

Perfil das competências do agente comunitário de saúde frente o diagnóstico de sífilis congênita

Profile of the competencies of the community health agent in view of the diagnosis of congenital syphilis

Perfil de las competencias del agente de salud comunitario en vista del diagnóstico de sífilis congénita

Recebido: 26/05/2020 | Revisado: 29/05/2020 | Aceito: 31/05/2020 | Publicado: 16/06/2020

Maria Angela Moreira Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8945-3193>

Centro Universitário IBMR, Brasil

E-mail: mdiasdt@gmail.com

Maria das Vitórias Duarte Elpídio Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1980-5725>

Centro Universitário IBMR, Brasil

E-mail: vitoria.vit.vd@gmail.com

Ana Natália Campos Sartori Maphêo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4579-3254>

Centro Universitário IBMR, Brasil

E-mail: anacamposrjbr@gmail.com

Marcella Cristina Viana de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0639-1068>

Centro Universitário IBMR, Brasil

E-mail: marcelacristinavianadecarvalho@gmail.com

Laurine Mendes Belarmino

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3920-265X>

Centro Universitário IBMR, Brasil

E-mail: laurinebmendes@hotmail.com

Helga Rocha Pitta Portella Figueiredo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2899-1988>

Centro Universitário IBMR, Brasil

E-mail: portella@ibmr.br

Resumo

O objetivo deste estudo é explorar a aquisição de competências do agente comunitário de saúde (ACS) frente a sífilis congênita. Pesquisa bibliográfica, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde tendo por critérios de inclusão estudos disponíveis integralmente na Internet, independentes de idiomas e espaço temporal, que incluam o trabalho do agente comunitário de saúde envolvido com a suspeita ou o diagnóstico de sífilis congênita e publicações que explorem as competências dos ACS. Foram selecionados 13 artigos e 8 publicações do Ministério da Saúde. O estudo trouxe uma visão internacional do trabalho do ACS a partir da formulação das categorias de análise: Características gerais dos ACS; A visita domiciliar como competência chave do ACS; Competências dos ACS em relação à sífilis congênita; Remuneração salarial do ACS; As competências dos ACS diante do SUS e Capacitação dos ACS para aquisição de competências. Este profissional ainda não foi percebido como possível elo catalisador de resultados também na problemática da sífilis congênita. Conclui-se que o profissional Enfermeiro necessita ser visionário quanto a saúde da população, a economia do Sistema referente a tratamentos evitáveis, aos riscos preveníveis em saúde e a qualidade da assistência a partir de estratégias simples e de baixo custo, como a capacitação dos ACS, respeitando seu nível acadêmico, sua carga horária, e, sobretudo, suas competências pré-determinadas pelo Ministério da Saúde. O investimento em novas publicações com esta temática ampliaria o conhecimento do trabalho de um profissional que é o elo entre a comunidade e o serviço de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Sífilis; Competência profissional; Competência social; Educação baseada em competências.

Abstract

The aim of this study is to explore the acquisition of competencies of community health agents (CHA) in the face of congenital syphilis. Bibliographic research, carried out in the Virtual Health Library having as inclusion criteria studies available entirely on the Internet, independent of languages and time space, which include the work of the community health agent involved with the suspicion or diagnosis of congenital syphilis and publications that explore the competencies of the CHA. We selected 13 articles and 8 publications from the Ministry of Health. The study brought an international view of the work of the CHA from the formulation of the categories of analysis: General characteristics of cha; The home visit as a key competence of the CHA; Competencies of CHA in relation to congenital syphilis; Salary remuneration of the CHA; The competencies of the CHA before the SUS and training of the

CHA for the acquisition of competencies. This professional has not yet been perceived as a possible catalyst link of results also in the problem of congenital syphilis. It is concluded that the nursing professional needs to be visionary about the health of the population, the economy of the System referring to avoidable treatments, the preventable risks in health and the quality of care based on simple and low-cost strategies, such as the training of CHA, respecting their academic level, their workload, and, above all, their competencies predetermined by the Ministry of Health. The investment in new publications with this theme would expand the knowledge of the work of a professional who is the link between the community and the health service.

Keywords: Primary health care; Syphilis; Professional competence; Social competence; Skills-based education.

Resumen

El objetivo de este estudio es explorar la adquisición de competencias de agentes de salud comunitarios (ASC) frente a la sífilis congénita. Investigación bibliográfica, realizada en la Biblioteca Virtual de Salud teniendo como criterio de inclusión estudios disponibles íntegramente en Internet, independientemente de los idiomas y el espacio temporal, que incluyen el trabajo del agente de salud comunitario implicado en la sospecha o diagnóstico de sífilis congénita y publicaciones que exploran las competencias del ASC. Seleccionamos 13 artículos y 8 publicaciones del Ministerio de Salud. El estudio aportó una visión internacional de la labor de la ASC a partir de la formulación de las categorías de análisis: Características generales de cha; La visita domiciliar como una competencia clave de la ASC; Competencias de ASC en relación con la sífilis congénita; Remuneración salarial del ASC; Las competencias del ASC ante el SUS y la formación del ASC para la adquisición de competencias. Este profesional aún no ha sido percibido como un posible vínculo catalizador de resultados también en el problema de la sífilis congénita. Se concluye que el profesional de enfermería debe ser visionario sobre la salud de la población, la economía del Sistema que se refiere a los tratamientos evitables, los riesgos prevenibles en la salud y la calidad de la atención basada en estrategias simples y de bajo costo, como la formación del ASC, el respeto de su nivel académico, su carga de trabajo y, sobre todo, sus competencias determinadas por el Ministerio de Salud. La inversión en nuevas publicaciones con tema amplía el conocimiento del trabajo de un profesional que es el vínculo entre la comunidad y el servicio de salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Sífilis; Competencia profesional; Competencia social; Educación basada en habilidades.

1. Introdução

Apesar de todo esforço empreendido, a taxa de infecção por sífilis vem aumentando a cada ano, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (Ministério da Saúde, 2019). Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2018, foram notificados no Sistema Nacional de Atendimento Médico (Sinan), 158.051 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 75,8 casos/100.000 habitantes); 62.599 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 21,4/1.000 gestante); 26.219 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 9,0/1.000 nascidos vivos); e 241 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 8,2/100.000 nascidos vivos. (Ministério da Saúde, 2019). Esta estatística fomentou nosso interesse em averiguar as competências do ACS, visto que, usualmente, são os primeiros profissionais a identificarem os casos nas comunidades com destaque para as gestantes, diante do fato de repercussões congênicas da sífilis.

Em 2019, novas estimativas publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que, em 2016, havia mais de meio milhão (aproximadamente 661 mil) de casos de sífilis congênita no mundo, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais. Mediante esse aumento alarmante em todo o mundo a OMS traçou como uma de suas quatro metas principais para 2030 a eliminação da sífilis congênita, definindo uma taxa limite de casos de sífilis congênita de até 50 casos por 100.000 nascidos vivos em 80% dos países (Korenromp et al., 2019).

A sífilis congênita é transmitida via placentária em qualquer estágio clínico e em qualquer momento da gestação quando não tratada ou inadequadamente tratada. O quadro clínico da sífilis congênita varia de acordo com o tempo de exposição fetal ao *Treponema*, com a virulência e com o tratamento da infecção materna, entre outros. Nos casos mais graves da manifestação da doença, pode ocorrer o aborto, morte fetal ou ainda, o óbito neonatal (Ministério da Saúde, 2004).

A sífilis congênita pode ser precoce ou tardia. A precoce é aquela em que as manifestações clínicas se apresentam logo após o nascimento ou, pelo menos, durante os primeiros dois anos. Na maioria dos casos, estão presentes já nos primeiros meses de vida.

Assume diversos graus de gravidade, sendo sua forma mais grave a sepse maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia. Apresenta lesões cutâneo-mucosas, como placas mucosas, lesões palmo-plantares, fissuras radiadas periorificiais e condilomas planos anogenitais; lesões ósseas, manifestadas por periostite e osteocondrite, lesões do sistema nervoso central e lesões do aparelho respiratório, hepatoesplenomegalia, rinites sanguinolentas, pseudo-paralisia de Parrot (paralisia dos membros), pancreatite e nefrite (Ministério da Saúde, 2004).

A sífilis congênita tardia é declarada após o segundo ano de vida. Corresponde, em linhas gerais, à sífilis terciária do adulto, por se caracterizar por lesões gomosas ou de esclerose delimitada a um órgão ou a pequeno número de órgãos: fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríada de Hutchinson (dentes de Hutchinson + cenatite intersticial + lesão do VIII par de nervo craniano), nariz em sela e tibia em lâmina de sabre. (Ministério da Saúde, 2010).

