

ORIGINALES

El papel de los agentes comunitarios en las reuniones de los equipos de salud familiar de Belo Horizonte (Brasil), según su cualificación en los cuidados del anciano frágil

Mônica de Assis Fontes Silva. Ayuntamiento de Belo Horizonte-Minas Gerais (Brasil).

Karla Cristina Giacomini. Ayuntamiento de Belo Horizonte-Minas Gerais (Brasil).

Ana Carolina Diniz Oliveira. Ayuntamiento de Belo Horizonte-Minas Gerais (Brasil).

Ignacio Sierra Maynar. CS El Progreso. Badajoz.

Pilar Montero de Espinosa. CS El Progreso. Badajoz.

Elizabeth Costa Dias. Facultad de Medicina. Universidad Federal de Minas Gerais (Brasil).

Para contactar:

Mônica de Assis Fontes Silva: monicaassis@hotmail.com

RESUMEN

Introducción. En Brasil, el agente comunitario de salud es un miembro de la comunidad que asume un importante papel mediador de las demandas y necesidades de la población junto a los equipos de salud familiar.

Objetivo. Analizar la actuación del agente cualificado para el Proyecto de Cualificación en el Cuidado del Anciano Frágil.

Métodos. Estudio descriptivo y exploratorio, con abordaje cualitativo, sobre la actuación del agente en relación con el cuidado de la población de su área de inclusión, a partir del análisis documental de textos legales orientados a la actuación de los agentes y de los registros de las reuniones de los equipos. La muestra fue compuesta por dos conjuntos de unidades básicas de salud conforme a la aplicación de grupos de cuidadores de ancianos definidos en el proyecto. Fueron sorteadas aleatoriamente 48 unidades básicas de salud para analizar las actas de reuniones. La investigación era ciega en cuanto a la capacidad del agente.

Resultados. Se analizaron los registros de 264 reuniones de 47 equipos, con la participación de 250 profesionales, siendo 130 (52,5%) agentes. Fueron identificados 4.129 temas tratados. En las unidades básicas de salud que realizaron grupos de cuidadores, los agentes se mostraron más sensibles con el cuidado de la persona frágil.

Conclusión. La inversión en educación de los agentes fue positiva, pues cuando capacitado, su visión ha sido más amplia sobre los problemas de la comunidad.

Palabras clave: agentes comunitarios de salud, educación en salud, estrategia de salud familiar.

THE ROLE OF COMMUNITY AGENTS IN THE MEETINGS OF FAMILY HEALTH TEAMS OF BELO HORIZONTE – BRAZIL, ACCORDING TO THEIR QUALIFICATION IN THE CARE OF THE FRAIL ELDERLY PATIENT

Abstract

Introduction. In Brazil, community health workers are members of the community that assume this important role as mediator of the demands and needs of the population together with family health teams.

Objective: To investigate the performance of community health workers trained for the Qualification Project in the care of the frail elderly patient.

Methods: Descriptive and exploratory study, with a qualitative approach on the performance of community health workers in relation to care of the population of their inclusion area, from documentary analysis of legal texts geared towards the action of community health workers and the registries of family health team meetings. The sample was comprised of two sets of basic health units according to the application of elderly caregiver groups defined in the Project. A total of 48 basic healthcare units were randomly drawn to analyse the minutes of meetings. The investigation was blind as to the agent's ability.

Results: The records of 264 meetings from 47 teams, with the participation of 250 professionals, were analysed; 130 (52.5%) of them were community health workers. A total of 4129 topics were identified. In the basic health units made up of caregiver groups, community health workers proved to be more sensitive to care of the frail person.

Conclusion: Investment in community health worker education was positive. When trained, they had a broader viewpoint about community problems.

Keywords: community health workers, family health strategy, health education.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud reconoce y recomienda que la Atención Primaria de Salud (APS) sea el principal motor del sistema de salud. La APS debe solucionar el 85% de los problemas de salud de la población por medio de acciones que mejoran la salud de los individuos, de las familias y de la comunidad^{1,2}.

