

A formação do Agente Comunitário de Saúde na Amazônia

RESUMO

O presente artigo investiga a atuação do Agente Comunitário de Saúde em um contexto do interior da Amazônia Brasileira, nos aspectos de sua formação bem como outros que interferem em sua prática cotidiana na Estratégia de Saúde da Família. Métodos: pesquisa qualitativa, com enfoque hermenêutico dialético, utilizando 19 Grupos Focais e 114 Entrevistas Individuais em quatro municípios do interior do Estado do Amazonas. Resultados: a formação do ACS tem enfoque biomédico, sem relação com a realidade local e é pautada na doença. Há indícios de desvios na contratação e formas de seleção, além de grande sobrecarga do ACS. Conclusão: há que se reformular tanto o processo de trabalho como as estratégias de educação permanente dos ACS na realidade amazônica, em cumprimento com os princípios do SUS.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Agente de Saúde; Amazônia.

INTRODUÇÃO

Na realidade amazônica, os serviços de saúde apresentam peculiaridades com relação ao seu funcionamento, estrutura, demanda diferenciada, entre outros aspectos. A questão geográfica das populações no interior do Estado do Amazonas está entre as principais barreiras para a democratização na utilização dos serviços de saúde, que se concentram, na maioria das vezes, nas áreas urbanas. Para Raciaro (1) os serviços de saúde prestados são precários, faltando saneamento e outras necessidades básicas.

A principal forma de prestação pública de serviços de saúde nesta região do Brasil é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se caracteriza por uma lógica diferente da atenção tradicional, pautada na assistência integral e do trabalho integrado e multiprofissional.

A efetivação da ESF no contexto do interior da Amazônia, independente das peculiaridades regionais, é de suma importância em razão do direito de acesso a prestação de serviços de saúde, pautados na universalidade, equidade e integralidade, panorama que implica em contradições com a exclusão social existente na região (2).

A ESF prima por reformulação das práticas em saúde para a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS). Baseado nos princípios da integralidade, equidade e universalidade. Foi criada com o enfoque nas ações de prevenção e promoção a saúde, em caráter integral e contínuo. As atividades da ESF são orientadas para a aproximação entre profissional e usuário, com vistas a um melhor atendimento e conseqüente satisfação das necessidades do usuário, em uma perspectiva ampliada de saúde. Preconiza a criação de vínculos de co-responsabilidade, mediando a relação comunidade/equipe de saúde, buscando melhor resolatividade (identificação, atendimento e acompanhamento) dos problemas de saúde da população adscrita (3).

A ESF tem uma lógica na contra-mão do modelo biomédico, tecnicista e hospitalocêntrico, uma vez que este enfoque tradicional não supre as necessidades em saúde da população diante dos princípios garantidos pela constituição nacional (4). Outra característica que torna a ESF como principal modelo de atenção no SUS é que o modelo flexneriano/biomédico, não dá a devida importância aos aspectos sociais, psicológicos e comportamentais dos usuários do sistema de saúde, enfocando apenas no fenômeno biológico.

Faz-se necessário que a ESF possa avaliar o estado de saúde do usuário de maneira ampla, evitando a idéia de que o usuário adquira o bem-estar pela simples ausência de doença.

O trabalho multiprofissional é um dos pilares desta nova proposta de atenção em saúde, considerando que os profissionais realizem suas ações de maneira integrada, com uma mútua cooperação, trocando experiências, de forma que cada profissional não se isole em seu campo de competência. Os profissionais devem realizar as ações com enfoque no processo de trabalho coletivo, em que haja a contribuição das diferentes áreas de conhecimento, para que se possa realizar um atendimento ao usuário com uma visão além da individual e clínica (5).

Na organização do trabalho na ESF, insere-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), com a função fundamental de aproximar usuários e a equipe (6). Além da ESF, o ACS atua também no Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), de forma que, em ambos, tem o papel de facilitar a criação do vínculo entre usuários e profissionais da equipe, por atuar na comunidade onde reside. Entre suas atribuições destacam-se as ações de orientação às famílias, identificação de situações de risco, encaminhamento aos outros profissionais da equipe, quando necessário.

Neste ínterim, torna-se fundamental uma formação que o prepare para atuação de acordo com o novo modelo de atenção a saúde, conforme preconizado para o SUS de fato. Nascimento & Correa (7) consideram a formação do ACS como um dos principais fatores de suporte para a prática de suas ações.