Tais consequências graves em um recém nato (RN) consterna a todos. Sabe-se que a Educação em Saúde é a estratégia mais abrangente para esclarecimento popular e esta responsabilidade é dividida pelo Enfermeiro na Atenção Básica com seus pares técnicos e agentes comunitários de saúde (ACS).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é reconhecida como proposta organizacional e assistencial, efetuada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em territórios delimitados. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de famílias inseridas nesses territórios ao atuarem nas ações de recuperação, reabilitação de doenças e agravos. Nesse cenário dar-se o gerenciamento do cuidado na ESF seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). (Ferreira & Abrahão, 2020).

O técnico de enfermagem assume o desempenho dos procedimentos clínicos necessários com a clientela e os ACS têm contato direto com os membros na comunidade, responsabilizando-se em estabelecer uma ponte deles com o sistema de saúde no que tange ao atendimento de suas demandas.

Esta rotina nos aguça a seguinte questão norteadora: Quais as competências dos agentes comunitários de saúde na educação sobre a prevenção da sífilis congênita no mundo? Como os ACS adquirem conhecimento para desempenharem suas competências frente ao diagnóstico de sífilis congênita? Tal questão aponta por objeto de estudo *aquisição das competências profissionais do agente comunitário de saúde na prevenção da sífilis congênita*.

Competência é a capacidade de agir eficazmente em um tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. (Perrenoud, 1999). Considera-se que o ACS seja um profissional responsável por atuar na promoção e prevenção na saúde, identificando e encaminhando pessoas com necessidades de atenção do serviço de saúde. Suas competências são voltadas para os indivíduos em si, e não para os seus diagnósticos.

A formação do ACS precisa envolver não apenas conhecimentos básicos sobre o processo de saúde-doença, mas estratégias educativas que valorizem a troca de saberes, experiências e autonomia dos usuários. As práticas educativas dialógicas facilitam a produção do conhecimento de forma coletiva. A análise crítica da realidade, do cotidiano do processo de trabalho e dos casos clínicos, são aspectos importantes a serem considerados nos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) e conseqüentemente na qualificação do trabalho (Freitas et al, 2015).

No processo de mudança da assistência à saúde prestada à população brasileira, duas estratégias de atenção primária à saúde vêm se consolidando no contexto da municipalização e descentralização das ações de atenção primária à saúde no Brasil: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Nessa perspectiva, o ACS passou a ser um elemento de identificação e de tradução da realidade social das comunidades, atuando na mediação das necessidades das famílias e do serviço de saúde, além de trazer indicadores epidemiológicos mais precisos de suas microáreas. (Guanabara et al., 2015).

Supõem-se que na formação dos ACS para a abordagem das famílias quanto a possível ocorrência de sífilis congênita deva influir nas estatísticas mundialmente publicadas, visto que o conhecimento deveria gerar maior prudência dos indivíduos sexualmente ativos. Mas então, como explicar os crescentes números diagnosticados ao longo dos anos?

Um dos motivos para o aumento dos casos de sífilis se deu pelo desabastecimento de Penicilina Benzatina. Por esse motivo a recomendação foi que o uso da Penicilina G benzatina fosse restrito às gestantes e a penicilina cristalina para os recém-nascidos com sífilis congênita. (Cardoso et al., 2017). Além de ser difícil a inserção do uso de preservativos nas relações sexuais, as dificuldades de tratamento do parceiro sexual de portadores de DST podem estar relacionadas à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram excludentes em relação ao homem, provocando a baixa procura por atendimento. Pode também estar associada à visão que os homens têm em relação à saúde, pois atribuem à

mulher a responsabilidade pelo cuidado. Por outro lado, existem ainda questões inerentes aos serviços e ao comportamento dos parceiros, como é o caso do uso de drogas e álcool (Campos et al., 2012).

O efetivo controle da sífilis tem como peça essencial a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros sexuais, ambos devem iniciar tratamento evitando que o feto não seja infectado, visto que a qualidade da assistência pré-natal e ao parto é um importante determinante na redução da transmissão vertical (Andrade et al., 2020).

Este estudo é relevante porque aborda um tema que, apesar de muito explorado, permanece trazendo implicações sociais graves, com desestabilidade familiar e despesa para o sistema de saúde mundial, visto o tratamento das sequelas ser necessário ao longo de toda uma vida.

Sua justificativa ancora-se no fato do permanente aumento estatístico de uma patologia totalmente conhecida, isto é, além de seus conceitos há medicamentos e atos sociais que a previne. A existência de profissionais que direcionam suas competências nesta prevenção, não coaduna com as estatísticas mundiais acima apresentadas.

O objetivo deste estudo é explorar a aquisição de competências do agente comunitário de saúde frente à sífilis congênita.

2. Metodologia

Apresenta-se um estudo bibliográfico, exploratório, de abrangência internacional, de natureza qualitativa, do tipo revisão narrativa de literatura, na intenção de atender ao seguinte questionamento: qual o domínio público sobre as competências dos agentes comunitários de saúde (ACS) frente à possibilidade ou diagnóstico confirmado de sífilis congênita?

Em uma pesquisa bibliográfica, um autor realiza a busca, leitura, análise: discute os resultados obtidos em relação aos autores consultados nas referências e, escreve uma conclusão ou várias conclusões em relação a um problema da pesquisa ou assunto (Pereira et al., 2018 p 101).

Adotou-se como critérios de inclusão estudos disponíveis integralmente na Internet, independentes de idiomas e espaço temporal, que incluem o trabalho do ACS envolvido com a suspeita ou o diagnóstico de sífilis congênita e publicações que exploram as competências dos ACS. Foram assim excluídos a atuação de outros profissionais frente a este diagnóstico.

Explorada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizado inicialmente como estratégia de busca os descritores ((AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE) OR (AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE) AND (ENFERMAGEM)), surgiram 615 publicações. Acrescentado a esta estratégia os vocábulos ... AND (SÍFILIS)), obteve-se 2 estudos na língua inglesa. A mesma estratégia acrescentando o descritor: ...AND (SÍFILIS CONGÊNITA)), gerou resposta zerada.

Utilizando a mesma construção estratégica, porém retirando ...AND (ENFERMAGEM), emergiram 65 estudos. Todos esses se apresentam na língua inglesa sendo que, somente 22, disponibilizam o texto completo, sendo 4, publicações iguais referentes ao Manual de Agentes Comunitários publicados pelo Ministério da Saúde, sendo 2 na versão 1998 e 2 na versão de 2001. Este Ministério também publicou um Guia Prático (Ministério da Saúde, 2009) e uma cartilha sobre o trabalho do ACS (Ministério da Saúde, 2009). Duas publicações eram resenhas que foram descartadas do estudo.

Torna-se importante destacar que a estratégia ((AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE) AND (ENFERMAGEM)) na BVS gera 2 artigos: um aborda o trabalho dos ACS com pacientes suíços com HIV/AIDS e o outro analisa a telessaúde aplicada por ACS no Reino Unido. Utilizando ((AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE) AND (SÍFILIS CONGÊNITA)) há o direcionamento para um site do Ministério da Saúde onde são abordadas as doenças sexualmente transmissíveis. A exploração no Google Acadêmico com o descritor AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE gerou sete publicações nacionais.

Após leitura flutuante dos títulos e resumos considerando os critérios de inclusão supra descritos, foram selecionados 13 artigos e 8 publicações do Ministério da Saúde para discussão deste estudo. A imersão atenta dos mesmos teve a intencionalidade de detectar aspectos que envolvessem o cotidiano prático do ACS considerando sua formação e capacitação para o desempenho de suas competências. Este material é apresentado no Quadro 1.

As análises dos textos consideraram suas similaridades, controvérsias e singularidades na intencionalidade de possibilitar uma comparação entre o perfil de competências no trabalho do ACS sob uma perspectiva mundial. A vivência do cotidiano prático de uma das autoras deste estudo como ACS há mais de 10 anos em uma Unidade Básica de Saúde na cidade do Rio de Janeiro/Brasil, também subsidiou a discussão a partir da emissão de experiências vivenciadas frente às determinações do Ministério da Saúde.

As publicações do Ministério da Saúde constantes no Quadro 2, são apresentadas como Literatura Cinza do estudo, visto serem os documentos oficiais de regulamentação do trabalho dos ACS no Brasil.

Informações do Instituto Desiderata da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro/Gerência do Programa de Saúde da Criança referente à iniciativa Unidos pela Cura, também acrescentaram informações que subsidiaram compreensão e enriquecimento a análise.

Quadro 1 - Publicações selecionadas para análise deste estudo.

