatu, v.11, n. 23, set./dez. 2007. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 8 de junho de 2010.

FERRAZ, L; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 15 de agosto de 2010.

FORTES, P.A. C; SPINETTI, S.R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 15 de maio de 2010.

IMPERATORI, G.; LOPES, M.J.M. **Estratégias de intervenção na morbidade por causas externas: como atuam agentes comunitários de saúde?**. Saúde Soc., São Paulo, v.18, n. 1, 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 18 de abril de 2010.

LIMONGI, J. E, MENEZES, E. C, MENEZES, A. C. Vigilância em Saúde no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e Saúde**. Uberlândia, v. 4, n. 7, dez. 2008. Disponível em: < www.hygeia.ig.ufu.br>. Acesso em: 13 de setembro de 2010.

LUNA, E. J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 229-243, 2002.

MIRANDA A. C et al. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 272 p.

NORONHA, J. C. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano VIII, n. 16, p. 4- 9, 2007. Entrevista concedida a Patrícia Álvares.

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, nov./dez. 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 23 de março de 2010.

PENNA, G. O. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano VIII, n. 16, p. 4- 9, 2007. Entrevista concedida a Patrícia Álvares.

PUPIN, V.M; CARDOSO, C.L. **Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”**. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 13, n. 2, maio. /ago. 2008. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 28 de julho de 2010.

ROSA, W.A.G; LOBATE, R.C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, nov./dez. 2005. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 18 de abril de 2010.

SEOANE, A.F; FORTES, P.A.C. **A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações**. Saúde Soc., São Paulo, v.18, n. 1, 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 08 de janeiro de 2011.

TOMAZ, J.B.C. **O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”**. Interface-Comunic, Saúde, Educ., Botucatu, v. 6, n. 10, fev. 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 23 de maio de 2010.

VILASBÔAS, A.L.Q; TEIXEIRA, C.F. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: Em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano VIII, n. 16, 2007.