O presente artigo tem como objetivo investigar a atuação do ACS em um contexto do interior da Amazônia Brasileira, nos aspectos de sua formação bem como outros que interferem em sua prática cotidiana na ESF.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de pesquisa empírica, utilizando metodologia qualitativa, que permite a compreensão de um fenômeno em suas origens, manifestações e razão de ser, segundo a perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, incorporando significado e intenção aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas como construções humanas significativas (8), abarcando aspectos da realidade que escapam a simples quantificações e extrapolações (8,9). Trata-se de uma metodologia que abarca aspectos da realidade que escapam a simples quantificação e extrapolações, características da ciência positivista (10). As pesquisas qualitativas indicam a procura essencial pela natureza dos fatos (10).

Para coleta das informações, utilizou-se da técnica de grupo focal (GF) e da Entrevista Individual (EI) (8,11). Além do moderador, houve um segundo pesquisador no papel de observador. Ao término de todos os GF, com duração média de uma hora e meia, ambos se reuniram para discutir impressões. As questões norteadoras trabalharam a formação do ACS, a percepção sobre o que é a profissão, a atuação do profissional nos diversos níveis de atenção à Saúde e o trabalho em equipe multiprofissional. Para as EI, foram entrevistados todos os ACS integrantes do GF. Todas as informações foram registradas através de gravação com fita magnética.

O material foi tratado por dois pesquisadores, de maneira independente entre si, para garantir rigorosidade metodológica. Na análise adotou-se a perspectiva hermenêutica dialética, reflexão que se funda na práxis e da busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade (8,9). As etapas do tratamento seguiram o preconizado na literatura, partindo da leitura exhaustiva de todo o conteúdo, interpretação e busca por categorias (hermenêutica), seguida da reflexão crítico histórica dos contextos e contradições nestes (dialética). Ao término do processo, os

dois pesquisadores junto a um terceiro, finalizaram a análise buscando convergências e divergências.

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades poderiam modificar o funcionamento da atenção primária. Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas (12). Parintins é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função do 'Festival Folclórico do Boi', evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana (12). Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana (12). São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353 km, 315km, 70km e 852km (12).

Foram critérios de inclusão: ser ACS em unidades da ESF dos municípios selecionados; declarar anuência formal em participar da pesquisa, através de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Participaram 114 ACS dos quatro municípios investigados, sendo realizados 19 GF e 114 EI.

Os entrevistados foram recrutados individualmente, através do contato com um dos pesquisadores em seus serviços. Todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecidos, em duas vias. Ressalta-se que o presente estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo

seres humanos com base a partir da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - Projeto “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Protocolo ético 121/2009), fomentado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo CNPq 470165/2008-1).

RESULTADOS

Os ACS transmitem que o processo de formação para se tornar este profissional envolve conhecimentos próprios da realidade na comunidade em que irão atuar até os saberes formais do campo da saúde, de sua capacitação profissional. O conhecimento sobre a comunidade é apontado como fundamental para realização das atribuições do ACS, visto que o vínculo entre ACS e comunidade será estabelecido com maior facilidade.

Porque pra gente fazer um serviço de agente de saúde a gente tem que morar no bairro. Ter um conhecimento da área da onde agente mora.
(ACS_Coari_25)

Outro fator importante que contribui para sua formação, o aprendizado com as experiências dos profissionais mais antigos, sendo estes profissionais ACS ou enfermeiros. Destaca-se em parte dos depoimentos que os ACS mais antigos iniciaram suas atividades sem qualquer capacitação, adquirido-a na realização de suas atribuições, orientados por seus colegas. Entretanto, atualmente é realizado um curso de ACS, onde estes recebem treinamento para realizar suas atividades.

Mas assim, quando eu entrei não tinha nada, quem me ensinou foi meus colegas de trabalho.

(ACS_Manacapuru_11)

Não teve capacitação, agora que ta tendo!!! Agora que ta tendo um curso de ACS no município!

(ACS_São Gabriel_02)

Todos nós que entramos, fomos treinados e agora é o próprio Secretario de Saúde que dá treinamento pros ACS novatos.

(GrupoFocal_Parintins_3)

Em relação ao conteúdo das capacitações que são realizadas, afirmam que se referem às doenças, como também aos programas desenvolvidos na ESF. A educação permanente destes profissionais é fundamental para que possam atuar de maneira adequada na execução de suas atribuições, no entanto ela não ocorre, a não ser para endemias.