Nº	Ano	Base	Período	Título	Autores	Descrição do estudo		
						Objetivos	Metodologia	Resultados
01	2018	Scielo	Saúde debate vol.42 no.spe 2 Rio de Janeiro Oct. 2018	Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde.	Nunes, C. A.; Aquino, R.; Medina, M. G.; Vilasbôas, A. L. Q.; Junior, E. P.; Luz, L. A.;	Descrever o perfil socioeconômico e demográfico dos ACS do Brasil e analisar as práticas de VD segundo região do País e localização das unidades de saúde, zona urbana e rural, à luz da PNAB, publicada em 2011 e vigente até setembro de 2017.	Foi realizada análise descritiva, segundo a localização das unidades de saúde por região e zona urbana e rural, com apresentação tabular e gráfica, utilizando o programa Stata versão 12.0 e o <i>software</i> Excel 2013.	Os resultados deste estudo, analisados à luz da PNAB 2011, indicam a realização periódica de visitas domiciliares, dirigidas ao monitoramento de grupos prioritários, a exemplo de gestantes de risco e crianças menores de um ano, com intervalo de até 15 dias. Ressalte-se, também, a mediana nacional de 150 famílias sob a responsabilidade de cada ACS.
02	2017	BVS	BMC Public Health	Fortalecendo o papel dos Representantes Comunitários de	King, C.; Sehn, A.; Campa, V.; Smith,	Compreender como os Agentes comunitários de saúde da Nação Navajo	Estudo quantitativo e qualitativo. Buscou-se abordar o objetivo do estudo por	Os resultados da pesquisa mostram que 80,2% dos ACSs sentem-se fortemente positivos de que

			Saúde na Nação Navajo.	C.; Musket, O.; Brown, C.; Malone, J.; Sehn, H.; Curley, C.; Begay, MG.; Nelson, A. K.; Shin, S. S.	perceberam o papel do Programa de Divulgação Comunitária e Empoderamento do Paciente (COPE) no trabalho da ACSs entre cada uma das oito equipes de ACS da Nação Navajo.	meio de levantamento s transversais das equipes de ACS e por meio de entrevistas em grupo focal da ACS.	os treinamentos do COPE são úteis, enquanto 44,6% dos ACS sentiram que a comunicação e o trabalho em equipe melhoraram por causa do COPE.	
03	2017	GA	Observatório de Análise e Política em Saúde	Desabastecimento da penicilina e impactos para a saúde da população.	Cardoso, A.; Santana, G.; Costa, E. A.; Araújo, S, A.; Oyram, Y.	Mostrar o impacto negativo na assistência farmacêutica na saúde da população, devido o desabastecimento da penicilina benzatina, procaína e cristalina.	Os resultados são apresentados através de pesquisas em Órgãos de Saúde.	Apesar da aquisição dos medicamentos da atenção básica no SUS, a exemplo da penicilina, ser de responsabilidade dos municípios, e da gravidade da situação criada pela falta deste medicamento e a incapacidade de os municípios o resolverem devido às circunstâncias já referidas, a iniciativa de aquisição e distribuição pelo MS amenizou um pouco o problema, porém longe de o resolver definitivamente.
04	2016	BVS	Reprod Health	Equilíbrio de carga de	Chin-Quee, D.;	Comparar os distritos de	Métodos longitudinais e transversais	Mais de 90 % dos ACS relataram

				h	trabalho, motivação e satisfação no trabalho no Ruanda: avaliar o efeito da presença da prestação de serviços de planejamento familiar aos deveres dos profissionais de saúde comunitários.	Mugeni, C.; Nkunda, D.; Uwizeye, R.; Stockton, L. L.; Wersson, J.	intervenção e controle em relação às atividades relacionadas ao trabalho dos ACS, suas percepções sobre a gestão da carga de trabalho, relatórios de satisfação no trabalho, motivação e qualidade do serviço, bem como os relatórios de satisfação e qualidade do atendimento de seus clientes.	de coleta de dados de maio a julho de 2012. Para capturar informações sobre a carga de trabalho do ACS, 400 ACS – 200 de cada grupo de estudo – foram selecionados aleatoriamente e para registrar suas atividades diárias por um mês.	capacidade de trabalho gerenciabilidade, satisfação no trabalho e motivação para desempenhar seus trabalhos. Os clientes estavam altamente satisfeitos com os serviços de ACS e a preferência mais declarada por serviços futuros dos ACS.
05	2015	BVS	Reuol	Conhecimento e ações dos agentes comunitários de saúde na prevenção da sífilis congênita.	Guanabara, MAO; Oliveira, FA; Araújo, MAL; Barros, VL; Bezerra, BS; Bezerra, MLC	Avaliar o conhecimento e ações dos agentes comunitários de saúde para a prevenção da sífilis congênita	Pesquisa de avaliação com grupos focais de 10 a 12 pessoas	As atividades desenvolvidas pelos ACS relacionadas à prevenção da sífilis congênita precisam ser revistas, frente a necessidade de educação permanente, com vistas à melhoria da qualidade das ações.	

06	2014	BVS	Hum Resou r Healt h	Agentes comunitári os de saúde: treinar ou restringir? Uma pesquisa longitudin al para avaliar o impacto do treinament o de agentes comunitári os de saúde na região de Bolama, Guiné- Bissau	Lopes, S. C.; Cabral, A. J.; de Sousa, B.	Avaliar como o treinamen to de ACS em doenças diarréicas afetou a precisão do diagnóstico e tratamento dessas doenças em crianças menores de 5 anos.	Uma abordagem quantitativa foi usada para medir o impacto do treinamento no desempenho do ACS. Foi realizada uma pesquisa longitudinal que consistia em três períodos diferentes – antes do treinamento em manejo de doenças diarréicas e 1 e 3 meses após o treinamento.	Os resultados mostram que os ACS melhoram significativamente e seu desempenho na identificação do diagnóstico correto no primeiro momento de acompanhamento após o treinamento ($P = 0,001$, $n = 22$), mas, três meses depois, a eficácia diminuiu. Nenhuma evidência estatística foi encontrada para os modelos de regressão logística aplicados.
07	2014	BVS	BMC Healt h Servic es Resea rch	Experiênci a de telessaúde de enfermeiro s e trabalhado res de apoio comunitári o; um estudo de caso longitudin al	Sharma , Ur.; Clarke, M.	Explorar as mudanças necessárias para a introdução da telessaúde é experimenta da por aqueles encarregado de fornecer atendimento de telessaúde no terreno.	Estudo qualitativo longitudinal, realizamos discussões em grupos focais antes e semi- estruturadas entrevistas após a introdução de um serviço de telessaúde em Nottingham, no Reino Unido, com as matronas da comunidade,	Os usuários sofreram interrupções devido à implementação da telessaúde como ameaçadora. Três fatores principais aumentam a experiência da ameaça e afetam a decisão de usar a tecnologia: mudança nas rotinas clínicas e aumento da carga de trabalho; mudança nas

							a fim de extrair seus preconceitos e reações à implementação o.	interações com os pacientes e fundamentos do trabalho de enfermagem frente a frente; e mudança nas habilidades necessárias com a marginalização do conhecimento clínico.
08	2013	Scielo	Ciênc. Saúde coletiva vol.18 no.7 Rio de Janeiro July 2013	Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde	Costa, S. M; Araújo, F. F; Martins, L. V.; Nobre, L. L. R; Araújo, F. M.; Rodrigues, C. A. Q.	Identificar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados à saúde da família de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.	Trata-se de estudo transversal, quantitativo e de cunho censitário. A proposta foi desenvolvida junto aos Agentes Comunitários de Saúde vinculados às 63 equipes saúde da família da zona urbana de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.	O Agente realiza atividades diferenciadas junto à comunidade e por isso pode ser considerado um elemento nuclear das ações em saúde, com atividades de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio das visitas em domicílios e educação em saúde, individual e coletiva. Ademais, o ACS tanto orienta a comunidade como informa a equipe de saúde sobre a situação das famílias, principalmente aquelas em situação de risco, assumindo o papel de sujeito articulador.
09	2012	BVS	Ver. Bras. Ginecol. ol.	Sífilis em parturientes: aspectos	Camposs, A. L.A.; Araújo,	Analisar o perfil sociodemográfico e	Estudo quantitativo cuja coleta de dados	Os parceiros são comunicados do diagnóstico de