La actuación del profesional cualificado puede traer reflejos positivos en el autocuidado, la calidad asistencial y la condición de salud de la población^{3,4}. En un estudio que analizó las actividades comunitarias en nueve centros de salud de Catalunya (España), el profesional que más actuaba en actividades

comunitarias era el de enfermería⁵. El modelo de participación comunitaria desarrollado por el Centro de Salud El Progreso, en Badajoz (Extremadura), ejemplifica la importancia de hacer un diagnóstico comunitario para conocer el estado de salud y sus determinantes, crear instrumentos para el abordaje de los diferentes problemas y necesidades y buscar soluciones como acciones intersectoriales, teniendo como objetivo la equidad⁶.

En Brasil, el agente comunitario de salud (ACS) es un miembro de la comunidad que asume el importante papel de mediador de las demandas y necesidades de la población junto a los equipos de salud familiar (SF) de las unidades básicas de salud (UBS). El ACS, según el Ministerio de Salud, es la mayor categoría profesional del Sistema Único de Salud (SUS), que actúa en contextos socioculturales muy diversos⁷.

Originalmente, se exigía a los ACS poseer habilidades pedagógicas, de liderazgo y movilización comunitaria⁸. Con la regulación de la profesión, se pedía como requisitos: residir en la comunidad donde actualmente ha concluido su formación fundamental y la cualificación básica para la formación de ACS⁹. También son sus atribuciones: a) la mediación entre el servicio de salud y la comunidad; b) el acompañamiento y orientación de las familias adscritas; c) el traspaso de información de salud a la población; d) la promoción de la salud; e) la prevención de enfermedades y agravamientos; f) la vigilancia de la salud, y g) acciones educativas individuales y colectivas, en domicilios y en la comunidad, de acuerdo con la estrategia de salud familiar (ESF)¹⁰.

La ESF establece que los equipos de SF deben actuar centrados en la familia, con enfoque individual y colectivo, junto a la población territorialmente definida, una media con cerca de 4.000 habitantes, siendo la composición mínima: especialista en medicina, en enfermería, personal técnico de salud y de cuatro a seis ACS que trabajan a tiempo completo. Dentro de las rutinas de trabajo de esos equipos garantizadas por la gestión, está la realización de reuniones periódicas para ver la evolución, intercambio de experiencias y discusión de casos, cuyas actas deben ser registradas para facilitar el posterior análisis y ajustar la definición de estrategias de intervención, con el objetivo de mejorar el proceso de trabajo y la coordinación del cuidado¹⁰.

Por tanto, es fundamental invertir en la educación de la salud de todos los profesionales. En ese sentido, en Belo Horizonte (BH)-Minas Gerais (MG) se desarrolla desde 2009 el Proyecto Cualificación de los Cuidados del Anciano Frágil (Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil, PQCIF)¹¹, que cualifica a todos los equipos de SF para el cuidado de la salud de los ancianos y promueve la creación de grupos de cuidadores familiares de ancianos en las UBS.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es analizar el papel de los agentes comunitarios registrado en las actas de las reuniones de los equipos de salud familiar y contrastarlo con su participación en el proyecto cualificación en los cuidados del anciano frágil.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, con abordaje cualitativo sobre la participación de los ACS en el cuidado de la población de su área de residencia, y que se basa en las reuniones de los equipos de SF, a partir del análisis documental acerca de las atribuciones de los ACS y los registros de actas de las reuniones de los equipos.

El guion para la recogida de datos se elaboró tomando como base la política nacional de atención básica (PNAB)¹⁰ y las prescripciones sobre la actuación del ACS contenidas en la Guía del docente-Cualificación profesional: agente comunitario de salud. Unidad 1: el agente comunitario de salud y el SUS¹².

La ciudad posee cerca de 2,5 millones de habitantes¹³, distribuidos en nueve distritos sanitarios (DS) que engloban todos los servicios de salud prestados a la población sobre su responsabilidad. El territorio de cada DS se divide en áreas de residencia de las UBS, las cuales se subdividen en las respectivas áreas de actuación de los equipos y en sus microáreas, determinadas como un conjunto de viviendas de responsabilidad de los ACS¹¹. Actualmente, el municipio cuenta con 2.700 puestos de ACS¹⁴ vinculados a 588 equipos de SF distribuidos en las 152 UBS.