Agente sempre faz curso, conforme os programas que vêm. Aleitamento, malária, sempre faz um curso pra qualificar agente. (ACS_Coari_14)

Agente tem curso de malária, de dengue, de coisas assim. (GrupoFocal_SãoGabriel_04)

Alguns entrevistados revelaram que o ingresso na carreira foi através de seleção pública, por provas. No entanto, os ACS aprovados foram admitidos por contrato de prestação de serviços, não havendo vínculo estável.

Eu, logo que eu entrei fiz uma prova. Era muitos candidatos pra fazer uma prova. A gente fez a prova, respondia tudo ai, vi e meu nome tava lá. Aí pensei que essa prova era um concurso pra entrar, mas assim pra ficar efetivo, mas era só contrato mesmo. (Grupo_Focal_Coari_02).

Os ACS declararam ter afinidade com a profissão, pelo fato haver certa satisfação pessoal. O vínculo estabelecido com a comunidade é muito bem visto pelos ACS, que se demonstram satisfeitos por poder ajudar a população.

Eu sempre gostei de trabalhar na comunidade... antes de trabalhar, eu já fazia alguma coisa, eu fazia trabalho com a pastoral da criança, mas isso faz tempo! Eu trabalhei na escola, e eu sempre gostei de trabalhar com o povo. (ACS_Manacapuru_22).

Porque eu gosto do trabalho. Gosto de ajudar as pessoas também, gosto de ir nas casas ajudar. Porque eu fiquei um tempo afastada e Deus me

livre! Senti falta porque eu gosto muito do meu trabalho, do que eu faço. (ACS_SãoGabriel_12).

Os ACS se declaram conscientes da importância de seu trabalho, orientando as pessoas para que atividades preventivas, como também no encaminhamento dos pacientes quando necessário a ESF. Entretanto, pairam dúvidas se essa manifestação revela valorização dos ACS na ESF ou se aponta para uma sobrecarga na realização de atividades externas às unidades de saúde, sem a colaboração dos demais profissionais da equipe.

Porque a responsabilidade é maior!! São muitas famílias.... a gente tem cerca de 150 famílias. Casas se a gente for contar são mais de 400. Cada uma com problemas diferentes. A nossa visão é diminuir os casos de violência , agente ta orientando a população e quanto mais orientação, eles vão saber como se prevenir, como se tratar, se tiver uma febre acham que é normal, é só tomar remédio e agente tem que ta lá orientando, se não tiver bem vão pro posto de saúde ser atendido por profissionais e esse é o nosso trabalho, quanto mais agente ajuda essas pessoas, mais eles ficam informados. (Grupo_Focal_Parintins_02).

DISCUSSÃO

Investigando a literatura científica existente sobre o ACS, percebe-se a existência de um maior enfoque nos estudos sobre suas atribuições, deixando lacunas sobre este importante ator social na ESF, tais como a formação do ACS, da pertinência desta para a atuação na realidade onde o ACS irá atuar, se este profissional é preparado para atuar em equipe multiprofissional, se este aprende a lidar de forma adequada com os usuários e se inicia suas atividades na ESF apto a realizar suas funções conforme preconiza o SUS.

É fundamental que o ACS conheça muito bem a comunidade onde irá realizar suas funções, desta forma, a escolha de residentes da própria comunidade de atuação é indicado, devido a estes vivenciarem com os usuários um mesmo contexto social e cultural e em um mesmo universo lingüístico (13). Estabelece-se maior relação de confiança, permitindo que os usuários sintam-se mais à vontade para falar sobre as questões referentes a sua saúde (14). Nos quatro municípios investigados do contexto amazônico, este critério não orientou a seleção e o ingresso dos ACS na carreira.

O relacionamento interpessoal entre o ACS e os demais profissionais da ESF é fundamental para o desempenho do trabalho em equipe. Entretanto, há outra perspectiva relacionada a formação do ACS implicada nesta dimensão, vez que os ACS destacaram a existência de aprendizagem baseada nas experiências dos profissionais mais antigos da ESF, particularmente ACS mais antigos na função ou enfermeiros. O enfermeiro historicamente desempenha função gerencial destes profissionais, tanto na supervisão como na formação (15).

No entanto, deve se questionar a falta de participação efetiva dos demais profissionais da ESF no âmbito deste processo de construção de saberes, uma vez que o trabalho em Saúde da Família pauta-se teoricamente na integração e cooperação entre os profissionais, ponto fundamental ao pleno desenvolvimento da

estratégia. Moretti-Pires et al (16) levantaram que, apesar de os odontólogos admitirem a potencialidade dos ACS para as ações de saúde bucal, não promovem ações que operacionalizem esta potencialidade, em franca falta de integração e cooperação de parte dos profissionais para com o ACS, em um quadro de sub-aproveitamento do recurso humano, além dos prejuízos ao trabalho em equipe. Em grande medida, esta falta de integração refere-se à formação acadêmica dos profissionais de nível superior, que não os prepara para o trabalho multi profissional, mas sim em uma lógica fragmentada e especializada, em que os cursos de Saúde não apresentam disciplinas de trabalho e objeto comum. Também o trabalho do ACS não é tema construído nos cursos de graduação (17).