			Obstet . Vol.3 4 no.9 Rio de Janeir o Sept. 2012	relacionad os ao parceiro sexual.	M.A.L. A.; Melo, S.P.; Andrad e, R. F.V.; Gonçal ves, M. L.C.	comportame ntal dos parceiros de gestantes com VDRL reagente identificand o os motivos do não tratamento.	ocorreu de maio a outubro de 2008, em cinco maternidades públicas de Fortaleza, Ceará.	sífilis da gestante; entretanto, poucos são adequadamente tratados.
10	2011	Scielo	Ciênc. Saúde coleti va vol.16 supl.1 Rio de Janeir o 2011	Agente comunitári o de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?	Santos, K. T.; Saliba, N. A.; Moima z, S. A. S.; Arcieri, R. M.; Carvalh o, M. L.	Conhecer o perfil e a realidade de trabalho dos ACS, no sentido de contribuir para a 11) consolidaçã o do SUS.	Estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP.	Percebeu-se que características como a falta de experiência, de integração com o restante da equipe e de motivação dos agentes comunitários pode comprometer a qualidade de suas ações na comunidade. Afinal, são eles que mantêm o contato estreito com os usuários dos sistemas.
11	2008	Scielo	Cad. Saúde Públic a vol.24 no.6 Rio de Janeir o June 2008	O agente comunitá rio de saúde: formação, inserção e práticas	Nascim ento, E. P. L.; Corrêa, C. R. S.	Identificar as contribuições que o curso de formação de agente comunitário de saúde oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, São Paulo, Brasil nos anos de 2001 a	Pesquisa de natureza qualitativa em saúde, sendo utilizada a técnica de grupo focal, e para a análise dos dados empíricos utilizamos a análise de conteúdo temática.	A formação possibilitou que o agente comunitário de saúde assumisse o papel de sujeito educativo produzindo um conhecimen to emancipató rio, estimulando a reflexão e a capacidade de análise crítica, incluindo a prática diária como um dos determinan tes de seu

						2003, bem como apontar o impacto que teve na sua prática profissional.	aprendizado, na busca de solucionar problemas na comunidade.	
12	2007	Scielo	Ver. Esc. Enferm. USP vol.41 no.3 São Paulo Sept. 2007	Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família	Martins, W. R. V.; Chaves, E. C.	Analisar as vulnerabilidades e o sofrimento referido pelo ACS no cotidiano do trabalho, identificando a partir do significado de ser ACS e da percepção em torno da organização do trabalho.	Pesquisa de natureza qualitativa com coleta de dados realizada por meio de entrevista semi-estruturada com um grupo de 12 ACS de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de São Paulo, que trabalha exclusivamente com o modelo do PSF.	Os resultados deste estudo apontam para o fato de que, com probabilidade, houve um acoplamento das idéias, fantasias, ideologias e expectativas dos vértices constitutivos desse conjunto, de tal modo que o ACS mostra-se convicto de que a missão de fato é dele, expressando seu sofrimento em não conseguir realizá-la, na maioria das vezes, sem relativizar sua responsabilidade.
13	2005	Scielo	Ciência & Saúde Coletiva	O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre	Ferraz, L.; Aerts, D. R. G. C.	Investigar o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde na cidade de Porto Alegre.-	Estudo de natureza qualitativa foi feito por meio de Análise de Conteúdo Temática que permitiu a identificação das categorias. Para a análise quantitativa, foi utilizada a estatística descritiva com	Apesar de a visita domiciliar ser a principal atividade do agente comunitário, a pesquisa revela que esta não é realizada com total efetividade, uma vez que parte de seu tempo é dedicada a atividades administrativas o que descaracteriza sua função. Além

distribuição absoluta e relativa das respostas nas categorias investigadas. disso, o horário destinado para as visitas não está adequado à realidade local. O estudo aponta estratégias para potencializar o trabalho do agente no PSF em Porto Alegre.

Fonte: Pesquisa própria.

Quadro 2: Literatura cinza incluída para análise no estudo.

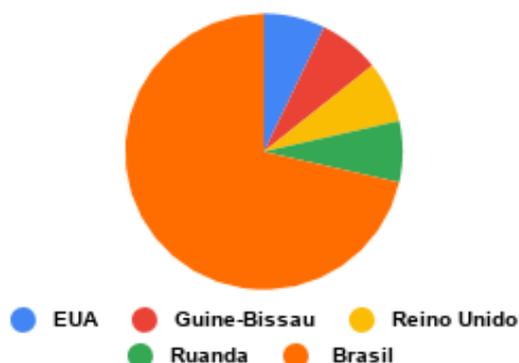
Nº	Ano	Procedência	Título
01	2019	Ministério da Saúde	Boletim Epidemiológico/Sífilis
02	2018	Ministério da Saúde	Guia da Política Nacional de Atenção Básica
03	2018	Secretaria Municipal de Saúde	Instituto Desiderata - Unidos pela Cura
04	2017	Ministério da Saúde	Política Nacional de Atenção Básica
05	2011	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde - ESF- PACS
06	2009	Ministério da Saúde	O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde
07	2009	Ministério da Saúde	Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde
08	2001	Ministério da Saúde	Manual de Agentes Comunitários de Saúde

Fonte: Pesquisa própria

3. Resultados e Discussão

Considerando os países de publicação dos artigos selecionados, temos EUA, Guiné-Bissau, Reino Unido e Ruanda, cada um com um único artigo e o Brasil com dez publicações dessa modalidade. Estas informações estão representadas no Gráfico 1.

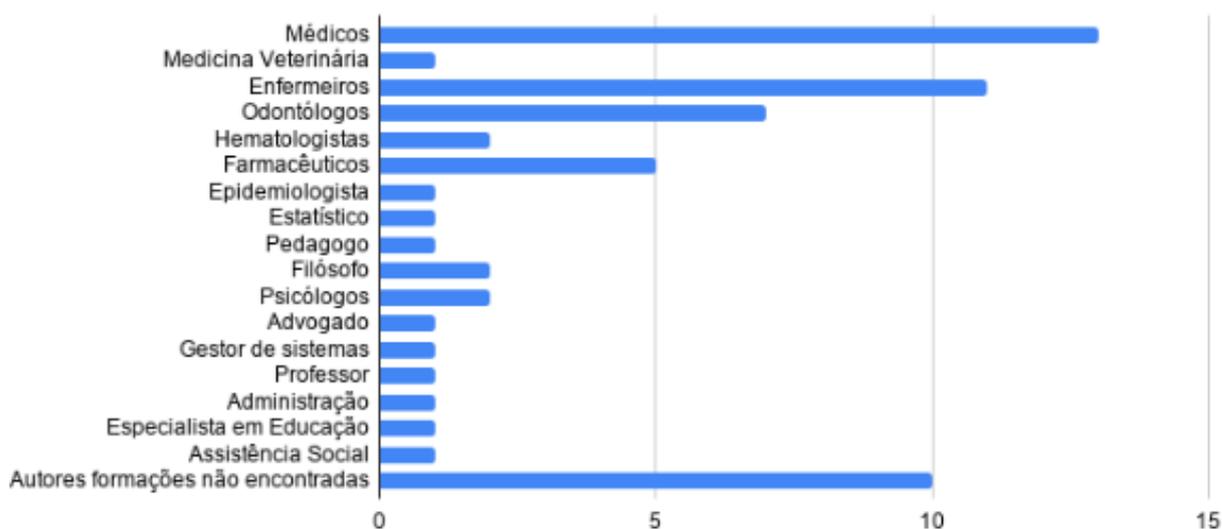
Gráfico 1: Representação da nacionalidade das publicações selecionadas



Fonte: Pesquisa própria.