Primeramente, se buscó identificar las actividades desarrolladas por los equipos SF destinados a la población mayor en el área adscrita en el municipio de BH. Después, para crearse un patrón y lograr un mayor dominio de los mecanismos, se realizó un pretest junto a tres equipos de SF de dos UBS no contemplados en la muestra del estudio para adecuar el instrumento de recogida de datos y posibilitar crearse la matriz categórica. Después de testado, se verificó que no hubo necesidad de ajustar el instrumento probado.

Para componer la muestra de este estudio, las UBS fueron distribuidas en dos conjuntos, conforme a la implementación de grupos de cuidadores de ancianos definidos en PQCIF, en el período de 1 de marzo-31 de mayo de 2014: del total de 147, 104 UBS realizaron grupos y 43 no lo hicieron. Se procedió a un sorteo aleatorio de 24 UBS en cada uno de los conjuntos, que representa 48 UBS (30,57% del total de UBS del municipio). La muestra final fue compuesta por 48 UBS y 47 equipos de SF.

En cada UBS seleccionada se contactó con el gerente o con otra persona indicada por él y se realizó el sorteo de un equipo de SF con ayuda de uno de ellos. En caso de algún impedimento para la utilización de los registros de ese equipo, se procedió a sortear otro equipo en la misma unidad.

Fueron considerados criterios de inclusión: 1) poseer el libro de actas disponible en el momento en que el buscador estaba en UBS; 2) el archivo de las actas de las reuniones de equipo debe incluir el período definido para el análisis; 3) las actas deben tener registros legibles para la comprensión correcta de los mismos; 4) las fechas y el número de participantes en las reuniones deben estar identificadas.

Los libros de registros de actas de reunión de los equipos fueron, integralmente, leídos por el investigador principal. Los datos relativos a las actas del período seleccionado fueron recogidos y analizados entre los meses de octubre de 2014 y enero de 2015. Fue posible verificar las periodicidades y el número de reuniones del equipo en actas manuscritas y digitalizadas. En el momento de la recogida, el investigador desconocía si el ACS había o no participado en PQCIF.

Después de la elección de la UBS y del examen del libro de registro, el instrumento era aplicado conforme al siguiente método:

1. Lectura minuciosa de las actas de las reuniones de las ESF elegidas.
2. Relleno de la matriz categórica de los ACS. Todos los asuntos tratados en cada reunión por los equipos fueron identificados, codificados y consolidados. Esta etapa permitió identificar los temas tratados en las reuniones y el profesional que dirigió (el ACS u otro miembro del equipo).
3. Búsqueda de los datos personales de los funcionarios que aportaran lo(s) tema(s) para las reuniones.
4. Identificación del ACS en cuanto a área de actuación (distrito sanitario; nombre de la UBS; equipo de salud al que pertenece; número de ACS en el equipo); datos sociodemográficos (edad; sexo; tiempo trabajado como ACS en el ayuntamiento de Belo Horizonte (PBH)).
5. Para preservar las identidades, los ACS fueron codificados, seguidos del número correspondiente a la orden de los equipos y UBS investigadas. Posteriormente, se verificó la participación de los ACS identificados en el PQCIF (sí o no).

Teniendo en cuenta que el número de reuniones varió entre los equipos, la comparación entre los ACS participantes y no participantes del PQCIF se hizo a partir de por lo menos una muestra de cada uno de los temas investigados, independientemente del número de reuniones realizadas.

Los datos obtenidos a partir de la guía de análisis documental se organizaron en un banco de datos propio sobre la responsabilidad del investigador, que

utilizó el *software* Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version (SPSS), versión 18.0 para los procedimientos estadísticos de análisis.

El estudio integra el proyecto «Estudio del proceso de desarrollo del proyecto Cualificación del Cuidado al Anciano Frágil en BH-MG», aprobado por los Comités de Ética en Investigación y por la Universidad Federal de Minas Gerais el 23 de septiembre de 2014, así como por la Secretaria Municipal de Salud del Ayuntamiento Municipal de BH el 17 de octubre de 14, CAAE: 32588214.7.3001.5140.