Apesar da importância do aprendizado com os mais experientes, há que se ressaltar que os ACS ao iniciarem suas atividades na ESF dependendo desta modalidade de ensino e não de qualquer capacitação sistematizada, pode acarretar prejuízos ao desenvolvimento das atividades em Saúde da Família conforme preconizadas. A implicação deste 'modelo de aprendizagem' deveria ser de prioritária atenção dos Gestores, uma vez que o ACS representa o principal elo entre a comunidade e a equipe (18). A falta de preparo formal e sistemático dos ACS para iniciar suas atividades foi observada também no estudo de Gomes et al (19), em que cerca metade dos entrevistados não receberam orientações antes do iniciar o trabalho.

Outra questão importante nesta problemática é o foco das capacitações na doença e nas endemias regionais. O ACS desempenha um papel de articulador entre os saberes de saúde e a realidade sócio-cultural da comunidade, além de um orientador sobre saúde para esta. O foco em capacitações pautadas no modelo biomédico reduz o importante trabalho do ACS a alguém que tria e encaminha casos

aos profissionais de nível superior, em uma diversificação do modelo flexneriano/biomédico, distanciando-se do que é preconizado para a ESF.

Após iniciarem suas atividades os ACS, assim como os demais profissionais, deveriam estar inseridos em educação permanente, qualificando-se nas necessidades da comunidade onde atuam, não apenas biológicas. A qualificação constante do ACS promove um aumento na sua capacidade de resolução dos problemas em saúde, o que facilita sua inserção na comunidade onde atua, devido a uma maior confiança dos usuários (21).

Um ponto fundamental da qualificação dos ACS que não emergiu nas entrevistas, é a necessidade de se desenvolver competências sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença, como a capacidade de trabalhar em equipe, a comunicação que é de suma importância para o ACS manter uma boa relação com a comunidade, bem como a identificação de suas necessidades (22).

Outro silêncio refere-se à questão de saúde indígena, enquanto formação específica. A discussão desta temática é de suma importância, considerando que os municípios envolvidos no estudo estão inseridos em áreas que apresenta significativa população indígena, com destaque para São Gabriel da Cachoeira. Este indício reforça a ausência de formação pautada na realidade local, já que o atendimento aos povos indígenas é revestido de inúmeras peculiaridades culturais. O sistema de saúde não garante este enfoque, contando com a boa vontade e conhecimentos pregressos dos ACS para abordagem desta temática. Lira & Moretti-Pires (23) defendem que a realidade e o contexto social das famílias não fazem parte do enfoque da ESF, que prioriza ações de caráter voltado para a doença. Alternativas a este enfoque existem, a exemplo do que é trazido por Garnelo *et al* (24), em uma proposta norteada pelas peculiaridades das próprias comunidades indígenas na capacitação de ACS.

Em relação ao ingresso na carreira profissional, o estabelecimento do vínculo empregatício pode ocorrer de diversas formas, desde concursos públicos a contratos temporários e informais. No presente estudo emergiu a contratação temporária como a principal forma de vínculo do ACS com a ESF, o que pode ser considerado como um aspecto negativo já que esta forma de vínculo apresenta instabilidade. A contratação temporária também foi observada como principal forma de contrato por Girardi & Carvalho (25). A estabilidade trabalhista advinda de concurso público diminuiria a rotatividade destes profissionais, já que os contratos são por tempo determinado. Conforme Morosini et al (26) a desprecarização dos vínculos profissionais na área da saúde é um dos pontos importantes para melhoria do trabalho do ACS.

Os ACS entrevistados referem afinidades com esta profissão e suas atribuições, o que contribui no bom exercício das mesmas. O fato do ACS gostar de seu trabalho é imprescindível para que possa atender sua comunidade dentro dos princípios da ESF (27). Diferente dos achados de Saliba et al (28), os ACS no Amazonas compreenderam suas atribuições e não as tomam como penosas, mas sim as entendem como parte importante em suas vidas e nas vidas dos usuários da ESF.