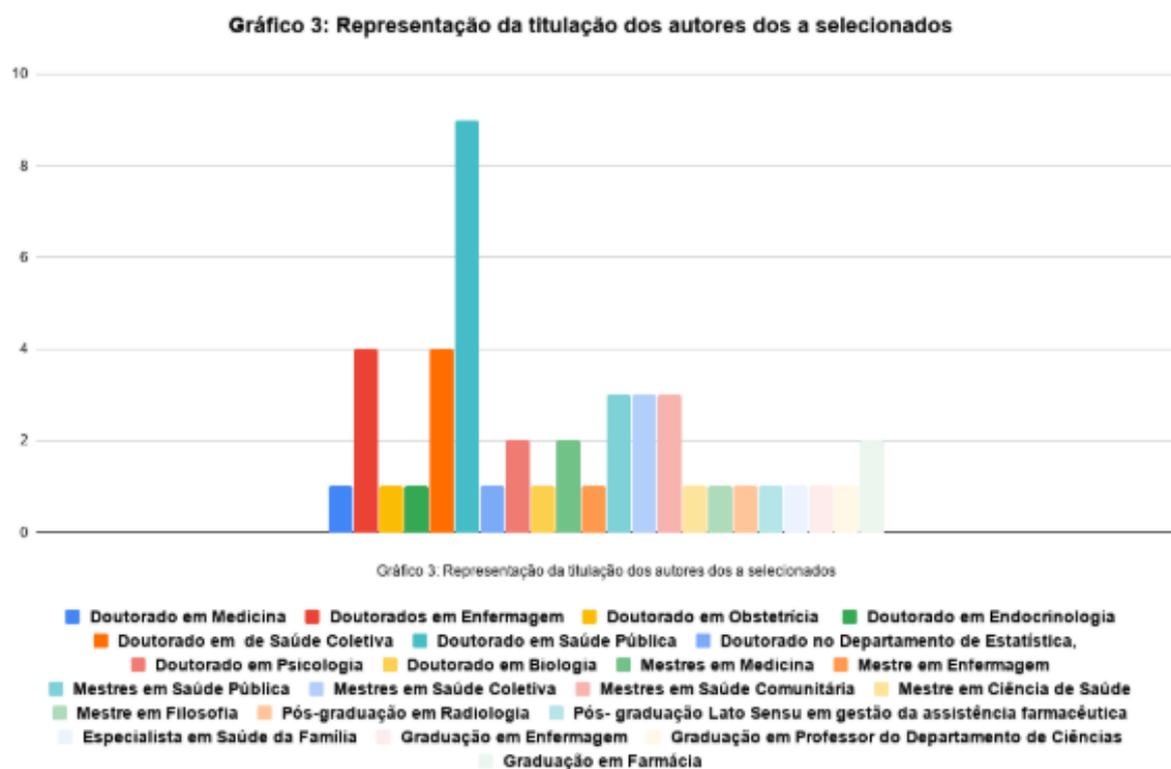
Referente à formação dos autores, doze são Médicos, sendo um de Medicina Veterinária, onze Enfermeiros, sete Odontólogos, dois Hematologistas, um em Serviço Social, cinco Farmacêuticos, um Epidemiologista, um Estatístico, um Pedagogo, dois Filósofos, dois Psicólogos, um Advogado, um Gestor de Sistemas, um Professor, um Administrador e um Especialista em Educação. Não foi possível encontrar a formação de dez outros autores. Estas informações estão representadas no Gráfico 2.

Gráfico 2: Representação da formação dos autores dos artigos selecionados



Fonte: Pesquisa própria

Quanto à titulação dos responsáveis dos artigos, referente à Doutorado tem-se vinte e quatro profissionais em diferentes áreas. Considerando o grau de Mestre tem-se vinte e dois. Três obtiveram a titulação Lato sensu (Especialistas). Estes dados estão representados no Gráfico 3.



Fonte: Pesquisa própria

Referente às temáticas abordadas pelos artigos pode-se observar que são variadas. King et al. (2017) exploram o empoderamento do paciente frente a ação dos ACS. A gestão da carga de trabalho foi preocupação de Chin-Quee et al. (2016). A influência do desabastecimento da penicilina no tratamento de sífilis foi explorada por Cardoso et al. (2017). A capacitação do ACS é trazida pelos estudos de Lopes et al. (2014) e de Nascimento & Corrêa (2008). O único artigo que apresenta o ACS com competências em telessaúde é assinado por Sharma & Clarke (2014) e Campos et al. (2012) abordam o comportamento dos parceiros de gestantes com VDRL positivos. O sofrimento no trabalho do ACS foi explorado por Martines & Chaves (2007)

Uma publicação nodal para a análise do presente estudo é a de autoria de Guanabara et al. (2015) por ter como objeto o conhecimento dos ACS na prevenção da sífilis congênita.

Este estudo é um recorte de uma dissertação (Guanabara & Araújo, 2011) do Programa de Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Fortaleza.

Destaca-se que na BVS as únicas publicações nacionais são manuais do Ministério da Saúde (1998, 2001, 2009). Considerando as temáticas exploradas por eles, o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (2009) deteve-se em contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento do trabalho do ACS, tratando dos seguintes temas; saúde da família, da criança, do adolescente, do adulto, saúde mental, atenção à pessoa com deficiência, orientações para a família com pessoas acamadas, violência familiar e doenças transmitidas por vetores. O Manual intitulado O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (2009) aborda informações gerais sobre o trabalho do agente, que, juntamente com o Guia Prático do ACS ajudam no melhor desenvolvimento das ações do ACS. O manual Programa Agentes Comunitários de Saúde (2001) resume-se na reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. Este exemplar, é a versão revisada do publicado em 1998. O desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O Guia Nacional de Atenção Básica (2018) busca apresentar estratégias de integração relacionadas à organização no território e ao processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica com o objetivo maior de possibilitar uma nova prática de vigilância e atenção básica com foco no cuidado ao indivíduo, a família e considerando o ambiente que os rodeia (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/CONASEN). A Política Nacional de Atenção Básica (2017) aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Características gerais dos Agentes Comunitários de Saúde

De acordo com os artigos selecionados, no que se refere ao gênero dos profissionais ACS, constata-se que nos estudos realizados em regiões do Brasil, há uma maior incidência do gênero feminino. Essa realidade se deve ao contexto cultural em que o perfil feminino está inserido com conexões do perfil de cuidadora (Santos et al., 2011; Ferraz et al., 2005). Em Países como Ruanda (Chin-Quee et al., 2016), Guiné-Bissau (Lopes et al., 2014), Estados Unidos (King et al., 2017) e Reino Unido (Sharma et al., 2014), não foram constatadas

preferências por gênero. Destaca-se que em Ruanda, a região se preocupou em criar equipes de acordo com o gênero para que fosse destinado a cada aldeia, atendendo o perfil local.

Dois artigos brasileiros (Santos et al., 2011; Ferraz 2005) citam a importância do ACS de trabalhar onde reside, pelo fato de compartilhar os mesmos problemas, as mesmas culturas e a mesma realidade. Foi constatado, inclusive, que a maioria dos agentes, de fato, morava na localidade de atuação, o que facilita a criação de vínculos, aspecto este, considerado de suma importância no contexto desse profissional. Na Nação Navajo (EUA) os líderes comunitários e os ACS também residem onde trabalham pelo fato de terem conexão com a comunidade (King et al., 2017). Na Região de Bolama, Guiné-Bissau, normalmente há um recrutamento e treinamento desses agentes comunitários para prestarem serviços dentro da comunidade (Lopes et al., 2014). Os artigos de Ruanda e Reino Unido, não relataram essa peculiaridade. De acordo com o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2001), o ACS deverá residir na própria comunidade, ter espírito de liderança e de solidariedade e ser recrutado por meio de processo seletivo.

Dentre os fatores que levaram os ACS a terem interesse de trabalhar na área, a dificuldade de oferta de emprego foi relatada de forma abrangente. Isso se deve ao fato de que muitos dos agentes pertencem a classe de baixa renda. Se observa que muitos não entendem a sua função nesse contexto. Para alguns, ser agente significou ter reconhecimento por parte da comunidade (Santos 2011 et al.; Ferraz & Aerts, 2005). De acordo com o Ministério da Saúde (2001, pp. 8 e 9) os requisitos necessários para exercer a função de ACS são: ter a idade mínima de 18 anos, ser alfabetizado, residir na comunidade há pelo menos dois anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Nos artigos brasileiros, os ACS em geral, possuíam ensino médio completo, eram de idades variantes, porém, todos acima do que é considerado a maior idade (18 anos) e residiam no local de atuação em um espaço de tempo maior que três anos.

No Guiné-Bissau a maioria eram agricultores de subsistência. Um ACS tinha 11 anos de educação escolar completa, enquanto dois nunca haviam estudado. Metade dos ACS concluíram entre 4 a 6 anos de escolaridade (Lopes et al., 2014). Nos outros artigos selecionados não relatam claramente sobre o grau de escolaridade dos ACS. Mas na Nação Navajo (EUA), eles devem ser fluentes em navajo quanto em inglês e devem ser treinados como Auxiliar de Enfermagem (King et al., 2017).

No Brasil, mais especificamente na região de São Paulo, foi publicado que há uma alta rotatividade dos ACS, o que dificulta o vínculo com a comunidade e consequentemente, seus laços de confiança com a população local ficam prejudicados, visto que o ACS é o elo entre a comunidade e o PSF. São eles que acompanham todo o contexto em que a comunidade vive, assim como identificam os problemas que acometem aquela região. (Santos et al., 2014).

Guanabara et al. (2015) afirmam que o ACS desempenha papel fundamental na captação das mulheres grávidas para o início do pré-natal, momento oportuno para contribuir com a redução da transmissão vertical da sífilis, por meio do diagnóstico precoce e tratamento adequado da gestante infectada e do seu parceiro sexual. Logo, a rotatividade destacada por Santos et al., (2008) prejudica o comprimento desta competência dos ACS.