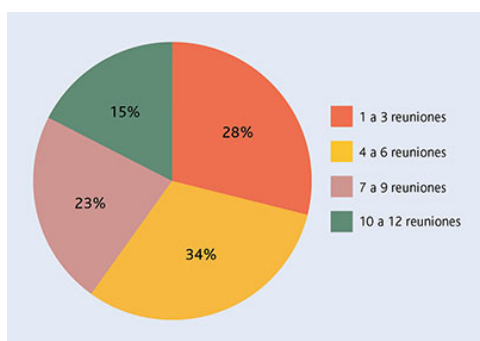
RESULTADOS

En una de las unidades seleccionadas no se encontró ningún registro de las reuniones de sus equipos, lo que invalidó la recogida de datos en ese local. En 15 UBS (31,25%) fue necesario efectuar más de una selección porque las actas del equipo sorteado no estaban disponibles en el momento de la recogida.

El número de equipos de SF en las UBS varió de uno a ocho, siendo más frecuentes unidades con tres y cuatro equipos investigados. Participaron en las reuniones 250 profesionales, siendo 130 ACS (52%), 97% de ellos, mujeres. En los equipos investigados, el número de ACS varió de dos a seis, pero la mayoría tenía cuatro. Los ACS tenían de 20 a 69 años, con una media de edad de $43,7 \pm 9,6$ años, 67,7% tenían entre 30 y 49 años, siendo el grupo de edad de 30-39 años el más frecuente (36,2%). El tiempo de trabajo como ACS varió de 2 a 14 años, con promedio de $6,5 \pm 3,1$ años, de los que el 55,4% trabajaba en la PBH hacía 6 años.

Fueron encontrados y analizados los registros de 264 reuniones en BH-MG, variando de 1 a 12 reuniones por equipo, tal y como muestra la [figura 1](#).

Figura 1. Reuniones por equipos de salud familiar durante el período de 1 de marzo-31 de mayo de 2014



En las UBS investigadas, las reuniones se celebraron con periodicidades diferentes: semanalmente (15%), quincenalmente (57%) y mensualmente (28%). La casi totalidad de las actas eran manuscritas; solo dos presentaron parte manuscrita y parte digitalizada.

Los temas encontrados en las actas con sus respectivos porcentajes aparecen en la [tabla 1](#). El más frecuente es la «programación en general», seguido de «usuario poco definido» cuando los datos del usuario estaban incompletos (sin fecha de nacimiento, sexo, edad, etc.).

Tabla 1. Distribución de la frecuencia de temas identificados en las actas, según los profesionales que participaron en las reuniones de equipos de salud familiar realizadas entre 1 de mayo de 2014 en Belo Horizonte-Minas Gerais

| TEMAS | Enfermero/a | ACS | Médico/a | Técnico/a de salud | Asistente social | Dentista | Gerente | ACE | Nutricionista | Farmacéutico/a | Fisioterapeuta | Sector administrativo |
|-----------------------------|-------------|-----|----------|--------------------|------------------|----------|---------|-----|---------------|----------------|----------------|-----------------------|
| Programación en general | 664 | 149 | 79 | 40 | 12 | 7 | 5 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Aspectos administrativos | 299 | 55 | 21 | 39 | 0 | 2 | 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Registros | 99 | 26 | 5 | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Faltas a las citas/exámenes | 91 | 36 | 5 | 4 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Medicamentos | 62 | 34 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Nutrición | 18 | 7 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Salud bucal | 16 | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Salud de los niños/as | 72 | 46 | 5 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Salud de la mujer | 133 | 59 | 7 | 8 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Salud del adolescente | 20 | 2 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Salud del adulto | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Salud del paciente | 34 | 23 | 14 | 2 | 3 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------|------------------|-----------------|----------------------|----------------------|---------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|
| Salud mental | 67 | 37 | 11 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Usuario poco definido | 347 | 257 | 76 | 24 | 13 | 5 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Vigilancia de salud | 352 | 137 | 43 | 27 | 8 | 10 | 7 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Violencia | 17 | 14 | 6 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Zoonosis | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Otros | 199 | 106 | 21 | 10 | 2 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL (%) | 2.499 (60,52) | 995 (24,10) | 312 (7,56) | 171 (4,1) | 52 (1,3) | 40 (0,97) | 39 (0,95) | 8 (0,19) | 6 (0,15) | 5 (0,12) | 1 (0,002) | 1 (0,002) |

ACE: agente de control de endemias; ACS: agente comunitario de salud.