Os dados que emergiram das entrevistas revela que os ACS e os demais colegas os consideram importante para a ESF. No entanto, esta importância atribuída ao ACS há que ser refletida, vez que pode revelar sobrecarga de atividades externas a Unidade de Saúde, e que deviam ser compartilhadas e co-realizadas entre todos os profissionais da equipe.

Nascimento & Correa (7) defendem que pelo não conhecimento das atividades específicas do ACS por parte dos outros profissionais, funções administrativas ficam para que o ACS realize. A sobrecarga de trabalho também pode ser explicada pela

falta de clara delimitação de suas atribuições, o encarregado de qualquer ação que deva ocorrer na comunidade e nas famílias (29). Novamente emerge a questão da adequação na formação dos profissionais de Saúde da Família, em especial do ACS, possibilitando clareza no desempenho das atividades na comunidade, tanto individuais como coletivas à equipe, quadro em que não haveria sobrecarga das partes.

CONCLUSÕES

A formação do ACS no contexto amazônico revela-se contraditória em relação às peculiaridades do trabalho na ESF.

Caracteriza-se por uma formação pouco sistematizada e, quando assim se configura, pauta-se na doença e nas endemias regionais, distante do enfoque de saúde ampliada e do conhecimento das características sócio-culturais.

Também o ACS foi revelado como um profissional que é desviado de sua função como elo entre profissionais e comunidade, para uma espécie de profissional intermediário nos aspectos de triagem e agendamento na ESF.

Os achados são similares a outros contextos do Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ranciaro MMMA. Andirá - memórias do cotidiano e representações sociais. Manaus, EDUA, 2004.
2. Temporão JG. Health Family, now more than never. Cienc Saúde Coletiva. 2009; 14(Suppl 1):1323.
3. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do Vínculo na Implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. Rev Esc. Enferm. 2009; 43(2):358-64.

4. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência . Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13(6):1027-34.
5. Silva IZQJ; Trad LAB. O Trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface - Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16):25-38.
6. Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os agentes comunitários de saúdes e os usuários do programa de saúde da família. Saúde Soc. 2004; 13(2):70-75.
7. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saúde Pública. 2008; 24(6):1308.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUBITEC/ABRASCO;1999.
9. Minayo MCS. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002.
10. Crotty M. The foundations of Social Research – meaning and perspective in the research process. London: Sage Publications; 2003.
11. Morgan D. Focus Group as qualitative research. London: Sage Publications; 1997.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php>. Acesso em 10 de janeiro de 2010.
13. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002; 18(6):1642.
14. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20(1):198.

15. Villas Boas LMFM, Araujo MBS, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1357.
16. Moretti-Pires RO, Lopes Neto F, Lopes JB, Bueno SMV. O conhecimento dos agente comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no PSF. *Ciênc Cuidados Saúde*. 2007; 6(3):331.
17. Moretti-Pires RO, Campos DA. Equipe multiprofissional em Saúde da Família – do documental ao empírico no interior da Amazônia. *Rev Bras Educ Med*. 2010.(No prelo).
18. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1): 259-268.
19. Gomes KDO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre S M, Batista RS. A práxis do Agente Comunitário de Saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc*. 2009; 8(4):750.
20. Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis*. 2007; 17(3):465-484.
21. Melo MB, Brant LC, Oliveira L A, Santos A P C. Qualificação de agentes comunitários de saúde: instrumento de inclusão social. *Trab Educ Saúde*. 2009; 7(3):468.
22. Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2007; 11(23):440.
23. Lira KS, Moretti-Pires RO. Agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem na estratégia de saúde da família frente a temática do uso de álcool em um contexto amazônico. *Rev Espaço Saúde*. 2009; 11(1):29.

24. Garnelo L, Rocha E, Peiter P, Sampaio S, Santos E, Pontes AL, Stauffer A
Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde. *Trab. Educ. Saúde.*
2009; 7(2):373-385.
25. Girardi SN, Carvalho CL. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados
em saúde no Brasil. *Formação.* 2002; 2(6):15-35.
26. Morosini MV, Corbo AD, Guimarães CC. O agente comunitário de saúde no
âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da
formação profissional. *Rev Trab.Educ Saúde.* 2007; 5(2):261-280.
27. Silva JAD, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os
desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde.
Interface - Comunic Saúde Educ. 2002; 6(10):86.
28. Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho MR. Agente Comunitário de
Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. *Ciênc Saúde
Coletiva.* 2008 (No prelo)
29. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”.
Interface - Comunic Saúde Educ. 2002; 6(10):86.