Em Porto Alegre se constata a baixa rotatividade, sendo assim, controverso ao contexto existente na região de São Paulo como citado respectivamente por Santos, 2011 et al., e Ferraz & Aerts, 2005. De acordo com os artigos analisados, a alta rotatividade na Nação Naja (EUA) não é diferente da região de São Paulo, mas nos aspectos dos Líderes Comunitários, segundo o artigo, contribuíam para a falta de conscientização dos colaboradores em alguns locais (King et al., 2017). Nada foi relatado sobre a rotatividade dos ACS nos outros artigos analisados.

A visita domiciliar como competência chave do agente comunitário de saúde

Ressalta-se que uma das competências mais relatadas pelos ACS em todos os artigos analisados é a visita domiciliar. O número de visitas domiciliares (VD) tem uma meta semanal a ser alcançada. Na prática, o quantitativo de visitas depende da demanda de cada comunidade e da densidade demográfica local. Nunes et al., (2018) relata que as visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) determina realização de visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares. No cotidiano prático do ACS na cidade do Rio de Janeiro, as visitas ocorrem de acordo com a necessidade do assistido, porém há uma

meta relacionada ao diagnóstico sendo que para tuberculose e hanseníase as visitas são diárias, casos severos de hipertensão, diabetes, gestantes de risco e crianças até um ano de idade as visitas domiciliares são mensais. Em casos de hipertensos e diabéticos leves assim como crianças maiores de dois anos e pacientes acamados, a visita é trimestral. Porém, todos os domicílios de uma área de atenção devem ser anualmente visitados.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), para ser bem feita a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se também o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliar no dia a dia do trabalho do ACS, é importante que se tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da na área de trabalho. Também é recomendável definir o tempo de duração de cada visita, devendo ser adaptada à realidade do momento.

Porém, o que ocorre na realidade, é que há uma alta demanda de famílias a serem visitadas e uma porcentagem de ACS inferior. Isso sobrecarrega os ACS, trazendo sofrimento pessoal e prejudicando o acompanhamento das famílias assistidas por eles (Martines et al., 2007; Santos et al., 2011; Ferraz & Aertz., 2005). De acordo com as novas mudanças da Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, PNAB, 2017), recomenda-se a cobertura de cem por cento da população com número máximo de setecentos e cinquenta pessoas por ACS. Houve um acoplamento de ideias, fantasias, ideologias e expectativas dos vértices construtivos desse conjunto, de tal modo que o ACS mostra-se convicto de que a missão de fato é dele, expressando seu sofrimento em não conseguir realizá-la, na maioria das vezes, sem relativizar sua responsabilidade (Santos et al., 2011).

De acordo com os artigos analisados, pode-se afirmar que os agentes realizam de sete a nove visitas diárias e o turno de preferência é o vespertino, visto que a área de cobertura desses ACS geralmente são com populações que têm o hábito de acordar mais tarde, como no caso das gestantes que são mais sonolentas, e muitas dessas pessoas trabalham, o que dificulta o acesso às mesmas (Santos et al., 2011 Ferraz & Aertz., 2005). Um único artigo analisado constata que há uma parcela significativa de ACS que não realiza visita domiciliar ou apenas a realiza nos usuários que apresentam maiores necessidades. Isso contribui para a fragmentação da assistência e mantém o princípio de Integralidade do SUS distante da realidade (Costa et al., 2013).

Quanto às visitas, os países citados nos artigos relatam que, na Nação Navajo (King et al., 2017) as visitas são realizadas de uma à duas vezes por mês, para aqueles que concordam

em participar do Programa de Divulgação Comunitária e Empoderamento do Paciente (COPE). Ruanda (Chin-Quee et al., 2016), não esclarece sobre a frequência das visitas dos ACS, mas relata que ambos os grupos atendem cerca de 40 clientes por semana totalizando aproximadamente 20 horas de trabalho semanal. Não foram encontrados dados sobre a quantidade de visitas realizadas pelos ACS nos artigos que citavam a Boloma no Guiné-Bissau (Lopes et al., 2014) e Nottingham nos EUA (Sharma et al., 2014).

De uma maneira geral, os ACS fazem uso da escuta ativa na visita domiciliar, o que acaba por contribuir para seu sofrimento emocional. Há uma carga significativa de questões que esse agente precisa solucionar, as quais muitas vezes não competem a eles, visto que sua ação é limitada até certo ponto. Porém, ao ouvir relatos e presenciar situações incômodas que fogem da sua capacidade de solução, acabam deixando-os em sofrimento mental e um sentimento de impotência comum. Muitos, inclusive, acabam por não conseguirem estabelecer limites com relação ao envolvimento emocional com as famílias, e até mesmo no que diz respeito ao seu tempo dedicado à função (Martines et al., 2007).

Consoante a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS, 2019), o ACS, por ser membro da comunidade em que atua, é o elo entre o cidadão e a equipe de saúde. Isso favorece a criação de vínculos e proporciona a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar, aumentando, assim, a capacidade de enfrentar os problemas de saúde da população.

É competência dos Agentes Comunitário de Saúde realizar seu trabalho com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças da comunidade em que atua, ao estimular hábitos de vida saudáveis, promover cidadania e orientar indivíduos, grupos e populações sobre o acesso à saúde. Uma de suas atribuições é cadastrar as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Primária. O cadastramento da população é essencial, pois é utilizado para identificar se a pessoa está vinculada a uma equipe de Saúde da Família e se está sendo acompanhada. Manter os dados atualizados, incluindo o endereço e telefone, é fundamental, pois favorece o trabalho do agente e da equipe na busca ativa do cidadão e no acompanhamento da saúde da população atendida (Ministério da Saúde, 2019).

Competências dos agentes comunitários de saúde em relação à sífilis congênita

No cotidiano prático especificando as competências do ACS referente ao diagnóstico de sífilis congênita há o dever de realizar um bom acolhimento, acompanhar a gestante mensalmente e no puerpério, ter as visitas de rotinas mensais, promover a busca ativa para avisar sobre as consultas, explicar os exames que devem ser realizados e reforçar sobre a importância dos exames *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) ao longo do acompanhamento. Avisar a puérpera sobre as realizações dos exames para no dia da consulta estarem prontos. Faltas em consulta implica em busca ativa imediata. Se as vacinas estão em dia, promove-se a prevenção de agravos e doenças com educação em saúde, mostrando a essa mãe o que pode ocorrer a falta do acompanhamento, acolher ansiedades da família para compartilhar com a equipe. O vínculo do ACS é essencial! Ele é o elo entre a comunidade e unidade de atendimento.

O pré-natal, como competência do ACS, é uma grande oportunidade para a realização de rastreamento de doenças e agravos relevantes para a Vigilância em Saúde, tais como a sífilis, a infecção e ação ao pré-natal e a necessidade de se dar prioridade ao seu diagnóstico e tratamento oportunos durante a gestação. Atuando numa frente integrada, o planejamento conjunto das ações no território pode somar esforços no que diz respeito à organização de temáticas mensais para as visitas domiciliares para ACS e Agente de Combate de Endemias (ACE), no sentido de promover atividades educativas relativas aos problemas mais comuns da comunidade ou de divulgar aspectos relativos às ações desenvolvidas no âmbito da unidade de saúde aos moradores. Por exemplo, ações de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis devido ao carnaval (Ministério da Saúde, 2018).

A sífilis gestacional é um problema de saúde pública que, quando não diagnosticado e tratado em tempo hábil, pode levar a sérios problemas de saúde para o recém-nascido. Com isso, o ACS tem papel fundamental na captação dessas gestantes para realização do exame VDRL, exame de sangue que serve para diagnosticar a sífilis, e para o tratamento adequado dessa gestante quando diagnosticada (Guanabara et al., 2015).

A sífilis em gestação está cada vez mais incidente, visto que muitas gestantes têm seus parceiros apresentando diagnóstico sorológico positivo, entretanto, os mesmos não procuram o serviço a fim de realizar o tratamento. Dessa forma, tanto a mulher grávida quanto o feto são colocados em risco de contrair a doença, a qual trará danos a este binômio em qualquer fase da gestação, principalmente para o bebê (Cabral et al., 2017).