Los temas de carácter administrativo (programación de citas y procedimientos, discusiones sobre hoja de puntos, vacaciones, faltas al trabajo y justificantes médicos) aportados por miembros de equipo, registros y relatos de faltas a citas y/o exámenes predominaron, seguidos de usuario poco definido y temas relativos a la vigilancia de la salud.

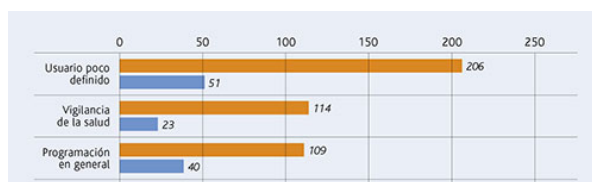
En las actas, por orden descendente, los profesionales más citados fueron: de enfermería, ACS, especialistas en medicina, personal técnico de salud, asistente social, dentista, gerente, agentes de control de endemias, de farmacia, nutricionista, personal funcionario de la parte administrativa, fisioterapeuta. La distribución de esos profesionales conforme a la participación o no en el PQCIF puede verse en la [tabla 2](#).

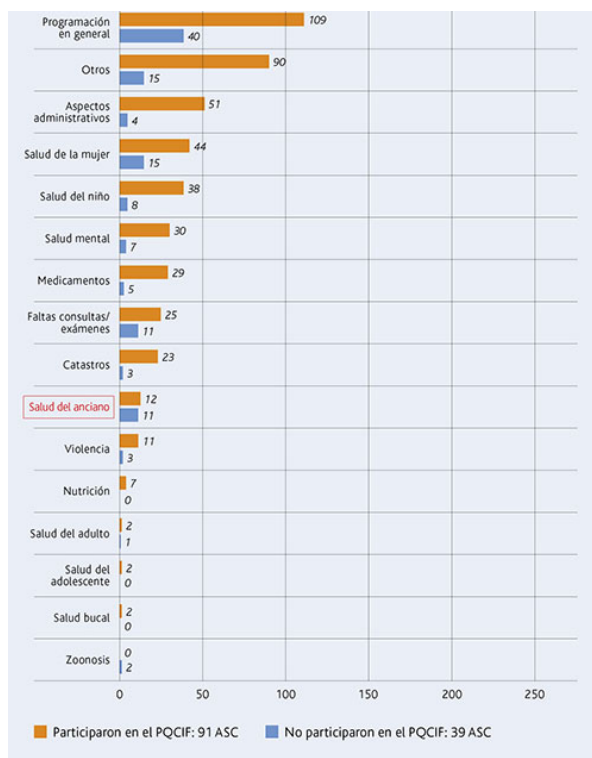
Tabla 2. Distribución de los profesionales identificados en las actas de los equipos de salud familiar según su participación en el proyecto Cualificación del Cuidado al Anciano Frágil, en las reuniones realizadas entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2014, en Belo Horizonte-Minas Gerais

| PROFESIONAL | Participación en el proyecto | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------|
| | SÍ N (%) | NO N (%) |
| Enfermero/a | 19 (15,2) | 35 (28,0) |
| Agente comunitario de salud | 92 (73,6) | 38 (30,4) |
| Técnico/a de salud | 8 (6,4) | 11 (8,8) |
| Médico/a | 0 (0,0) | 19 (15,2) |
| Asistente social | 4 (3,2) | 3 (2,4) |
| Gerente | 1 (0,8) | 5 (4,0) |
| Dentista | 1 (0,8) | 5 (4,0) |
| Farmacéutico/a | 0 (0,0) | 2 (1,6) |
| Fisioterapeuta | 0 (0,0) | 1 (0,8) |
| Nutricionista | 0 (0,0) | 2 (1,6) |
| Agente de control de endemias | 0 (0,0) | 3 (2,4) |
| Sector administrativo | 0 (0,0) | 1 (0,8) |
| TOTAL | 125 (100) | 125 (100) |

Los temas incluidos por el ACS en las reuniones, según la cualificación o no por el PQCIF, fueron distribuidos conforme se indica en la [figura 2](#).