Remuneração salarial do agente comunitário de saúde

Um dos pontos cruciais que vai influenciar na satisfação e conseqüente qualidade das competências dos ACS é a remuneração salarial. Ferraz & Aerts (2005) revelam que o salário dos ACS na cidade de Porto Alegre correspondia a dois salários mínimos (em torno de duzentos reais). Em São Paulo, na publicação datada de 2008 o salário médio dos ACS correspondia ao valor de 305,60 (Nascimento & Corrêa, 2008). Diante do exposto, a remuneração inadequada contribui para o estresse desses profissionais, assim como, a sua desvalorização diante do restante da equipe, inclusive foi uma questão apontada como insatisfatória e que contribui para o detrimento da sua função (Santos et al., 2011).

No Brasil, consoante o Manual do Agente Comunitário de Saúde (Ministério da Saúde, 2001), uma vez que o ACS tenha sido selecionado, receberá pelo menos o valor de um salário mínimo, pago pelo município. Os recursos para efetuar o pagamento provêm em parte do governo federal, mas também do governo municipal e, em menor escala, do governo estadual, fixado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), atualmente reajustado pela Lei nº 13.708/2019:

O aumento do piso salarial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) começa a ser transferido pelo Ministério da Saúde aos municípios e Distrito Federal em janeiro de 2020. O valor reajustado será de R\$ 1.400,00, repassado mensalmente a cada ACS ao longo de todo o próximo ano, de acordo com a Portaria nº 3.270, de 11 de dezembro de 2019.

As publicações estrangeiras não fizeram referências quanto a remuneração salarial dos agentes comunitários de saúde.

As competências dos agentes comunitários de saúde diante do Sistema Único de Saúde (SUS)

Ao abordar sobre o trabalho do ACS, o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2011), além dos princípios e diretrizes do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. Possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde, o que chamamos de atenção longitudinal. O foco da atenção é a pessoa, e não a doença. Ao longo do tempo, os

usuários e a equipe passam a se conhecer melhor, fortalecendo a relação de vínculo, que depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe.

A base do vínculo é o compromisso do profissional com a saúde daqueles que o procura. Para o usuário, existirá vínculo quando ele perceber que a equipe contribui para a melhoria da sua saúde e da sua qualidade de vida. Há situações que podem ser facilitadoras ou dificultadoras. Um bom exemplo disso pode ser o horário e dia de atendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS), a sua localização, ter ou não acesso facilitado para pessoas com deficiência física, entre outras coisas. O ACS tem importância no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe (Ministério da Saúde, 2011).

Ainda consoante a instituição supracitada, é necessário que exista entre a comunidade e os profissionais de saúde relação de confiança, atenção e respeito. Essa relação é uma das principais características da reorganização do processo de trabalho por meio da Saúde da Família e se dá na medida em que os usuários têm suas necessidades de saúde atendidas. A população sob responsabilidade da equipe deve ser cadastrada e acompanhada, entendendo-se suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive. Equipe e famílias devem compartilhar responsabilidades pela saúde. Isso é particularmente importante na adequação das ações de saúde às necessidades da população e é uma forma de controle social e participação popular. A participação popular e o controle social devem ser estimulados na ação cotidiana dos profissionais que atuam na APS.

De acordo o Manual do Agente Comunitário de Saúde (Ministério da Saúde, 2001), o trabalho do ACS na comunidade é o cadastramento, diagnóstico, microáreas de risco e mapeamento. Os grupos prioritários do trabalho do ACS são, planejamento familiar, pré-natal, puerpério tardio, recém-nascido, cartão da criança, diarreia e insuficiência renal aguda (IRA), adolescência, adolescente e as drogas, velhice não é doença. As ações do ACS frente a problemas de saúde são o deficiente físico, deficiente mental, Aids, câncer uterino e de mama, saúde bucal, educação nutricional, tuberculose e hanseníase, vacinação, hipertensão e diabetes e a participação comunitária em saúde. O diagnóstico realizado pelo ACS é o diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe (Ministério da Saúde, 2017).

Ainda de acordo com esta publicação poderão ser consideradas, também, competências do ACS a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por membro da equipe de saúde de nível superior, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência: aferir a pressão arterial, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; realizar a mensuração da glicemia capilar, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus, aferição da temperatura axilar, tudo durante a visita domiciliar; realizar técnicas de curativo, que são realizadas com material limpo, (água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril), com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa.

Capacitação dos agentes comunitários de saúde para aquisição de competências

No Brasil todos que sabem ler ou escrever podem se candidatar ao processo seletivo para ACS. Constatou-se que metade dos ACS não participaram de uma capacitação introdutória e que programas de capacitação não são ampliados para os ACS, apenas para outros membros da equipe de saúde (Martines et al., 2007). Distante dessa realidade, o município de Campinas construiu uma proposta de capacitação para os ACS, que contou com palestras de professores com o objetivo de complementar a qualificação dos agentes, porém o resultado para os ACS não foi satisfatório, pelo modo de administração das palestras (Nascimento et al, 2008).

De acordo com artigos analisados em um contexto que não compete ao Brasil, constata-se que, outros países ofereceram capacitações para os profissionais. Em Nação Navajo (King et al., 2017), foi oferecido o curso de saúde pública para os Líderes comunitários e para os ACS e treinamentos mensais com materiais didáticos; em Nottingham, Reino Unido (Sharma et al., 2014), os Agentes comunitários são treinados pelos enfermeiros para o serviço em telessaúde, na Região de Bolama, Guiné-Bissau (Lopes et al., 2014) os treinamentos são práticos e com foco na aquisição de competências, em Ruanda os agentes são treinados e supervisionados (Chin-Quee et al., 2016).

No Brasil a capacitação de ACS foi objeto de estudo de mestrado com foco na sífilis congênita(Guanabara et. al, 2011). O estudo apontou que as competências dos ACS precisam ser revistas, pois os achados da pesquisa atentam para a necessidade de educação permanente,

o que pode ser realizado no dia a dia das equipes. As autoras enfatizam que torna-se essencial que os profissionais se relacionem em um ambiente livre de coações, para que juntos se comuniquem, estabelecendo interação, possibilitando assim a construção de um novo modelo de saúde onde os ACS sintam-se membros efetivos dessas equipes e, assim, possam prestar um trabalho de qualidade junto às comunidades às quais eles assistem.

A prática de quem é ACS no Brasil revela que este profissional é usado como “quebra-galho” sendo-lhe imputadas ações não condizentes com seu nível de conhecimento acadêmico. A política nem sempre respeita o calendário de pagamentos e as trocas frequentes de Organizações Sociais designadas pelo Estado para contratação de pessoal, gera demissões constantes e de grande quantidade de profissionais ao mesmo tempo, sobrecarregando os que permanecem na Unidade desqualificando, assim, as competências profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde. Mas a experiência revela que há investimento em educação permanente para os ACS ao longo do percurso, mesmo que não seja constante, mas é existente, comprovando algumas mudanças no cenário após a publicação referente a Guanabara et al, (2005).

O Programa Unidos pela Cura identifica e encaminha crianças e jovens com diagnóstico de câncer. A capacitação dos profissionais de saúde também apresenta importantes resultados para esta frente de trabalho. A partir de 2010, todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família (PSF) tem sido alvo da capacitação para a suspeição do câncer infanto-juvenil. Além do ganho com diferentes olhares qualificados, tem-se a possibilidade de intensificar a busca ativa dos casos encaminhados e que não chegam aos polos de investigação. Os Agentes Comunitários de Saúde têm responsabilidade destacada na busca ativa dos casos de suspeita encaminhados e no acompanhamento local dos casos em tratamento (Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro/Gerência do Programa de Saúde da Criança. Instituto Desiderata - Unidos pela cura, 2012).

O curso de capacitação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação tem a duração de 24 horas e destina-se multiplicadores da Iniciativa, que o replicam para toda a equipe de saúde da Unidade Básica (médicos, enfermeiras, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde e outros) para implantar os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). A formação dos instrutores multiplicadores do Curso da IUBAAM é complementada pelo Curso de Avaliadores da IUBAAM, que tem a duração de 16 horas, totalizando 40 horas de educação continuada em saúde.

A análise das publicações selecionadas e a vivência de uma das autoras como ACS há mais de 10 anos na cidade do Rio de Janeiro, constatam que, apesar dos esforços em educação continuada empreendidos pelos municípios para subsidiar as várias modalidades de programas de saúde frente à população, não foi identificado um movimento que tenha foco direcionado nos diagnósticos de sífilis congênita, corroborando assim, com o crescimento estatístico desta patologia demonstrado no início deste estudo. A presença direta do ACS com a comunidade ainda não foi percebida como possível elo catalisador de resultados também para esta problemática social de aspecto mundial.

4. Considerações Finais

O estudo trouxe uma visão internacional do trabalho do ACS destacando suas competências, carga de trabalho, pisos salariais e capacitação profissional. O reconhecimento do destaque deste profissional como elo entre a comunidade e o serviço de saúde é universal, porém, enquanto existe uma preocupação da publicação da capacitação do ACS em vários países, no Brasil houve somente um artigo sobre um curso na cidade de Porto Alegre (RGS) e a citação de um investimento de capacitação em Campinas. Os municípios investem na capacitação do ACS em vários programas de saúde. A sífilis, e em especial a sífilis congênita, são problemas mundiais de Saúde Pública com estatísticas crescentes de uma doença facilmente diagnosticada e prevenível a partir de uma educação em saúde eficaz. A proximidade do ACS com a comunidade favorece ações esclarecedoras e educativas que possam se tornar nodais na adoção de mudança de comportamento e consequente reversão dos dados estatísticos. O objetivo deste estudo de explorar a aquisição de competências do agente comunitário de saúde frente a sífilis congênita foi alcançado no momento em que revela as estratégias de investimento na formação dos ACS em publicações nacionais, estrangeiras e no suporte oficial do Ministério da Saúde. Especificamente sobre a sífilis congênita uma dissertação de mestrado fomentou a temática. O investimento em capacitação dos ACS é de responsabilidade do profissional Enfermeiro que necessita ser visionário quanto a saúde da população, a economia do Sistema referente a tratamentos evitáveis, aos riscos preveníveis em saúde e a qualidade da assistência a partir de estratégias simples e de baixo custo, como a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, respeitando seu nível acadêmico, sua carga horária, seu piso salarial e, sobretudo, as competências pré-determinadas pelo Ministério da Saúde. Que o futuro possa nos contemplar com outras publicações que explorem a formação e competências dos ACS frente sua posição ímpar de

medianeiro entre a comunidade e o serviço de saúde.

Referências

Andrade, M. S., Santos, A. C. S., Cunha, M. A., Morais, I. T. S., & Verde, R. M. C. L. (2020). Oliveira, E. H. Sífilis congênita no município de Santa Inês – MA: caracterização epidemiológica. *Research, Society and Development*, v9, n. 4, e81942571. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2571>

Campos, A. L. A.; Araújo, M. A. L. A.; Melo, S. P.; Andrade, R. F. V., & Gonçalves, M. L. C. (2012). Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.34 no.9 Rio de Janeiro Sept. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>

Cardoso, A.; Santana, G.; Costa, E. A.; Araújo, S. A., & Oyram, Y. (2012). Desabastecimento da penicilina e impactos para a saúde da população. *Observatório de Análise Política em Saúde*. Disponível em: <https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/desabastecimento-da-penicilina-e-impactos-para-a-saude-da-populacao/>

Chin-Quee, D.; Mugeni, C.; Nkunda, D.; Uwizeye, M. R.; Stockton, L. L., & Wesson, J. (2016). Equilibrando carga de trabalho, motivação e satisfação no trabalho no Ruanda: avaliar o efeito da adição da prestação de serviços de planejamento familiar aos deveres dos profissionais de saúde comunitários. *Reprod Health*;13: 2, Jan 06. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-26732671>

Costa, S. M; Araújo, F. F; Martins, L. V.; Nobre, L. L. R; Araújo, F. M., & Rodrigues, C. A. Q. (2013). Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* vol.18 no.7 Rio de Janeiro July. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>

Ferraz, L., & Aerts, D. R. G. C. (2005). O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. Saúde coletiva* vol.10 no.2 Rio de Janeiro Apr./June. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000200012>

Ferreira, A. S.; & Abrahão, A. L. (2020). Gerência do cuidado em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: revisão sistemática. Research, Society and Development. Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3087>

Guanabara, M. A. O.; Oliveira, F. A.; Araújo, M. A. L.; Barros, V. L.; Bezerra, B. S., & Bezerra, M. L. C.; (2015) Conhecimentos e Ações do Agentes Comunitários de Saúde para Prevenção da Sífilis Congênita. Revista de Enfermagem UFPE On Line. Disponível em: [10.5205/reuol.623553495-1-RV.0904supl201503](https://doi.org/10.5205/reuol.623553495-1-RV.0904supl201503)

Fonseca, J. J. S. (2002). Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC. Apostila. Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>

King, C.; Goldman, A.; Gampa, V.; Smith, C.; Muskett, O.; Brown, C.; Malone, J.; Sehn, H.; Curley, C.; Begay, M G.; Nelson, A. K., & Shin, S S. (2017). Fortalecendo o papel dos Representantes Comunitários de Saúde na Nação Navajo. BMC Public Health;17(1): 348, 04 21. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-28431541>

Lopes, S. C; Cabral, A. J., & Sousa, B. D. (2014). Agentes comunitários de saúde; treinar ou restringir. Uma pesquisa longitudinal para avaliar o impacto do treinamento de agentes comunitários de saúde na região de Bolama, Guiné-Bissau. Human Resources for Health. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-12-8>

Martines, W. R. V., & Chaves, E. C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. Rev. esc. enferm. USP vol.41 no.3 São Paulo Sept. (2007). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300012>

Marques, C. A. B, Luz, H. C. & Miranda, R. N. C. (2020). Perfil epidemiológico de sífilis gestacional e congênita no Estado do Piauí no período de 2017 a 2020. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3991>

Ministério da Saúde. (2019). Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. Brasília. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>

Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Saúde. Sífilis Congênita CID 10: A-50 a A-53. Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso, Volume II, 3ª edição, pág. 129 - Ministério da Saúde Brasília/DF – junho. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=50>

Ministério da Saúde. (2010). Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; p. 444. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_gui_bolso.pdf

Ministério da Saúde. (1998). Manual de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf

Ministério da Saúde. (2001). Manual de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>

Ministério da Saúde. (2012). PNAB - Política Nacional Atenção de Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf

Ministério da Saúde. (2019). Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

<https://aps.saude.gov.br/noticia/6634>

Ministério da Saúde. (2017). Gabinete do Ministro, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Ministério da Saúde. (2018). Módulo I Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde, Guia Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_pnab.pdf

Ministério da Saúde. (2001). Manual de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília. Páginas 8 e 9. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>

Ministério da Saúde. (2009). O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília. Página 16- 8, 21, 39,47. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf

Ministério da Saúde. (2011). Gabinete do Ministro Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Nascimento, E. P. L., & Correa, C. R. S. (2008). O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad. Saúde Pública vol.24 no.6 Rio de Janeiro June. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600011>

Nunes, C. A.; Aquino, R.; Medina, M. G.; Vilasbôas, A. L.Q., & Luz, L. A. (2018). Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. Saúde em debate. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S209>

Perrenoud, P. (1999). Construir competências é virar as costas aos saberes? In: Pátio – Revista Pedagógica, n. 11, p. 15-19, nov.

https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_39.html

Pereira, A. S.; Shitsuka, D. M.; Parreira, F. J.; Shitsuka, R. (2018) Licenciatura em Computação Metodologia da Pesquisa Científica. p. 101. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1

Ribeiro, R. S.; Segura, G. S.; Ferreira, A. C. M.; Sasaki, N. A. G. M. S.; Santos, M. L. S. G., & Vendramini, S. H. F. (2020). Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita: revisão integrativa de literatura. Research, Society and development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2470>

Santos, K. T.; Saliba, N. A.; Moimaz, S. A. S.; Arcieri, R. M., & Carvalho, M. L. (2011). Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?

Ciênc. Saúde coletiva vol.16 supl.1 Rio de Janeiro. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700035>

Secretaria Municipal de Saúde (2012) e Defesa Civil do Rio de Janeiro/Gerência do Programa de Saúde da Criança. Instituto Desiderata - Unidos pela cura. Boletim informativo. Disponível em: http://www.desiderata.org.br/assets/sau_boletim-10_upc.pdf

Secretaria Municipal de Saúde. (2018). INCA, Instituto Desiderata - Unidos pela cura. Boletim informativo. Disponível em: https://desiderata.org.br/wp/wp-content/uploads/2018/12/Boletim_informativo_16.pdf

Sharma.U., & Clarke M. (2014). Experiência de telessaúde de enfermeiro e trabalhadores de apoio comunitário; um estudo de caso longitudinal.BMC Health Services Research. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-164>

Vallegas, A. B., Souza, A. C. D., Sanches, L. D. S. & Alves, L. A. (2020). A educação permanente em saúde no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. Research, Society and development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2962>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Maria Angela Moreira Dias – 25%

Maria das Vitórias Duarte Elpídio Silva – 20%

Ana Natalícia Campos Sartori Maphêo – 15%

Marcella Cristina Viana De Carvalho – 10%

Laurine Mendes Belarmino – 20%

Helga Rocha Pitta Portella Figueiredo – 10%