Figura 2. Temas que los agentes comunitarios de salud participantes y no participantes en el Proyecto Cualificación del Cuidado del Anciano Frágil propusieron en las reuniones realizadas entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2014 en Belo Horizonte-Minas Gerais





ACS: agentes comunitarios de salud; PQCIF: Proyecto de Cualificación del Cuidado del Anciano Frágil.

Los temas más abordados en las reuniones por los ACS fueron: usuario poco definido, vigilancia en la salud y programación general, mientras los menos abordados fueron: salud del adolescente, salud bucal y zoonosis.

Los 23 temas relativos a la salud del anciano han sido llevados a las reuniones de equipo por 16 ACS, de los cuales 12 han participado en el PQCIF. Además, 9 de los 16 ACS que llevaron estos temas actuaban en las UBS formando grupos con cuidadores de ancianos que han sido promocionados por el proyecto.

DISCUSIÓN

En el presente estudio llama la atención que, en las UBS investigadas, las reuniones eran mayoritariamente quincenales y los temas más abordados (57,1%) de carácter administrativo y de cuestiones relativas a un usuario poco definido. De todos modos, la gran participación de los ACS en la proposición de todos los temas identificados en las actas refleja su importante papel en el equipo¹⁵.

Algunos autores¹⁶ discuten que, aun favoreciendo el acceso de la población a los servicios de salud y la mejoría del servicio prestado, el acompañamiento de las familias puede salir perjudicado si el enfoque de la actuación de los ACS se queda centrado en acciones curativas, asistenciales, guiadas por programas preestablecidos. Esa respuesta preconcebida puede dificultar el reconocimiento de las necesidades reales de salud de la población¹⁷.

A su vez, en ninguno de los registros analizados fue posible identificar la implicación de los ACS en el planteamiento de acciones de los equipos, lo que reforzó la impresión de que es necesario dialogar más con esos actores para romper con el carácter vertical del planteamiento y de la gestión, todavía predominante en el servicio, y así fortalecer la dimensión política de trabajo de esos profesionales¹⁸.

En ese sentido, los resultados corroboran el estudio de Imbrizzi y sus colaboradores¹⁹, según el cual los ACS se quejan de funcionar como meros recogedores de firmas de usuarios en la plantilla de visitas y/o entregadores de remedios y programación de exámenes y citas. Esas tareas burocráticas comprometen su ejercicio profesional.

Se debe notar que, en las UBS con mayor implicación en el PQCIF, los ACS fueron más sensibles no solo al cuidado del anciano, sino también al de los demás sujetos tratados. Eso confirma el estudio de Costa y sus colaboradores²⁰, según el cual los ACS que reciben preparación se sienten más dispuestos a actuar y presentan mayor participación en acciones comunitarias, evidenciándose que la cualificación profesional mejora en las prácticas de salud.

A pesar de eso, llama la atención la mínima inclusión en las reuniones de equipo de temas referentes principalmente a la salud del anciano y de los adolescentes, lo que tal vez refleje la fragilidad de las políticas y la carencia de recursos para esos públicos en las UBS, además de la insuficiente formación de todos los miembros de los equipos y de los gestores de los equipos de Atención Primaria.

Así, la acelerada e intensa transición demográfica y epidemiológica no ha sido suficiente para encauzar las acciones de los equipos y la alianza de recursos, con vistas al efectivo fortalecimiento de las redes de atención a lo largo de todo el ciclo de vida, principalmente de la población anciana, que está aumentando cada vez más a lo largo de los años²¹.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo investigó la actuación de los ACS en el cuidado a la persona anciana a partir de los registros de los equipos de SF: ACS capacitados que estaban más implicados con el PQCIF trajeron más cuestiones no solo de ancianos, sino también de la mayoría de los temas presentes en las reuniones de equipo. A pesar de eso, la persona anciana fue poco incluida y las cuestiones de carácter administrativo y burocrático ocuparon el lugar de la planificación y de la elaboración de estrategias intersectoriales y de contacto con la comunidad, papel esperado del ACS.

La invisibilidad de la población anciana puede surgir de prejuicios o tal vez del desconocimiento de lo que podría hacerse para conquistar un envejecimiento digno. Pero también denota que el modelo de cuidado de los equipos todavía se centra en las enfermedades. Es evidente la necesidad de promover

espacios de discusión en los cuales los ACS que comparten la misma realidad que la población asistida puedan discutir sus acciones y repensar constantemente su praxis de modo más eficiente y cualificado.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, URSS: The World Health Organization; 1978.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços tecnologia. Brasília: UNESCO-Ministério da Saúde; 2002.
3. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Sánchez CM, Gallego IG, Faura JS, García FA. Educación para la salud a través del proyecto web de un centro de salud urbano. Comunidad. 2016;18(3):8. Disponible en: <https://comunidadsemfyc.es/diario-comunitario-que-actividades-comunitarias-se-realizan-en-nueve-centros-de-atencion-primaria/>
5. Sánchez AC, Garro CM, Lizcano AMC, Jodar AA. Diario comunitario: ¿Qué actividades comunitarias se realizan en nueve centros de Atención Primaria? Comunidad. 2017;19(1):4.
6. Mariño IM, Encinas JG, Mariño MAM, López EF, Silva MG, Martín IM, et al. Análisis de la situación de salud. Zona de Salud El Progreso, Badajoz; 2014.
7. Ministério da Saúde. Credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
8. Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? Trab. Educ. Saúde. [Internet.] 2010;8(2):229-48. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000200004&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Ministério da Saúde. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Brasília: Ministério da Saúde-Departamento de Atenção Básica; 2012.
10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Distritos Sanitários. [Internet.] Belo Horizonte; 2018 [acceso: 31 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.htm>
12. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Qualificação profissional: agente comunitário de saúde: unidade 1: o agente comunitário de saúde e o SUS: guia do docente/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG; 2012.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [Internet.] Brasília: IBGE; 2017 [acceso: 3 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>.
14. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Lei Nº 9490, de 14 de janeiro de 2008. Cria os empregos públicos efetivos de agente comunitário de saúde e de agente de combate a endemias e dá outras providências. [Internet.] [Acceso: 31 de julio de 2018.] Disponible en: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2008/949/9490/lei-ordinaria-n-9490-2008-cria-os-empregos-publicos-efetivos-de-agente-comunitario-de-saude-e-de-agente-de-combate-a-endemias-i-e-ii-e-da-outras-providencias>
15. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saúde Pública. 2008;24:1304-13.
16. Gomes KO, Cotta RMM, Cherciglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. Saude Soc. 2009;18:744-55.
17. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família? Cien Saude Colet. 2011;16(Suppl. 1):1023-8.
18. Magalhães KA, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A visita domiciliar do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. Cien Saude Colet. 2015;20:3787-96.
19. Imbrizi JM, Aguiar FBT, Fajardo A, Hirata JHB, Kawagoe K, Miyaura AK. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. 2012;15:153-69.
20. Costa MS, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Cien Saude Colet. 2013;18(7):2147-56, 2013.
21. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016.

Fecha de recepción: 03 de enero de 2018 Fecha de aceptación: 19 de septiembre de 2018

Volver

El papel de los agentes comunitarios en las reuniones de los equipos de salud familiar de Belo Horizonte (Brasil), según su cualificación en los cuidados del anciano frágil *Mônica de Assis Fontes Silva, Karla Cristina Giacomini, Ana Carolina Diniz Oliveira, Ignacio Sierra Maynar, Pilar Montero de Espinosa y Elizabeth Costa Dias* Comunidad Noviembre 2018;20(3):3
ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar