

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
DIRETORIA DE ENSINO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DAIANE APARECIDA VOTRI CASTAGNETTI

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO ARTICULADOR DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM A COMUNIDADE**

**CRICIÚMA
2018**

DAIANE APARECIDA VOTRI CASTAGNETTI

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO ARTICULADOR DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM A COMUNIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientador(a): Profª Dra. Fabiane Ferraz

CRICIÚMA

2018

DAIANE APARECIDA VOTRI CASTAGNETTI

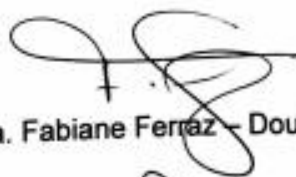
**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO
ARTICULADOR DA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA COM A
COMUNIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso,
aprovado pela Banca Examinadora para
obtenção do grau de Bacharel no Curso
de Graduação em Enfermagem, da
Universidade do Extremo Sul
Catarinense, com linha de Pesquisa em
Enfermagem regional.

Orientador(a): Profª Dra. Fabiane Ferraz

Criciúma, 06 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Profª Dra. Fabiane Ferraz – Doutora - Orientadora



Profª José Otávio Feltrin – Mestre – (UNESC)



Profª Susane Raquel Pavei – Mestre – (UNESC)

Aos meus pais Maria e Angelino, aos meus irmãos Éder e Lucas e as minhas filhas Taynara e Nayara.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado me abençoando e me dando forças nas horas difíceis para que eu pudesse concluir os meus objetivos.

Agradeço a minha mãe que por todos esses anos de estudo pode me compreender e ter paciência, ao meu Pai Angelino que me ajudou nos momentos difíceis do dia a dia, as minhas filhas Taynara e Nayara que sempre me apoiaram e compreenderam minhas falhas nos momentos que precisavam da minha presença.

Agradeço a minha colega Gabriela Nava que contribuiu para conclusão da pesquisa, me auxiliando em dicas sobre o trabalho. Agradeço também ao meu colega Diego Floriano de Souza que me auxiliou e contribuiu muito para a conclusão do trabalho, e aos bolsistas Rafaela, Thales e Allana que me auxiliaram na coleta dos dados. Enfim agradeço a todos pelo apoio recebido, que sem a contribuição de cada membro, talvez não obtivesse o sucesso alcançado.

Agradeço aos participantes da pesquisa, por aceitarem fazer parte do estudo.

Agradeço a todos os professores que contribuíram para que eu pudesse obter êxito na graduação.

Agradeço imensamente a minha orientadora Dra. Fabiane Ferraz, que me deu todo apoio, me auxiliou contribuindo de todas as formas com paciência. Certamente sem sua contribuição eu não teria conseguido concluir o trabalho.

Agradeço a minha colega Dyuliandri que também contribuiu para conclusão desse trabalho e pelos bons momentos que vivenciamos juntas.

Agradeço aos meus colegas que contribuíram de alguma forma em outros momentos da minha vida acadêmica.

A todos o meu muito obrigada!

Toda luta vale a pena quando a causa não é pequena”.

(G. da Luz)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Grau de escolaridade.....	32
Tabela 2: Faixa etária das participantes entrevistadas.....	32
Tabela 3: Tempo de trabalho como ACS.....	33
Tabela 4: Serviços disponibilizados na Unidade de Saúde (UBS) que atende bairro.....	33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABRASCO** Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ABS** Atenção Básica de Saúde
- ACS** Agente Comunitária de Saúde
- APS** Atenção Primária a Saúde
- CLS** Conselho Local de Saúde
- EPS** Educação Permanente em Saúde
- EFOS** Escola de Formação em Saúde
- ESF** Estratégia Saúde da Família
- eSF** Equipe de Saúde da Família
- INAMPS** Instituto Nacional De Assistência Médica Da Previdência Social
- NASF** Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- NASF-AB** Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
- PNAB** Política Nacional de Atenção Básica
- PSF** Programa Saúde da Família
- PACS** Programa de Agentes Comunitários em Saúde
- SMS** Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** Sistema Único de Saúde
- TCC** Trabalho de Conclusão de Curso
- TCLS** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS** Unidade Básica de Saúde
- UNESC** Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
1.2 QUESTÃO NORTEADORA	14
1.3 OBJETIVOS	14
1.3.1 Objetivo Geral	14
1.3.2 Objetivos Específicos.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	155
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	155
2.2 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	177
2.3 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	211
3 MÉTODO	266
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	266
3.2 LOCAL DO ESTUDO	266
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	266
3.3.1 Critério de inclusão	277
3.3.2 Critério de exclusão.....	277
3.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS.....	277
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	277
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	288
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	311
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	31
4.2 CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....	33
5. CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS.....	611
APÊNDICE A: ROTEIRO ENTREVISTA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	65
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	677
ANEXO A: APROVAÇÃO DO CEP.....	70

RESUMO

A Atenção Primária a Saúde (APS) visa garantir universalidade e integralidade na saúde e tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil. É de conhecimento que para a construção da APS precisamos de uma equipe qualificada para atuar na atenção básica com vistas a promoção em saúde, prevenção, recuperação e tratamento de agravos, garantindo uma saúde eficaz e de qualidade. O agente comunitário de saúde (ACS) é um ator importante para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois tem o papel de fortalecer a integração entre a equipe e a comunidade. O estudo tem por objetivo identificar junto ao ACS a percepção de sua atuação enquanto profissional como elo de ligação entre a ESF e a comunidade. Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva-exploratória. Após aprovação no Comitê de Ética, sob parecer n. 2.923.821, ocorreu a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A definição das participantes ocorreu por meio de sorteio, contemplando uma ACS em cada UBS (15) de um município de médio porte do Sul de Santa Catarina, sendo que por critério de saturação dos dados, a pesquisa contou com 10 participantes. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo, desenvolvida em três momentos: pré-análise, exploração do material; e, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os resultados expressam a caracterização das participantes, e estão apresentados em quatro categorias: 1) Processo de trabalho dos ACSs; 2) Sentimento em relação às atividades como ACS; 3) Relacionamento interpessoal do ACS com a equipe; 4) Ações educativas junto aos ACS. Conclui-se que as participantes desenvolvem o seu processo de trabalho de forma consciente, porém, atualmente não seguem a lógica da integralidade, devido à sobrecarga de trabalho imposta pelas diretrizes estabelecidas pela PNAB de 2017. Expressam que entre as facilidades para realizar o processo de trabalho está a utilização de dispositivos tecnológicos, como o *whatsapp* para comunicação com usuários, o vínculo com as famílias e a flexibilidade do horário. Entre as dificuldades referem a sobrecarga de trabalho, pois município ao implantar as prerrogativas da nova PNAB desligou um número significativo de ACS, logo, sentem-se sobrecarregadas, não conseguindo visitar o público alvo, quebrando o vínculo que haviam construído, e não conseguem criar um vínculo com as novas famílias por terem metas a cumprir. Em relação as atividades como ACS sente-se bem, contudo, sentem baixa valorização da gestão e, às vezes, da comunidade. Em geral possuem um bom relacionamento interpessoal com a equipe, porém, esporadicamente há dilemas éticos em relação há alguns membros da equipe, frente ao cuidado com o usuário. Em relação as ações educativas, fica como sugestão à SMS seguir desenvolvendo ações de EPS, sendo que essas podem ser estruturadas em conjunto (equipes de saúde e comunidade), para que haja um maior conhecimento das funções dos ACS. Sugerem a elaboração de um programa de valorização do profissional, com as atividades que visem o cuidado a saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Básica de Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) aims to guarantee universality and integrality in health and has the Family Health Strategy (FHS) as a priority for the reorientation of the healthcare model in Brazil. It is well known that for the construction of the PHC we need a qualified team to act in the basic attention with a view to promotion in health, prevention, recovery and treatment of diseases, guaranteeing an efficient and quality health. The community health agent (CHA) is an important actor for the Unified Health System (UHS), since it has the role of strengthening the integration between the team and the community. The study aims to identify with the CHA the perception of its performance as a professional as a link between the FHS and the community. Qualitative research, of the descriptive-exploratory type. After approval by the Ethics Committee, under opinion n. 2,923,821, data collection was performed through semi-structured interviews. The interviews were recorded and transcribed in full. The definition of the participants occurred by means of a lottery, contemplating an CHA in each FHS (15) of a medium-sized municipality in the south of Santa Catarina, Brazil, and by the data saturation criterion, the survey had 10 participants. To analyze the data, the thematic content analysis technique was developed, developed in three moments: pre-analysis, material exploration; and, treatment of results obtained and interpretation. The results express the characterization of the participants, and are presented in four categories: 1) Work process of the CHA; 2) Feeling in relation to activities such as CHA; 3) Interpersonal relationship of the CHA with the team; 4) Educational actions with the CHA. It is concluded that the participants develop their work process in a conscious way, but they do not currently follow the logic of integrality, due to the workload imposed by the guidelines established by the Basic Attention Policy (BAP) of 2017. They express that among the facilities to carry out the process of work is the use of technological devices, such as whatsapp for communication with users, the bond with families and the flexibility of the schedule. Among the difficulties are the overloading of work, as the municipality, when implementing the prerogatives of the new BAP, has deactivated a significant number of CHA, so they feel overwhelmed, unable to visit the target public, breaking the bond they had built, and can not create a bond with the new families because they have goals to fulfill. In relation to activities like CHA feel good, however, they feel low appreciation of management and, sometimes, of the community. In general they have a good interpersonal relationship with the team, however, there are sporadically ethical dilemmas in relation to some members of the team, in front of the care with the user. Regarding educational actions, it is suggested that the SMS continue to develop Permanent Education in Health actions, and these can be structured together (health and community teams), so that there is a greater knowledge of the functions of the CHA. They suggest the elaboration of a program of valorization of the professional, with the activities that aim at the health care of the worker.

Keywords: Community Health Agents. Basic Health Care. Family Health Strategy.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita às pessoas que contribuíssem com a previdência social. A implantação e implementação do SUS, ainda hoje, é um dos grandes desafios enfrentados pela sociedade Brasileira no setor saúde, principalmente devido ao subfinanciamento que lhe é ofertado. O texto constitucional de 1988 explicita a estruturação de uma rede de atenção regionalizada, descentralizada e hierarquizada. A descentralização, através do processo político-administrativo da municipalização da saúde, coloca em cena o município, enquanto espaço de gestão e planejamento (BRASIL,2009).

A Lei 8.080/90 definiu que os objetivos do SUS são de identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas. Tal lei reitera o texto estabelecido na constituição de que “a saúde é um direito de todos, sendo que esse direito deve ser garantido pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas”, com acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação e para reduzir o risco de doença e de outros agravos (CARVALHO,2013, p. 9).

Segundo o estabelecido na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a equipe de Saúde da Família (ESF) é composta por no mínimo:

[...] médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017, p. 13).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional, com forte indução e apoio do Ministério da Saúde (MS), é considerada como estratégia prioritária

de estruturação da atenção básica e a principal porta de entrada do SUS. A ESF tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, ao usuário dos serviços, família e comunidade (MALTA et al, 2016).

A importância do trabalho em ESF é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados em saúde. Considerado um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade reveste-se, no decorrer dos anos 1990, e, principalmente na primeira década do século XXI, de uma grande importância para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Essencialmente, o trabalho realizado no SUS deveria ter como concepção central a integralidade como uma dimensão/valor das práticas de saúde. Além de contribuir nessa organização, a integralidade busca uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida. Portanto, pode ser entendida como um tipo de marcador contínuo que pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores em suas práticas no cotidiano das instituições (BRASIL,2009).

Nesse contexto o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como um membro da comunidade, o qual possui com ela um envolvimento pessoal, onde seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades é de grande relevância. Contudo, o ACS precisa gostar do trabalho, ser alguém que se identifica em todos os sentidos com sua própria comunidade, principalmente na cultura linguagem e costumes (BRASIL,2009).

Para ser um bom ACS é preciso conhecer o território, conhecer não só os problemas da comunidade, mas também suas potencialidades de crescer e se desenvolver social e economicamente, ser ativo e ter iniciativa, gostar de aprender coisas novas, observar as pessoas, as coisas, os ambientes, agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais. Todas as famílias e pessoas do seu território devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde. Entretanto, sua atuação não está restrita ao domicílio, ocorrendo também nos diversos espaços comunitários. O ACS sempre atento ao que acontece com as famílias de seu território, deve identificar com elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde (BRASIL, 2009).

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha desse tema para a presente pesquisa deve-se ao fato de que

há mais de 18 anos trabalho na área, contudo, percebo que o ACS ainda não é um profissional valorizado. Acredito que com estudos dessa natureza seja possível expressar a importância do trabalho do ACS como um elo da comunidade com a equipe. Pois, teoricamente, o ACS está inserido na ABSe é parte fundamental para a implantação das equipes de ESF, junto a qual deve compartilhar informações com as famílias e unidade de saúde, tendo como objetivo melhorar a qualidade de saúde de toda população, sendo um dos promotores de educação em saúde na comunidade.

O ACS é um profissional estratégico na reorientação da atenção básica a saúde visto ter a possibilidade de criar vínculos efetivos com a comunidade em seu território, atuando como um elo entre as necessidades de saúde das famílias e a unidade de saúde, tendo como atribuições o exercício de atividades prevenindo as doenças levando a promoção e a prevenção a saúde. Para que haja o elo entre as famílias e a ESF seu trabalho deve ser desenvolvido com ética, responsabilidade e acima de tudo respeito.

1.2 QUESTÃO NORTEADORA

Qual a percepção do Agente Comunitário de Saúde diante a sua atuação junto a Estratégia de Saúde da Família e a comunidade?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Identificar junto ao agente comunitário de saúde a percepção de sua atuação enquanto profissional como elo de ligação entre a estratégia saúde da família e a comunidade.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os participantes do estudo
- Conhecer a percepção dos ACS sobre o seu papel entre a ESF e a comunidade;
- Levantar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelas ACS em relação ao seu trabalho junto à comunidade e equipe.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante, o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação do indivíduo, com o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (CARVALHO, 2013).

A Lei que 8.080, de 1990, estabelece que os objetivos do SUS são identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas (CARVALHO, 2013).

A saúde é direito de todos, sendo esse direito garantido pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas com acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação e para reduzir o risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 2009).

Uma boa saúde também está relacionada ao trabalho, salário, comida, casa, meio ambiente, saneamento, educação, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais e divulgá-los. Ao não identificar e divulgar as causas das doenças e seus condicionantes e determinantes, passa-se a atribuir à área de saúde a responsabilidade única pela falta de saúde. É dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (CARVALHO, 2013).

Saúde não está unicamente relacionada à ausência de doença. Ela é determinada pelo modo que vivemos, pelo acesso a bens e consumo, à informação, à educação, ao saneamento, pelo estilo de vida, nossos hábitos, a nossa maneira de viver. Também podemos dizer que para termos uma boa saúde é necessário moradia, condições de trabalho, educação, modo como nos divertimos, alimentação, organização dos serviços de saúde, preservação dos recursos naturais e do meio ambiente entre outros (BRASIL, 2009).

A Lei nº 8.080, que é conhecida como Lei Orgânica de Saúde ou Lei do Sistema Único de Saúde. Essa lei estabelece como deve funcionar o sistema de saúde em todo o território nacional e define quem é o gestor em cada esfera de governo. A construção a organização e a reorganização é um modelo de atenção à saúde, isto é, a forma de organizar a prestação de serviços e as ações de saúde para atender às necessidades e demandas da população, contribuindo, assim, para a solução dos seus problemas de saúde (BRASIL, 2009).

A construção a organização e a reorganização é um modelo de atenção à saúde, isto é, a forma de organizar a prestação de serviços e as ações de saúde para atender às necessidades e demandas da população, contribuindo, assim, para a solução dos seus problemas de saúde. O SUS promove e protege cuidando da saúde, sendo um direito de todos e dever do Estado, garantindo atenção contínua e com qualidade aos indivíduos e às coletividades, de acordo com as diferentes necessidades (BRASIL, 2009).

A promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Mais comumente, dizemos que promover a saúde é trabalhar nas causas do adoecer, com participação efetiva das pessoas como sujeitos e atores de sua própria vida e saúde, a proteção à saúde é o campo da saúde que trabalha com os riscos de adoecer. As medidas diretas como as vacinas, os exames preventivos, o uso do flúor na água ou associado à escovação e a recuperação da saúde é cuidar daqueles que já estejam doentes ou tenham sido submetidos a todo e qualquer agravo à saúde (CARVALHO, 2013).

Os princípios e diretrizes do SUS são universalidade, onde o sistema deve atender a todos sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo. Todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nos serviços de saúde, públicos ou privados, contratados pelo gestor público, este é o princípio da universalidade. Integralidade, o SUS deve se organizar de forma que garanta a oferta necessária aos indivíduos e à coletividade, independentemente das condições econômicas, da idade, do local de moradia e outros, com ações e serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Compreende-se como equidade, o SUS disponibilizar

serviços que promovam a justiça social, que canalizem maior atenção aos que mais necessitam, diferenciando as necessidades de cada um, mas garantindo saúde à todos e todas (BRASIL, 2009).

Participação da comunidade, este princípio que prevê a organização e a participação da comunidade na gestão do SUS. Descentralização é o princípio que define que o sistema de saúde se organize tendo uma única direção, com um único gestor em cada esfera de governo. Regionalização – orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, além de favorecer a pactuação entre os gestores considerando suas responsabilidades. Hierarquização serviços voltados para o atendimento das necessidades mais comuns e frequentes desenvolvidas nos serviços de Atenção Primária à Saúde com ou sem equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

2.2 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

A Atenção Básica de Saúde (ABS), também conhecida como Atenção Primária à Saúde (APS) deveria resolver os problemas de saúde mais comuns/frequentes da população, deve reduzir os danos ou sofrimentos e contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas. O foco da atenção é a pessoa, e não a doença. Os serviços de saúde devem ser pautados pelo princípio da humanização. O ACS tem um papel importante 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 (BRASIL, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional, com forte indução e apoio do Ministério da Saúde, é considerada estratégia prioritária de estruturação da atenção básica, a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado (MALTA et al, 2016).

A atenção básica de saúde é composta por equipes multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal, e um conjunto de agentes comunitários de saúde, a multi/interdisciplinaridade existente nesses serviços já é um intento de reorganizar o processo de trabalho à lógica de um cuidado integral. A ABS, no Brasil, adotou as atividades de educação, vacinação, alimentação e nutrição, saneamento e

organização sócio comunitária, entre suas atividades, além dos cuidados prestados diretamente aos usuários relativos a resolução agravos de doenças (CARNUT, 2017).

Os profissionais que escolhem a área da saúde precisam dedicar-se a prática profissional e de vida. O cuidado é o zelo, a dedicação, a afeição, o preocupar-se com o outro (CARNUT, 2017). Neste sentido, o cuidado requer do profissional que deseja prestá-lo, alto conhecimento técnico-científico, habilidades técnicas e relacionais, sendo a ética, a solidariedade e a confiança/vínculo, alguns atributos necessários para conseguir desenvolver tal ação com a competência necessária.

Acredita-se que a ABS resolver grande parte dos problemas de saúde da população, mas em algumas situações haverá a necessidade de referenciar seus usuários a outros serviços de saúde, tendo um grande papel de desempenhar a função de coordenação do cuidado, que é entendido como a capacidade de responsabilizar-se pelo usuário. Sendo que na APS é que acontece o trabalho do ACS (BRASIL, 2009).

Portaria nº 154/2008 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e foi atualizada em 2011, podendo expandir o conceito de integralidade no cuidado, através de equipes multiprofissionais composta por profissionais das mais diversas áreas como: médico psiquiatra, médico homeopata, médico pediatra, médico ginecologista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, educadores físicos, nutricionistas, psicólogo, terapeutas ocupacionais e sanitaristas, entre outros. Essas equipes têm como objetivo garantir o apoio clínico, pedagógico e consultivo às equipes de saúde da família cujos problemas identificados extrapolem suas habilidades/competências específicas (CARNUT, 2017).

Desde 2017 o NASF passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), a fim de atender as prerrogativas da PNAB de 2017, pois atenderá tanto ESF, quanto UBS que não tenham ESF instaladas (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde definiu a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da APS. Cada equipe é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS. Essa equipe pode ser ampliada com a incorporação de profissionais de Odontologia: cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal. Cabe ao gestor municipal a decisão de incluir ou não outros profissionais às equipes (BRASIL, 2009).

Todo cuidado tem como objetivo o alívio, o conforto, podendo promover a cura, o bem-estar, a mudança de estilo de vida. Em que pese a relevância do cuidado do profissional de saúde com o usuário, relataram que, tradicionalmente nas profissões da saúde, o cuidado também está na centralidade da discussão, especialmente quando se constata a corresponsabilização do paciente no sucesso ou malogro da ação terapêutica (CARNUT,2017).

É importante que tenha entre a comunidade e os profissionais de saúde relação de confiança, atenção e respeito. 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, sendo que é dever do ACS manter esse cadastro atualizado (BRASIL,2009).

De acordo com da Constituição de 1988 o direito à saúde passou a ser reconhecido como direito de todos e dever do Estado sendo implementado um conjunto de ações para que esta premissa fosse efetivada. Neste sentido, diversos programas e estratégias foram adotados pelo Ministério da Saúde para fortalecimento da Atenção Básica, surge a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que constitui um conjunto de diretrizes para reorganização da Atenção Primária e define a Atenção Básica como organizadora das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

A PNAB é responsável pela coordenação das ações integrais que envolvem estratégias horizontais como ações programáticas, vigilância, assistenciais, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. Também envolve estratégias verticais nos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde, sendo a Estratégia de Saúde da Família prioridade na reorganização dessa rede, ampliando na cobertura de serviços, programas e territórios visando atender as necessidades populacionais. Esta Política é pautada em princípios norteadores do SUS como universalidade, acessibilidade, definição de atribuições/funções, continuidade do cuidado, humanidade, responsabilização, integralidade, equidade e participação social (FERREIRA; LADEIA, 2017).

A nova PNAB de 2017 discute aspectos como a carteira mínima de serviços ofertados, entre Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias (categoria única profissional), atribuição de remuneração adicional em atividades de monitoramento, avaliações gerando flexibilização da carga horária do médico na Estratégia de Saúde da Família, pode se permitir conciliar questões discursivas sobre Atenção Primária/Atenção Básica. Entre a política oficial e realidade local dos serviços

surge a PNAB com o intuito de operacionalizar os serviços em suas diversificadas redes. Essa política foi submetida a modificações, sendo uma nova versão aprovada em 2017 que incorpora inovações significativas, mas que se torna algo preocupante, visto que oferece serviços de acordo com as demandas locais, reforçando as desigualdades, intensificando o vínculo precário e estratificando e simplificando os serviços de saúde (FERREIRA; LADEIA, 2017).

De acordo com a nova PNAB, a obrigatoriedade da cobertura universal dos ACS é relativizada, sendo exigida cobertura de 100% apenas em populações vulneráveis e em áreas de risco. Bem como, o número de ACS por equipe não é definido de acordo com dados demográficos e legislação vigente, fato que gera incongruência a respeito do papel do ACS e o princípio da universalidade de acesso. Essas definições abrem precedentes para enfraquecimento do SUS, e possibilitam geração de clientela para os planos privados, que por sua vez se mostram incertos quanto à capacidade de suprir as demandas populacionais (FERREIRA; LADEIA, 2017).

A nova PNAB, também, reconhece que a Equipe mínima deve ser formada por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo ou não agregar outros profissionais. Nessa PNAB descreve-se que as equipes devem ser compostas pela Gestão municipal conforme necessidades locais, levando em conta o perfil demográfico e epidemiológico que é de sua responsabilidade e a distribuição da carga horária dos profissionais, de forma flexível, mantendo-se a carga horária mínima de 10 horas, podendo haver no máximo três profissionais em mesma categoria, aspecto que desestrutura a premissa de formação de vínculo entre eSF e comunidade (FERREIRA; LADEIA, 2017).

Ao a obrigatoriedade de 100% de cobertura em todas as ESF, isso possibilita eliminar o ACS da ESF, aspecto que desonera, financeiramente, a Gestão Municipal e evidencia a preocupação com a redução de despesas como piso salarial e direitos adquiridos pelo vínculo empregatício. No entanto, ao excluir o ACS da Equipe mínima coloca-se em risco as ações de promoção e prevenção de saúde, e sobre os determinantes em saúde essencial para prestação de uma assistência integrada à saúde (FERREIRA; LADEIA, 2017).

A nova PNAB já é vista como sério risco às conquistas de fortalecimento obtidas pela Atenção Primária, no Brasil, bem como reforça a subtração de direitos. Nesse sentido, tem suscitado críticas de diversas organizações vinculadas ao SUS

como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO FERREIRA; LADEIA, 2017).

De maneira geral a PNAB constitui um conjunto de diretrizes responsáveis por organizar a Atenção Básica e Redes de Atenção à Saúde, através de estratégias verticais e horizontais, focadas na Estratégia de Saúde da Família, a Fusão do ACS e ACE em Agentes de Saúde também é discutida. Com discurso de unificar competências para maior abrangência das ações de vigilância na Atenção Básica, essa ação promove descaracterização da função do ACS, um dos motivos da descategorização do ACS é o corte de custos, no entanto, ao eliminar o agente comunitário de saúde da equipe mínima, a política coloca em risco a prestação de uma assistência integrada à saúde da população, essa flexibilização é criticada, pois permite ao profissional adquirir múltiplos vínculos, podendo desencadear em prestação de serviço com menor vínculo entre a população de referência e a equipe (FERREIRA; LADEIA, 2017).

2.3 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O trabalho do ACS é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal, onde seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades. O ACS precisa gostar do trabalho, ser alguém que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade, principalmente na cultura linguagem e costumes (BRASIL, 2009).

O ACS é muito importante na comunidade havendo a vinculação deste profissional com a comunidade advém da sua implicação com as mesmas dificuldades da população que acompanha. A Atenção Primária à Saúde (APS) como modelo reordenado dos sistemas de saúde no Brasil e em diversos países se consolida com destaque ao trabalho territorial do ACS. O trabalho do ACS é caracterizado como elo entre a comunidade e o sistema de saúde (SIMAS; PINTO, 2017).

O Agente Comunitário de Saúde é o responsável pelo elo entre serviços de saúde e comunidade. Sua importância encontra-se na promoção de encontros entre realidades distintas, sendo expostos diretamente às tensões e conflitos cotidianos, que precisam ser administrados (SANTOS et al, 2016).

O agente comunitário de saúde é um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce. Sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes, entre outros. Logo, contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade (BRASIL,2009).

O agente comunitário de saúde sofre muitas influências negativas, a carga de trabalho, exposição ao cuidado com indivíduos, dor musculoesquelética, exposições ao sol, entre outras, geram efeito insalubre à saúde e, conseqüentemente, à qualidade de vida (SANTOS et al, 2016).

Esse elo entre a comunidade e a ESF, o ACS guarda a particularidade de ter como principal eixo do seu trabalho as práticas de educação em saúde, o ACS envolve, muitas especificidades que se relacionam, tanto ao papel que ele desempenha como trabalhador na equipe de saúde, como de morador da comunidade. Ao vínculo que se estabelece para além das relações sociais, há uma ampla interlocução subjetiva para o cuidado em saúde (SIMAS; PINTO, 2017).

Para ser um bom ACS é preciso conhecer o território, conhecer não só os problemas da comunidade, mas também suas potencialidades de crescer e se desenvolver social e economicamente, ser ativo e ter iniciativa, gostar de aprender coisas novas, observar as pessoas, as coisas, os ambientes, agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais (BRASIL,2009).

O ACS determina uma relação promovendo diálogos com a comunidade, uma vez que o ACS veicula as práticas de saúde presentes na realidade onde mora e trabalha, a amplitude laboral do ACS é constituída por um trabalho sustentado em relações assistenciais e de vínculo, esse vínculo tem como tecnologia relacional encontra no ACS um pilar para a sua construção, uma vez que este está mais próximo da realidade vivenciada pelas pessoas. O estabelecimento de vínculo permite que o outro possa usufruir da sua condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida. Tornando um dispositivo potencializado pelo encontro subjetivo de trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de experiências (SIMAS; PINTO, 2017).

Todas as famílias e pessoas do seu território devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde.

Entretanto, sua atuação não está restrita ao domicílio, ocorrendo também nos diversos espaços comunitários. O ACS sempre atento ao que acontece com as famílias de seu território, identificando com elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde (BRASIL, 2009).

O agente comunitário de saúde (ACS) é fundamental para a população, interrelacionar saberes técnicos das equipes e saberes populares. Esse trabalhador assume uma posição de mão dupla morador da comunidade e, simultaneamente, integrante da equipe de saúde, contudo, o ACS encontra-se inserido em um serviço que nem sempre tem condições de acolher as demandas que emergem do cotidiano vivido (RIQUINHO et al, 2018).

O ACS, pode ser interpretado como o caminho necessário para estreitar as relações entre serviços de saúde e territórios. Tal raciocínio suscita a reflexão de como esse processo é conduzido, no sentido de incorporar o território no engendramento das políticas públicas, considerando que a forma de condução do processo de diálogo entre o local e a justaposição das políticas públicas interfere nos modos como transcorre a vida das pessoas e sua interação com os serviços de saúde (RIQUINHO et al, 2018).

É fundamental buscar melhorias nas condições de saúde e de trabalho desses profissionais. O reflexo dos aspectos positivos e negativos, referentes à qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde, pode implicar na revisão ou no reforço de condições satisfatórias de trabalho (SANTOS et al, 2016).

Quando o ACS identificar uma situação-problema, ele deve conversar com a pessoa e/ou familiares e depois encaminhá-la à unidade de saúde para uma avaliação mais detalhada. Caso a situação-problema seja difícil de ser abordada ou não encontre abertura das pessoas para falar sobre o assunto, o agente deve relatar a situação para a sua equipe. Os diferentes aspectos de um problema deverão ser examinados cuidadosamente com as pessoas, para que sejam encontradas as melhores soluções. Orientando ações de prevenção de doenças, promoção à saúde, entre outras estabelecidas pelo planejamento da equipe. Todas as pessoas da comunidade devem ser acompanhadas, principalmente aquelas em situação de risco (BRASIL, 2009).

O trabalho dos agentes precisa ser valorizado, conhecendo riscos, sinais ou sintomas que eles apresentam nas práticas laborais, a fim de conduzi-los no

desenvolvimento de suas atividades, colaborando para melhoria dos serviços de saúde (SANTOS et al, 2016).

O ACS deve identificar áreas e situações de risco individual e coletivo, encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário, orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde, acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados (BRASIL,2009).

Para o ACS, a duplicidade de ser morador local e representante de políticas públicas requer uma escuta constante e construção de vínculos afetivos bem como a reprodução das diferentes concepções sobre o processo de produção do conhecimento e das políticas públicas, que se expressam nas ações institucionalizadas das equipes (RIQUINHO et al, 2018).

Entre as situações de risco que o ACS deve observar destacamos: gestantes que não fazem pré-natal; gestantes fumantes; gestante com diabete ou hipertensão; acamados; bebês que nascem com menos de dois quilos e meio; crianças desnutridas; pessoas que necessitam de cuidadores mas que não tem quem as cuidam; pessoas em situação de violência; pessoas que estão com peso acima da média e vida sedentária, com ou sem uso de tabaco ou do álcool, pessoas que retornaram de internação hospitalar e necessitam ser acompanhadas pelas eSF/UBS, entre outras (BRASIL, 2009).

O agente comunitário de saúde, é um membro da equipe essencial para o desenvolvimento das ações da Atenção Primária à Saúde. A equipe de saúde é formada por pessoas com, formações, saberes e práticas diferentes. É um conjunto de pessoas que se encontram para produzir o cuidado de uma população. Nessa equipe há sempre movimentos permanentes de articulação/desarticulação, ânimo/desânimo, invenção/resistência à mudança, crença/descrença no seu trabalho, pois a equipe é viva, está sempre em processo de mudança. No entanto, somente o fato das pessoas trabalharem juntas não constitui uma equipe: as pessoas precisam aprender a “ser equipe” (BRASIL,2009).

A unidade de saúde deve estar organizada de um modo que seus trabalhadores estejam divididos em funções e assumam responsabilidades para cuidar da saúde da população. Uma das atribuições de uma enfermeira é realizar consultas de enfermagem, no entanto, ela compartilha com o ACS e com os demais membros da equipe uma série de outras responsabilidades e objetivos (BRASIL, 2009).

Para um bom trabalho do ACS a etapa inicial é o cadastramento das famílias de sua micro área, ou seja, o seu território de atuação, sendo necessário fazer um mapeamento de cada micro área facilitando assim as famílias e riscos a serem acompanhados (BRASIL, 2009). Como mantenedores ativos do vínculo com a comunidade, os ACS criam condições para estimular a autonomia dos usuários, pois estes, a partir do apoio que recebem do ACS, terão múltiplas possibilidades para superação dos seus problemas, bem como na amplitude decisória para práticas saudáveis (SIMAS; PINTO, 2017).

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho do ACS, é muito importante criar uma relação de confiança com o familiar é uma das habilidades mais importantes do ACS, onde ajudará a construir o vínculo necessário ao desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação. A troca de conhecimentos entre as pessoas de uma comunidade faz parte de um processo de educação para a participação em saúde (BRASIL, 2009).

Ainda, os ACS devem incentivar a formação, bem como participar dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), sendo que os Conselhos de Saúde (locais, municipais, estaduais e nacional) e as Conferências são espaços que permitem a participação democrática e organizada da comunidade na busca de soluções. Outras formas de resolver problemas que a comunidade enfrenta também pode ser reunião das equipes de saúde com a comunidade e associação de moradores, caixas de sugestões, ouvidoria, disque-denúncia, entre outras, as quais o ACS deve informar aos usuários/família/comunidade (BRASIL, 2009).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem qualitativa. As pesquisas do tipo descritiva-exploratórias têm o intuito de descobrir e pressupor novas realidades de acordo com a precisão e dimensões de um fenômeno (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

A abordagem qualitativa é importante, pois visa compreender os valores culturais, as relações dos indivíduos no âmbito das instituições e nos movimentos sociais, e também para avaliar as políticas públicas e sociais na sua formulação e dos atores a quem se destina. Essa abordagem está ligada ao universo dos significados, dos valores e das atitudes dos seres humanos sendo assim, nas ciências sociais ela não pode ser quantificada por estar ligada a realidade humana onde o estudo é sobre o pensar e agir do ser humano dentro da realidade vivida (MINAYO, 2010).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada junto a 10 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município de médio porte do sul de Santa Catarina, que já aderiu as mudanças estabelecidas pela PNAB de 2017.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Inicialmente foram convidados para participar da pesquisa 15 Agentes Comunitárias de Saúde, sendo uma de cada ESF do município. Porém, o número final de participantes foi definido pelo aceite dos participantes e pelo critério de saturação dos dados, logo, participaram do estudo 10 ACS.

O participante de cada ESF foi definido a partir de um sorteio entre os ACS de cada ESF que atenderem os critérios de inclusão e exclusão expostos a seguir.

3.3.1 Critério de inclusão

- Agentes Comunitárias de Saúde atuantes nas Estratégias de Saúde da Família do município participante do estudo;
- Agentes Comunitárias de Saúde com no mínimo 1 ano de atuação na ESF.

3.3.2 Critério de exclusão

- Agentes Comunitárias de Saúde que estão de férias ou afastamentos do trabalho no período de coleta de dados.

3.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados do presente estudo ocorreu em outubro e novembro de 2018, após a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), parecer sob n. 2.923.821 (ANEXO A).

Para a coleta foi utilizada entrevistas semiestruturadas com os ACS que aceitaram livremente participar da pesquisa, sendo guiada por um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A). O período de duração das entrevistas variou de 23 a 56 minutos. A entrevista semiestruturada é um dos principais meios que o investigador tem para realizar a coleta de dados, pois pode dar ao investigado a liberdade e espontaneidade favorecendo o fornecimento das informações para a investigação (MINAYO, 2010).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise e a interpretação dos dados coletados foi feita através da análise temática de conteúdo, a qual se baseia em descobrir os sentidos que existem em uma comunicação onde a presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico analisado (MINAYO, 2010).

Para Minayo (2010) a técnica de análise de dados deve incluir:

1ª) *Pré-análise*: estruturada a partir da leitura flutuante dos documentos a serem analisados, ou seja, do conjunto das comunicações coletadas e transcritas por meio

das entrevistas. *Constituição do corpus*, representada pela seleção e organização dos dados de forma a responder algumas normas de validade, como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência, para esse momento foi necessário tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar por seu conteúdo, sendo que para tanto, realizei a transcrição e leitura das entrevistas coletadas;

2ª) *Exploração do material*: esta etapa consiste essencialmente na operação de codificação, que, por meio dos dados brutos, busca alcançar o núcleo da compreensão do texto. Para Minayo (2004), esta fase inicia pelo recorte do texto em unidades de registro, que pode ser uma palavra ou frase, estabelecidas na pré-análise; e, por último, realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que auxiliarão na especificação dos temas.

Realizei esse momento em duas etapas, na primeira estruturei uma planilha para cada participante da pesquisa, a qual fiz o primeiro movimento de análise, extraíndo as informações essenciais que responderam as perguntas; a segunda etapa organizamos planilhas por perguntas, as quais tinham as respostas de todos os participantes, sendo que desse grupo de respostas, estruturamos os códigos e as pré-categorias e categorias;

3ª) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: neste momento, os dados são submetidos a um estudo orientado pelo referencial teórico, possibilitando a expressão de concepções relacionadas às categorias já definidas pelo referencial teórico ou que emergiram dos dados, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis. Os dados analisados serão discutidos à luz do arcabouço teórico do Ministério da Saúde, da Política de estruturação dos ACS, e da Educação Permanente em Saúde, mais precisamente, as diretrizes que regulamentam a Política Nacional de Atenção Básica e a ordenação da formação na área da saúde.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os aspectos éticos foram garantidos na presente pesquisa, sendo que o trabalho de campo só iniciou após a aprovação do projeto no comitê de ética sob parecer n. 2.923.821 (ANEXO A).

Para a realização da pesquisa os participantes foram esclarecidos sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), sendo que esse segue as exigências formais contidas nas Resoluções n. 466/12 e 510/2017, do Conselho Nacional de Saúde. Essas resoluções tratam das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a partir da qual os participantes devem ser esclarecidos sobre todos os aspectos da pesquisa (BRASIL, 2012, 2017).

Tais resoluções expressa a bioética como sendo, “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 01) e visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica e aos participantes da pesquisa. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do participante após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar autorizando sua participação na pesquisa.

Asseguramos aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa os aspectos éticos do estudo como: a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem, nesse sentido tanto as ESF, quanto os participantes terão seus nomes alterados, bem como no presente trabalho final, o nome do município não está sendo divulgado.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi entregue uma cópia do projeto juntamente com a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética à Secretaria Municipal de Saúde, que autorizou a entrada nos campos. A partir de então, após o sorteio dos participantes em cada ESF, agendaremos encontros com as ACS para convidá-las a participar da pesquisa. Nesse momento, fizemos uma breve apresentação do projeto aos participantes da pesquisa que esclareceram possíveis dúvidas sobre o propósito do estudo, seus objetivos, sendo explicitado que elas têm a liberdade de participar ou não da pesquisa e desistir em qualquer momento que desejarem.

De acordo com a Resolução 466/12 “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados” (BRASIL, 2012, p. 07). Contudo, frente aos objetivos da presente pesquisa, os riscos ou desconfortos durante a realização da investigação foram mínimos, pois as perguntas da entrevista estavam centradas na percepção das ACS sobre sua atuação junto as equipes nas ESFs e na comunidade, estando garantido aos participantes: a realização da entrevista em local

reservado, ou seja, que não fosse possível outras pessoas ouvirem o que o participante da pesquisa estava verbalizando. Foi garantido o anonimato e sigilo referente às entrevistas; a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de desenvolvimento da pesquisa.

Seguindo a premissa de pesquisas qualitativas, em que trabalhamos com pessoas, a fim de garantir o anonimato, foi solicitado que os participantes escolhessem um “nome fictício” (codinome) pelo qual foram identificados na pesquisa. Os participantes escolheram nomes de flores para serem identificados, tanto no trabalho final, quanto em publicação. Ainda, fica garantido que não será divulgado o município específico em que a pesquisa foi realizada, sendo que apenas a SMS e os participantes da pesquisa tem ciência da realização da pesquisa nesse local.

Entre os benefícios consideramos que a partir da participação dos ACS e do levantamento da realidade estudada, foi possível identificar as facilidades e dificuldades que as ACS enfrentam em seu processo de trabalho, o conhecimento e comprometimento das participantes sobre/com as suas funções de ACS e sugerir uma proposta de implantação da EPS viável a ser desenvolvida junto as ACS/ESF.

Ainda, está assegurado as instituições e aos sujeitos, mediante compromisso assumido por nós, que as informações coletadas serão exclusivamente utilizadas para fins de pesquisa.

Após o término da pesquisa e aprovação por uma banca de avaliadores e apresentação pública do trabalho de conclusão de curso de graduação, nos comprometemos a enviar uma cópia do TCC (no formato impresso e digital) a Secretaria Municipal de Saúde de município participante do estudo. Igualmente, caso haja manifestações de interesse, nos comprometemos em enviar (via e-mail) o TCC no formato PDF aos respectivos participantes da investigação.

Cabe ressaltar que os resultados serão socializados na comunidade científica, por meio da apresentação e publicação do trabalho em eventos científicos nacionais. Além, da publicação de um manuscrito em periódico científico, de modo a difundir o conhecimento e contribuir com o debate em torno desta importante temática.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Os dados coletados expressam que todas as 10 participantes são do sexo feminino, sendo que todas se auto identificam como sendo de cor branca. Em relação ao estado civil 6 delas são casadas, 1 convive em união estável, 2 são solteiras e 1 é viúva. Quanto a religião 9 são católicas e 1 evangélica. Das 10 participantes 4 participam de algum grupo de organização em sua comunidade tais como grupos de liturgia, conselho local de saúde, entre outros. Algumas delas antes de atuar como agente comunitária de saúde tiveram outras funções, onde 2 delas era agricultora, 1 secretária executiva, 1 costureira, 2 vendedoras, 1 autônoma, 1 professora e outras 2 faziam outras funções. Sobre suas rendas familiares, entre as 10 participantes 6 delas tem a renda salarial de até dois salários mínimo, 2 delas refere renda dois a três salários mínimos, 2 delas tem acima de três salário mínimo.

Tabela 1: Grau de escolaridade

Escolaridade	n
Ensino médio incompleto	1
Ensino médio completo	6
Ensino superior incompleto	1
Ensino superior completo	2
Total	10

Fonte: Dados da autora, 2018

O nível de escolaridade da maioria das agentes comunitárias de saúde é de ensino médio completo conforme expressa na tabela de número 1. Diante das 10 entrevistadas, 7 delas informaram ter realizado o curso introdutório para se tornar agente comunitária de saúde ofertado pela Escola de Formação em saúde da Santa Catarina (EFOS), bem como referem já ter realizado outros cursos ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde, também passaram por processo seletivo para estar integradas na profissão.

Tabela 2: Faixa etária das participantes entrevistadas

Idade	n
21 a 30 anos	2
31 a 40 anos	6
41 a 50 anos	2
Total	10

Fonte: Dados da autora, 2018

A faixa etária das participantes varia entre 21 a 50 anos conforme a distribuição apresentada na Tabela 2, sendo que a maioria são adultos jovens em plena idade produtiva.

Tabela 3: Tempo de trabalho como ACS

Há quanto tempo você trabalha como ACS	n
1 ano a 4 anos	2
5 anos a 10 anos	4
11 anos ou mais	4
Total	10

Fonte: Dados da autora, 2018.

A tabela 3 apresenta o tempo de atuação das participantes da pesquisa como agentes de saúde comunitária de saúde, sendo que a grande maioria tem bastante experiência na área e na comunidade onde atuam.

Tabela 4: Serviços disponibilizados na Unidade de Saúde (UBS) que atende o bairro.

Serviços	n
Não sabe	0
Grupos de Educação em Saúde	6
Atendimento Odontológico	9
Coleta de Exame Preventivo Câncer de Útero	10
Vacinas	6
Visitas domiciliares (Agentes Comunitárias de Saúde	10
Consultas de outro profissional de Saúde	8
Consultas e cuidados com crianças menores de 5 anos	9
Agendamento de consultas de especialistas	6
Consultas com clínico geral	10
Consulta Enfermagem	10
Consultas Especialistas (pediatra, ginecologista, etc)	2
Entrega de medicamentos	10
Visitas domiciliares (Profissional de saúde)	10
Procedimentos (curativos, retirada de pontos, administração de medicamentos, nebulização, verificação de PA, HGT)	10
Outros	3

Fonte: Dados da autora, 2018.

A tabela 4 apresenta o conhecimento das ACS participantes da pesquisa sobre os serviços disponibilizados na Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo todas souberam expressar os atendimentos realizados em suas unidades, bem como quais são encaminhados para outros locais. Entre as participantes, 7 delas expressaram as atividades realizadas em sua UBS de referência, as demais informaram que alguns

serviços não são ofertados em suas unidades, mas informaram que a unidade faz o encaminhamento necessário.

4.2 CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS

As categorias apresentadas no presente trabalho se caracterizam como categorias teóricas, estruturadas a partir do trabalho de Silva (2015), em seu estudo com ACS, estrutura as seguintes categorias analíticas: 1) Processo de trabalho dos ACSs; 2) Sentimento em relação às atividades como ACS; 3) Relacionamento interpessoal do ACS com a equipe; 4) Ações educativas junto aos ACS.

CATEGORIA 1: Processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde

Essa categoria está expressa a partir da composição de quatro subcategorias a seguir apresentadas.

Subcategoria 1.1: Processo de trabalho do ACS consciente, porém, atualmente não consegue seguir a lógica da integralidade.

Essa subcategoria estruturou-se a partir de depoimentos das 10 participantes as quais expressaram o compromisso com o trabalho, visto que realizam um planejamento diário. Contudo, de acordo com as atribuições da categoria na PNAB de 2017, referem que houve uma desqualificação do processo de trabalho. Referem que existe uma produção de trabalho mensal, onde desenvolvem sozinhas, pois cada ACS possui a população adstricta dentro de sua micro área de atuação, fazem o planejamento de seu trabalho, o qual ocorre no início da semana. Registam as pautas, estabelecem metas e priorizam os usuários de acordo com a nova PNAB, o planejamento do processo de trabalho sofreu alterações, contudo, referem que o processo de trabalho foi modificado, pois agora as ACS devem priorizar famílias que já tem um problema de saúde, seguindo o público alvo em mensal, bimestral e trimestral, organizando as visitas domiciliares com flexibilidade no horário. Nessa lógica, as atribuições se estabelecem basicamente sobre as queixas e problemas de saúde, limitando em muito o processo de busca ativa e ações de promoção de saúde.

“[...] eu chego na unidade de saúde, bato o ponto as oito horas da manhã, e já sei para onde vou naquele dia, porque me organizo.[...] com a nova política, eu não tenho que visitar uma quantidade de pessoas no dia eu tenho que ter um mensal. [...], mas [de qualquer modo] eu tento me organizar. [...] por exemplo, hoje eu passei naquelas duas ruas, amanhã eu vou naquelas outras duas ali, depois, no final eu vou voltando pra aquelas onde eu não consegui pegar as pessoas em casa.” (Rosa)

“[...]A gente inicia vem na unidade, confere agendamento, confere o que tem pra de recados para os pacientes. [...]Dia a dia, para as visitas domiciliares eu separo elas por região uma rua ou por semana e eu vou nelas conforme eu começo e vou fazendo quando eu volto de novo e tento pegar quando de manhã aquelas que eu não conseguir falar e vou continuando pra frente normalmente.[...]nós temos reunião interna nas terças que é para discutir sobre os assuntos que ocorreu durante a semana.[...]As visitas que a gente vai nas casas, a minha atividade é conforme a demanda, porque tem pessoas que desejam mais conversa, tem pessoas que não. [...]Jeu aviso pra equipe que casas precisam de visitadomiciliar que são agendadas durante a semana para atender os acamados[...],também informo para as pessoas da minha área quais os dias de agendamentos [exames, consultas especialistas], os dias que ele [médico] atende, e como é a entrega de medicamento.[...]nossa função assim fazer com que o paciente não perda agendamentos que foram feitos pela unidade.[...]é nossa função também fazer o mapa inteligente.” (Girassol)

“[...]agora ele mudou, antes eu pegava uma rua e naquela rua eu ia buscando as pessoas que estavam em casa e depois na outra semana eu voltava de novo pra ver as que não estavam, pra ver se encontrava em casa, ou em outros horários[...]hoje em dia a gente faz assim, a gente tem o que é todo mês, o bimestral, e o trimestral, aí no meu caso, eu procuro, os casos mais urgentes são todo mês, risco de suicídio, criança de 0 a 5, o idoso, hipertenso, dependendo da idade do hipertenso, dependendo não, dependendo da gravidade.”(Margarida)

“agora com a nova política [...]Jeu classifico quem é prioridade, que são as crianças até 5 anos, gestantes, idosos acima de 70 anos, acamados, domiciliados, diabéticos com uso de insulina, pessoas com câncer, pessoas transplantadas, pessoas acidentadas, que merecem naquele momento uma atenção maior.[...]Jeu me organizo planejando como serão as minhas visitas e que tema eu vou abordar no mês de outubro, por exemplo, o tema é o preventivo, e a prevenção também do colo do câncer de mama de acordo com o outubro rosa que é internacionalmente divulgado, trabalhado esse mês, pro próximo mês eu abordo um outro tema, por exemplo, eu pego os hipertensos e diabéticos e dou uma atenção maior pra eles no caso.

[...]sempre que a gente está dentro da unidade, aproveito para atualizar as informações no sistema, por exemplo, pessoas que vieram morar dentro da minha área de abrangência, pessoas que saíram do meu território de abrangência uma criança que nasceu, uma pessoa que está gestante, alguém que morreu.[...]cada vez que eu passo deixo recado ‘senhores pais, foi constatado no sistema que seu filho ainda não foi vacinado contra poliomielite’ a mãezinha me pergunta qual é o horário da UBS, e busca esclarecimento sobre como deve fazer, visto que trabalha no horário de atendimento, eu explico que pode ser um responsável levar a criança, desde que mende a caderneta da criança.” (Orquídea)

“[...]qualquer dificuldade que a gente encontra lá com família a gente vem até a unidade e fala com a enfermeira, passa todas as orientações daquela família e a enfermeira orienta como fazer.[...]a gente busca pessoa domiciliado, façovisita toda semana dependendo do caso[minha função aqui na UBS] organização aqui dentro os meus registros quando chove, atualiza quando vem moradores novos cadastra ou da baixa. Pra isso a gente tem o computador aqui pra registrar todos os dados. Na unidade também agendo médico pra pessoas que necessitam, que não podem vir até aqui, porque não tem condições ou não tem dinheiro pra pagar passagem.” (Tulipa)

“[...]então, na verdade depois que houve a mudança, depende muito o mês[...]tem a questão que tem algumas famílias que preciso fazer acompanhamento mensal, outra bimestral, outras trimestral.“[...]faço planejamento basicamente diário, conforme o que ta aqui, eu já vou pra área e vou fazer as visitas, por exemplo, [...]tem crianças que entram na campanha, aí eu foco pra fazer as visitas naquela ali.“[...]unidade acho que não tem muito o que fazer, as vezes ajudar na recepção, bem raro, ou mais mesmo a parte burocrática da nossa função.” (Gerbera)

“[...]algumas [casas] que é mensal, tem algumas que é bimestral, tem algumas que é trimestral. [...]são algumas prioridades tipo criança menor de cinco anos, acamados diabéticos, hipertensos com mais de 70.[o nosso trabalho é] fazendo meio que um trabalho de apoio psicológico, uma ajuda, uma conversa uma escuta[eu tenho que visitar] criança menor de um ano, mas daí já paro, converso com a mãe, peço ajuda dela pra pesar a criança e já vou perguntando como que está a vida, etc.[aqui na UBS] a gente faz acolhimento do paciente, passa informações, liga para os pacientes informando das consultas que foram agendadas, que chegou resultado de preventivo, mas é mais essa parte burocrática de preencher nossos relatórios.” (Hortência)

“[...]A gente agora está trabalhando de uma forma, agora é de classificar as famílias, a gente não está conseguindo fazer visita mensal em todas as casas, em todas as famílias.” (Azaleia)

“[minha função] dentro da unidade eu cadastro no computador, eu vou numa casa tem um morador novo, dai eu pego todos os dados deles, documento chego aqui na unidade no outro dia, ou no mesmo dia o dia que eu faço a visita eu venho e faço o cadastrinho deles no computador. Também a gente ajuda em outras atividades na unidade, por exemplo, eu faço o cartão do SUS, elas mandam aqui pra gente, as vezes quando uma técnica precisa se ausentar, a gente fica na recepção pra ajudar.[...] ou em campanha de vacina, a gente se reveza pra ficar dentro da sala de vacina mexendo no sistema, ai já aproveita a vacinadora, a gente vê no sistema época de atualizar as crianças que a gente lembra, também nas campanhas outubro rosa, novembro azul, a gente sempre ta aqui vendo, preventivo, mamografia, quem ta atrasada, a gente vai avisar as mulheres tudo certinho, assim então a gente também trabalha aqui na unidade.[...]eu tenho 350 famílias bimestral e trimestral, mas a gente tem muitas famílias mensal.” (Rosa)

“[minha função aqui na UBS] as vezes eu ajudo eles ali na recepção, quando eles precisam [...]quando tem alguma coisa ou vamos fazer um evento[...]a gente ajudadar uma orientação, pedir para o paciente aguardar, porque nós não podemos fazer muita coisa aqui dentro[...]o nosso serviço é na rua, mas a minha atuação mesmo mudou

depois da nova política, tipo a hoje nós temos o mensal, o bimestral e o trimestral. [...] a gente avisa/lembra e participa do grupo de hiperdia, tem o grupo de tabagismo, tem mais dependendo do dia, tem vezes que a gente foca mais em alguma coisa[antes da nova portaria era mais fácil para ter o vínculo] porque daí tu tinhas mais o tempo disponível pra aquelas famílias, hoje pra ti ver, tu tem um tanto, e triplicar não é bem assim, por mais que foi dividido ali entre mensal, bimestral e trimestral, mas ficou super difícil, então tu já tem que pensar duas vezes se tu tem que conversar um pouquinho, ou só pegar as informações básicas pra preencher no sistema e sair da casa, porque se não, não dá tempo de passar em todos, se ficar conversando um pouco, não dá tempo.” (Girassol)

“[...]A minha função como agente comunitária é fazer o elo de ligação entre o posto e a unidade de saúde então durante as visitas tento orientar as famílias a respeito de alguma coisa [...]esse mês é um exemplo, a gente ta fazendo o outubro rosa, então orienta quanto a questão da mamografia, do preventivo.”(Jasmim)

“[...] Ai dependendo se a família tem algum problema de saúde ou alguma coisa, eu pergunto se ta tomando o remédio certinho se faz acompanhamento certinho. [...]lembro que era pra mim fazer uma paciente que tinha um problema de saúde e a outra não, só que ela queria algumas informações, então no fim eu deixei de fazer aquela visita naquela pessoa e fui na casa dela[...]ela não tinha problema de saúde nenhum, mas na hora, ela tava passando por uma situação bem complicada[...]uma situação que é pessoal.”(Cravo).

Fica evidente nos relatos que as ACS têm conhecimento em relação as suas atribuições, tanto durante suas visitas junto à comunidade, quanto na UBS. Também, demonstram dedicação comprometimento com seu processo de trabalho, atuando muitas inclusive, intersetorialmente para dar solução a demandas trazidas pelos usuários.

No entanto, com a reestruturação da PNAB no ano de 2017, ocorreu uma sobrecarga de trabalho, anteriormente, o ACS poderia atender uma população de até 750 indivíduos. Agora, com a reestruturação proposta pela nova política, não há limite de indivíduos, pois, as visitas distribuídas seguindo uma linha de prioridades, onde indivíduos hipertensos acima de 60 anos e menor, diabéticos insulino dependentes, crianças menores de 5 anos, gestantes, acamados, domiciliados, tuberculose, usuários de O₂, deficientes congênitos graves, cegueira, câncer em tratamento, hemodiálise, usuário do CAPS ou em risco de suicídio devem receber visitas mensais. Hipertensos com menos de 60 anos, crianças com até 12 anos e deficientes físicos devem receber visitas bimestrais. Usuários de álcool, tabagista, acompanhamento de bolsa família e demais usuários devem receber visitas trimestrais (BRASIL, 2017).

Todas estas mudanças propostas pela nova PNAB vão de encontro com os princípios de SUS e do modelo de saúde vigente, restringindo a prestação de

assistência a um modelo de saúde focado na doença não preconizado pela Ministério da Saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2017).

Com aumento no número de usuários por ACS, e a reestruturação na dinâmica das visitas, culmina em uma fragmentação do cuidado, fugindo assim da lógica da integralidade pois, o ACS deixa de desenvolver ações de promoção e prevenção, passando agora com a nova PNAB a apenas atuar dentro da linha de recuperação.

O trabalho do ACS a partir da proposta da integralidade, deve ser compreendida como uma postura integral, que se estabelece no encontro que ocorre entre profissional e usuário, a partir de processos de trabalho que olhem as necessidades dos usuários em termos de cuidados técnicos, e, em contrapartida, da consideração das precisões de saúde que extrapolem a prevenção e o controle de doenças (MATOS et al, 2016).

Ainda sobre o processo de trabalho fora da lógica de integralidade, a nova PNAB exige cobertura de 100% apenas em populações vulneráveis e em áreas de risco, sendo estas definidas pelo gestor em conjunto com a Equipe da Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; CECILIO; REIS, 2018).Outrossim, ainda dentro da descontinuidade da integralidade do cuidado, podemos apontar a fragilidade do vínculo entre ACS e a comunidade, bem como a dificuldade em estabelecer outros vínculos com novos indivíduos.

O ACS como um articulador das famílias com sua equipe de saúde, poder articular os problemas éticos vivenciados a partir do olhar e do que o agente de saúde tem vivenciado, sendo que esses problemas éticos na relação com o usuário e a família, isto é, aspectos éticos que permeiam circunstâncias comuns da prática diária do ACS, e nas situações dilemas, que requerem soluções imediatas sendo explorada na literatura bioética. Sendo que essa peculiaridade dos problemas éticos vividos, podendo pôr em risco a relação vincular (ZOBOLI; FORTES, 2004). Isso também condiz a busca pelo cuidado integral, o qual muitas vezes não está conseguindo ser realizado, por necessitar cumprir os números estabelecidos.

Subcategoria1.2: Facilidades para realizar o processo de trabalho do ACS.

Referindo-se ao processo de trabalho do agente comunitário de saúde, as dez entrevistas disseram que encontram algumas facilidades para realizar suas

atividades laborais. Dentre elas, cinco consideram que o *whatsapp* e outros aplicativos facilitam a comunicação com os usuários. O vínculo que constroem com as famílias, também é citado como uma facilidade, pois conseguem atender melhor à necessidade dos usuários quando estabelecem vínculos fortes. A flexibilidade do horário, relatam que é uma facilidade, visto que facilitam o cumprimento de metas e não horário. Também o fato de trabalhar há muito tempo na mesma micro área, o que facilita na hora de realizar as visitas domiciliares.

“[...]horário de verão a gente trabalha até a noite, ter essa flexibilidade facilita.” (Rosa)

“[...]Eu sempre mando uma mensagem: tem vacina pra fazer. [através de mensagem]aviso por whatzapp, facebook, as vezes coisa assim, eu sempre mando.”(Cravo)

“[antes da nova PNAB eu] pegava as casas todas que tivessem abertas eu entrava, agora nem sempre consigo passar em todas, mas aviso por zap, quando não consigo ir [...]pra mim conseguir atingir um grande número de pessoas eu tenho que usar os meios de comunicação.[facilitaria] se a gente atendesse 200 famílias por mês, famílias, não pessoas[...]a gente consegue 10 por dia, porque a gente trabalha 20 dias, então assim, 10 por dia, seria 5 de manhã e 5 a tarde, isso é viável de ter qualidade, as assim como está, tá difícil.” (Margarida)

“[...]as minhas ações são mais facilitadas porque eu planejo, pra depois ir, primeiro eu planejo [...] eu já sei o que eu vou fazer lá, eu já sei o que eu vou orientar, o que eu vou cobrar, então isso é uma facilidade. [também passei usar o whatsapp]eu abordo textos curtos, objetivos. As pessoas qualquer dúvida interagem comigo através do whatsapp, e eu faço acompanhamento de todas as famílias o mês inteiro[...] eu tenho 380 famílias[cadastradas no grupo]do celular[isso facilita] passar informações.”(Orquídea)

“[...]Facilidade muito pouca[...] facilidade melhor por causa que ta tudo por sistema, então tudo ficou mais fácil pro nosso serviço, porque nós queremos saber a idade, o problema de saúde, tu só vai no sistema e tu já acha esse meio facilitou.” (Girassol)

“[...]Facilidades? Eu to a bastante tempo na minha micro área eu conheço a minha população.[...]Quando eu tenho dúvida referente a qualquer coisa que eu queira pergunta, eu venho na minha enfermeira e ela me esclarece, ela vai me falar como devo agir[...] o telefone facilita bastante [meu processo de trabalho], quando eu não consigo ir na tua casa agendo pra tal dia, é uma coisa que tem ajudado.[...]o vínculo, eu acredito assim quando a gente consegue atender a necessidade daquela pessoa.“[...]acredito assim que quando a população ela decide as coisas juntos em questão assim da associação de moradores é melhor aqui da unidade de saúde a gente vai tentando de formiguinha um pouquinho por vez quem a gente conseguir alcançar.” (Jasmim)

“[...]a gente faz reunião toda sexta feira, a gente fecha a unidade e se reuni toda a equipe: médica, enfermeira, as agentes, a técnica, dentista, auxiliar da dentista, todas

pra ter a conversa sobre como está sendo o nosso trabalho, como que está lá fora, como e que as pessoas veem o nosso trabalho, se tem alguma reclamação.[...] facilidade no meu dia a dia, é eu sempre ser bem recebida dentro da unidade eu agradeço muito a Deus por isso, por agente ser bem recebida uma ótima equipe.[...] é muito importante é um processo e um trabalho muito importante agente vê importância e a agente fica muito grato quando a família vem uma hora boa recepção.” (Tulipa)

“[...] facilidades temos disponibilidade que é perto, perto da onde eu moro é perto da unidade de saúde.[...] maioria das famílias eu conheço. [...] tipo a gente como agente de saúde a gente sozinha não consegue resolver algum problema, mas tu vai e pede apoio da equipe se é uma equipe bem parceira, juntos a gente consegue.” (Hortência)

“[...] a facilidade é em trabalhar na comunidade, pois hoje eu tenho um jogo de cintura bem grande, pela minha carreira de agente comunitária, pela minha experiência, eu tenho um olhar mais seletivo. Eu consigo só no olhar, vê se a pessoa tá falando a verdade, tá falando mentira, ou é a necessidade da pessoa se é realmente aquilo ou tá fazendo o bicho maior do que é pra poder conseguir.” (Azaleia)

Como facilidades, os sujeitos apontaram o vínculo como um fator que facilita seu processo de trabalho, o fato de serem da mesma comunidade onde trabalham, ou, estarem já há muitos anos desenvolvendo seu trabalho na mesma comunidade, possibilita que os ACS reconheçam os usuários pelo nome, patologias que possuem, quais horários que estão em casa, quantos são os membros daquela família e, a partir disso, podem estar atuando ainda mais intensamente na promoção de saúde desta população.

Frente a isto, Silva (2015) diz que a facilidade é o vínculo forte que os ACS estabelecem com as famílias por trabalharem há muitos anos na mesma micro área, o que facilita na hora de realizar as visitas domiciliares. A flexibilidade de horário, também se apresenta como um facilitador, pois, possibilita que trabalhem em diferentes turnos, conseguindo assim visitar o maior número de famílias possível.

O trabalho do ACS está fortemente ligado à escuta/atendimento das necessidades das pessoas, de tal maneira que pode ser criada relações de confiança, permitindo a construção de um ponto de vista mais amplo sobre a saúde, voltado principalmente para a sua promoção (BROCH et al, 2018; RIQUINHO et al, 2018).

Ainda como facilidade, os sujeitos relataram que as redes sociais e aplicativos de comunicação, como potente ferramenta para auxiliar no seu processo de trabalho, pois conseguem compartilhar informações como, campanhas de vacina, consultas com especialistas e exames, dispensando assim a necessidade de uma

visita in loco a residência do usuário. O que certamente facilita e muito o trabalho, uma vez que com a reestruturação sofrida no ano de 2017 com a PNAB tem dificultado o ACS em realizar as visitas devido à sobrecarga de trabalho.

Subcategoria 1.3: Dificuldades para realizar o processo de trabalho do ACS.

Da mesma forma que as ACS encontram facilidades no seu processo de trabalho dentre as dez entrevistadas nove delas relataram que no momento estão encontrando muitas dificuldades. Pois, ao município implantar as prerrogativas da nova PNAB, houve desligamento de um número significativo de ACS, aumentando o número de famílias a serem visitadas. Referem sentirem-se sobrecarregadas, não estão conseguindo visitar o público alvo, quebrando o vínculo que haviam construído, bem como não conseguem criar um vínculo com as novas famílias por estarem sobrecarregadas e terem metas a cumprir. Com isso, muitas vezes, também ficou longe as novas famílias que precisam visitar, porque mesmo com a classificação de prioridades, e ficando quase a mesma quantidade de família, o território de abrangência tornou-se maior.

“[...]para dar conta, eu divido a minha micro área em quatro partes, uma por semana eu tento fazer, porque é rural e ela é distante.[...]antes eu era só rural, por mais que era aquilo tudo longe, mas eu sabia que aquela minha área era só rural. E agora não ficou duas, no caso uma urbana e uma rural, ficou bem difícil.[...]o lado da dificuldade é que antes nós éramos em 5 agentes de saúde, hoje estamos em 3 para atender a mesma população [...]ta certo que tem a classificação, mas eu não consigo dar conta, sempre alguém fica sem visita, os novos, não consigo priorizar.[melhoraria se] voltasse como era antes[...]bem menos família, tu podia dar atenção bem melhor, agora se torna muitas famílias, eu acho que essa é a grande dificuldades, porque o resto eu consigo conciliar bem.” (Girassol)

“[...]então no meu planejamento até o dia 15 eu tenho que estar na quadra xxy que é o meu divisor de 50%. [...]tipo esse mês nos estamos tendo uma dificuldade, é o mês que o nosso clínico está de férias, o atendimento não é mais aquela rotina, nós temos médicos, nós estamos assistindo a população, mas não é daquela forma rotineira como os outros meses. (Orquídea)

“[...]ficou muito mais gente em vez de ter 180 famílias, hoje com a nova PNAB, a gente tem de 320 a 350. Eu tenho 350 famílias.[...]antes eu conhecia um por um. assim eu conhecia todo mundo, todo mundo da família mesmo que sempre a esposa que me atende as vezes a marido, o filho tão trabalhando, eu conhecia quem era o marido quem era o filho que morava naquela casa. Hoje eu não sei mais isso, nessa micro

área nova teve pessoas que eu nem conheço.[...]eu ainda não consigo assimilar porque ficou realmente muita gente, isso está difícil.”(Rosa)

“[dificultou a nova maneira de trabalhar] porque são mais longe e porque fica muita família pra ti fazer no mês[...]ficou muitas casas [...]não aumentou só mais família, é que tem que fazer mais visitas, quem tem algum problema de saúde é mensal e muitas pessoas tem problemas. A maior dificuldade é que agora eu peguei mais casa, mas até saber quem é doente eu tenho que passar em todas, pra ver qual realmente eu tenho que acompanhar. [...]até arrumar o mapa está difícil, pois foi feito em auto cardi, aí ficou complicado de arrumar ele. [...]na minha opinião o maior problema é que a gente perde coisas importantes, porque [tem família que] não é visita mensal e naquele momento aquela família precisou mais do que aquela que estava doente.[...]outra dificuldade é com o pessoal que mora na minha área, as vezes eles 11 horas da noite,5 horas da manhã tão batendo lá em casa.Issso atrapalha tira minha privacidade.” (Cravo)

“[...]dificultou, porque, como eu falei antes, eu passava de casa em casa. Agora eu preciso ficar cuidando, passo aqui depois. Mesmo com três casa abertas tem que pular essas pra ir pra outra, porque aquela é bimestral, aquela trimestral.[isso] ta rompendo bastante o vínculo[...]a gente tem bastante influência sobre esses meus pacientes mais antigos, os mais novos a gente está começando a querer fazer o elo mas não tá muito fácil, dificuldade, nesses pacientes novos as vezes até pra entra na casa que daí não conhece. [...]porque assim esse [bairro] está crescendo muito, muitas pessoas não me conhece e quem me conhece está me perguntando porque não passo mais.[...]hoje em dia com 400 e poucas famílias não tem como, dobrou, tu não tens a qualidade, tu tens quantidade. [...]tá parecendo que eles [gestão e MS] não tão querendo qualidade, eu até estava conversando coma minha Enfermeira hoje, parece que números pra eles são muito mais importantes que qualidade. [...] também estou com uma dificuldade pessoal, porque eu não consigo mexer no meu sistema, se eu não trocar o número, gera outra coisa, preciso de ajuda nisso.” (Margarida)

“[...]a dificuldade que eu tenho é encontrar as famílias que eu preciso visitar em casa, porque eles trabalham então é mais difícil.[...]sair para fazer as visitas em dias de chuva e trovoada, pois agora como são muitas famílias, preciso sair de qualquer jeito, antes deva pra se organizar diferente, ia pra unidade nesses dias, depois compensava ficando até mais tarde, mas agora, devido o número de famílias, precisamos sair de qualquer jeito e mesmo assim, não vencemos. [dificultou muito com] a redução das agentes de saúde, pois teve aumento das famílias pra quem continuou trabalhando.” (Hortência)

[...]como a minha área é rural, outra dificuldade é que dependo de carro, devido as distâncias [...]ficou mais difícil passar um caso pra Enfermeira, de alguma situação mais grave nas famílias, pois nem sempre a gente acompanha o que realmente está acontecendo, dificultou a prevenção [...]tem família mensal que eu não consigo ir todo mês.[...]mesmo com a escala de prioridade, devido a volume, não conseguimos dar atenção, por exemplo, tenho caso de um senhor idoso que tem problema de diabete, hipertensão, ele mora sozinho[...]não sabe ler, então,eu teria que senta pegar a receita conversar com ele mostrar os remédios certinho que ele toma, mas no final, acaba não que não tenho esse tempo todo pra falar, pra conversar. [a gestão] cobra muito a questão dos números, tem que fazer x família, e isso desmotiva.” (Gerbera)

“[...]o agente comunitário ele prevê, previne muita coisa na comunidade. A maior dificuldade é que depois que entrou esse novo agir [PNAB 2017], tem muitas coisas acontecendo que eu não consigo acompanhar, acabo pegando algumas coisas no susto, não que eu visitei aquela casa, porque ela era trimestral, coisas que antes tu conseguia fazer.[esse novo modo] dificultou pra fazer as visitas, porque mesmo tu classificando e ficando quase a mesma quantidade, mas em um território bem maior, que tu tens que andar, de moto, de carro, a pé.[...]também o que dificultou foi os gastos, porque agora, gasto mais com gasolina e com celular, eu tenho moto, agora por semana gasto do meu bolso, R\$ 20,00 de gasolina, gasto por mês o plano [celular]R\$ 50,00 que eu tive que botar plano, mas a manutenção da moto. [...]agora eu tenho que fazer muita visita, ai ficou corrido. [...] tive muita dificuldade no começo por causa dos usuários de droga, dos traficantes, porque eu peguei uma micro área bem carente[...]dificuldade maior, foi pegar a confiança, construir o vínculo, teve família que eu levei 6, 8 mês pra conseguir o vínculo, tem família que eu consegui rápido, mas tem família que eu custei, sabe, custei a entra [na casa].[...]pra pessoa se abrir, pra falar das necessidades, se não eles nem deixava eu entrar, eles abriam a janelinha, é só assinar? Eu explicava que não, era minha primeira visita, eu tenho que entra na casa, eu tenho que fazer o cadastro, eu tenho que ver a sua situação eu não posso só pra assinar. Aí tive várias pessoas que recusaram, então assinaram o termo de recusa, eu não te quero aqui. [...]agora to vivendo isso de novo, porque a área acabou mudando, aquela que eu já tinha ampliou, então todo essa construção de confiança de novo. [...]outra dificuldade é que a resolutividade é bem pouca, por causa da quantidade de habitantes para cada ESF, uma médica só tais vendo ali a situação.”
(Azaleia)

“[...]pra além de ter aumentado o número de famílias, eu tenho dificuldade bem específica que parece bobagem, mas não é, tenho dificuldade de acesso devido os cachorros, a estrada é ruim, aqui como é rural tem porteira e o cachorro e a casa ficam longe. Tenho medo de ser mordida”(Jasmim)

Em relação ao processo de trabalho, os participantes destacaram como dificuldades a sobrecarga de trabalho gerada após a publicação da nova PNAB, o que além de aumentar consideravelmente o número de usuários por ACS, desestruturou a lógica de trabalho, onde agora se prioriza a cobertura de determinados grupos. Isto demanda maior tempo do ACS para realizar suas visitas uma vez que agora as visitas não seguem mais o planejamento por ruas, o que exige em muitos casos que o ACS percorra uma distância maior para realizar o mesmo número de visitas previsto diariamente.

Ainda como dificuldade, fica evidente a fragilidade do vínculo entre o ACS e os usuários, uma vez que além de que muitas famílias recebem visita domiciliar trimestrais, a qualidade desta visitas fica muito comprometida, pois segundo os participantes, a sobrecarga impõe diversas realidades ao ACS, como, a dificuldade de desenvolver uma escuta qualificada e de observar e identificar demandas dos

usuários. Este fato além de colocar o cuidado integral ao usuário em grande situação de vulnerabilidade, não o bastante, desperta no ACS sentimento de impotência frente a seu processo de trabalho, pois segundo os próprios relatos, podemos identificar que a baixa resolubilidade das demandas trazidas pelos usuários desperta no ACS sentimentos negativos, além de criar uma situação completamente desconfortável entre o trabalhador e o usuário. O que segundo os próprios participantes, está ligado a fragilização do vínculo que se desencadeou após a publicação da nova política.

Estas informações são alerta, pois, em muitos casos o ambiente de trabalho do ACS pode ser gerador de sofrimento para o ACS, quando este gera expectativas de produção de resultados ou resolução das adversidades trazidas pelos usuários não são alcançadas (BROCH et al, 2018; RIQUINHO et al, 2018).

Também apontadas como dificuldades, estão o fato de que algumas ACS assumiram outras micro áreas, muitas vezes distantes umas das outras, este deslocamento fica sob a responsabilidade do próprio ACS, também referem a necessidade de usar seus próprios meios de transporte para desenvolver seu trabalho, em alguns casos principalmente na área rurais as entrevistadas citam alguma dificuldades particulares como, porteiros fechadas, além de condições climáticas como a chuva.

Alguns estudos já apontavam para dificuldades do trabalho enfrentadas pelos ACS o sentimento de impotência em não poder ajudar o usuário devido à falta de comprometimento de outros setores. A utilização de recursos financeiros próprios para desenvolver o trabalho não é algo novo. Alguns estudos já sinalizavam para isto. Como trabalham em área rural e as casas ficam longe uma das outras, necessitam usar carro próprio para realizar as visitas domiciliares (SILVA, 2015).

Porém, percebe-se que com a publicação da nova PNAB, as dificuldades sofreram aumento. Como podemos identificar nas falas dos sujeitos onde o cuidado agora assume característica apenas de recuperação da doença, pois referem dificuldade em muitas ações de promoção e prevenção, sendo que essas ações praticamente não aparecerem nos depoimentos, ou seja, isso denota que não estão mais fazendo parte do seu processo de trabalho. Além também da fragmentação do cuidado, outra nova dificuldade identifica tem sido a fragilização do vínculo e a sobrecarga de trabalho relacionada ao aumento no número de famílias por ACS.

Subcategoria 1.4: Falta de representação sindical

Em relação a representação sindical dentre as dez entrevistadas oito delas relatou que o sindicato não as defendem em nenhuma das situações que já necessitaram, das dez, cinco não são associadas, uma delas não conhecem o serviço, uma das associadas relatou que a partir do momento que há política partidária no meio, nada fazem e das que são associadas, pretendem sair da filiação ao sindicato.

“[...]Tem o sindicato até eu não faço parte.[...]muitas meninas que eram até uma menina daqui e depois houve essa demissão em massa elas tiraram, porque o sindicato não fez nada por elas.” (Rosa)

“[...]Tem o sindicato[...]eu não sou associada já fui, mas hoje não.[...]porque eles não fazem nada[...]até hoje nunca vi tomarem frente pela gente[...] só lembro que uma vez nós tinha direito, não lembro do que era, mas o sindicato não insistiu, que nem a demissão do resto das agente comunitária que o pessoal foi, algumas pela lei que nós fomos contratadas não deveria ir pra rua.” (Cravo)

“[...]Sindicato? Não, que eu saiba não tem.”(Girassol)

“[...]Tem o sindicato no município, mas assim não sou filiada ao sindicato [...]na verdade, é uma coisa que não até hoje não me surgiu assim o sindicato.”(Jasmim)

“[...]o sindicato das agentes de saúde, em Santa Catarina tem um, mas o nosso aqui, ele não nos ajuda muito[...]faz muito tempo[...]6, 7 anos que sou filiada[...]eles não fazem nada pelo agente de saúde, achei uma, uma falta de consideração deles quando, teve demissão das outras meninas, eles não fizeram nada.” (Margarida)

“[...]Eu sou associada ao sindicato dos servidores públicos[...]eu acho importante estarmos filiados em algum instrumento que nos defenda, porque nós não estamos lá, e o sindicato está, porque nós somos servidores públicos de saúde.” (Orquídea)

“[...]A gente tem aqui o sindicato [...]eu sou afiliada no sindicato porque se um dia eu precisar de algum tiver algum direito, alguma coisa, é ali que eu vou saber todas as informações, eles vão me passar todos os dados e todas as informações.” (Tulipa)

“[...]Eu sei que tem, mas acho que é informal, umas meninas se reúnem para alguns direitos, mas eu não[...]mas não participo do grupo.” (Gerbera)

“[...]Tem o sindicato dos funcionários público[...]eu sou sócia, mas pouco faz pelo agente de saúde, se tu vai pedir um apoio de um aumento, alguma coisa uma reivindicação, muito pouco o nosso sindicato atua [...]provavelmente vou sair de sócia porque não serve de nada.” (Hortencia)

“[...]Existe o sindicato xxww, é sindicato dos funcionários públicos de AA e ZZ [...]eu sou associada.[...] porém, infelizmente, a partir do momento onde o sindicato tem

política partidária no meio, onde tem cunhas, onde tem troca de favores não tem defesa, eles não nos defendem em nada.[...]a gente tentou lutar por pelo piso salarial na época o prefeito não quis, a gente bateu o pé, bateu o pé até que conseguimos. Mas escutamos um monte de desaforo. O sindicato ajudou? Não! [...] a insalubridade, a gente procurou o sindicato, tem agente comunitárias de outros municípios, de outros estados que recebem, ainda não tivemos nenhum retorno do sindicato.” (Azaleia)

É dever do sindicato proteger as agentes comunitárias de saúde no âmbito de sua base territorial, perante as autoridades aos interesses legais de sua categoria, reivindicar junto aos poderes competentes em condições de melhoramentos técnicos, cultural e econômico para as agentes comunitárias de saúde, propugnar pela profissionalização dos agentes comunitários de saúde e por leis que assegurem seus interesses e que visem a melhoria de trabalho.

Defender as causas dos agentes comunitários de saúde e dos trabalhadores em geral sempre que necessário. É dever do sindicato prestar serviços de assistência jurídicas, também médica, odontológica aos associados, assim como, promover convênios com o comércio em geral, hospitais, entre outros, desde que seja considerado proveitoso ou econômico aos associados. Contudo, pelos depoimentos das participantes, a que são associadas a algum sindicato, não percebem tais benefícios.

CATEGORIA 2: Sentimento em relação as atividades como ACS

Essa categoria está estruturada a partir de três subcategorias a seguir descritas:

Subcategoria 2.1: Sente-se bem em realizar a atividade de ACS.

Das dez participantes entrevistadas seis relatam que é muito gratificante estar desenvolvendo o serviço de agente comunitária saúde, pois se sentem importante na vida das pessoas que atendem com uma informação, poder ajudar uma pessoa, pode as vezes, naquela hora ser uma ajuda para aquela pessoa que estava precisando, percebem que é um trabalho de grande importância poder se doar ao próximo.

“[...]eu tenho uma grande satisfação de desempenhar o meu trabalho de agente comunitária de saúde, eu gosto[...]somos o elo[...]nossa atuação como um elo de

ligação entre comunidade e gestão em saúde.[percebo que]a minha ida naquela família [como importante] tem que ver como eu sou importante na vida deles, ao levar uma informação.” (Orquídea)

“[...]É muito importante quando você vai acompanhar a família e depois você vê o resultado que a pessoa está bem.Como aconteceu essa semana, uma pessoa está bem debilitada,está ali com problemas, mas está sendo resolvido... isso pra a mim é muito gratificante! É muito importante você vercomo estava e depois voltar e acompanhar como ela está bem, como ela ta se sentindo bem, e como ela ta confiante com a equipe, isso e muito importante!”(Tulipa)

“[...]me sinto realizada [trabalhar como agente de saúde], tanto que faz 12 anos.” (Hortência)

“[...]é muito gratificante poder ajudar uma pessoa, poder às vezes, naquela hora que uma pessoa mais precisa, poder ser uma ajuda pra aquela pessoa.” (Cravo)

“[...]Gosto muito [de trabalhar como agente de saúde], tanto gosto que estou há 11 anos.” (Girassol)

O sentimento em relação ao processo de trabalho do ACS, estão relacionados aos sujeitos das suas atividades, usuários e equipe de saúde e ao reconhecimento, mediante o vínculo estabelecido e o sentimento de pertencimento ao serviço de saúde (BROCH et al, 2018; RIQUINHO et al, 2018).

A partir dos relatos das entrevistadas, identificamos que ser ACS desperta nas participantes o sentimento de compromisso e responsabilidade pela vida das pessoas que acompanham em sua micro área de atuação. Sentem-se também valorizadas pela comunidade, principalmente quando, conseguem resolver as demandas levantadas durante as visitas, ou até mesmo trazidas pelos usuários. Novamente o vínculo mostra-se peça chave no trabalho do ACS, pois está pautado na confiança entre usuário e ACS.

O próprio agir profissional do ACS deve estar pautado na estruturação e manutenção do vínculo com a comunidade. Esta característica se faz muito importante dentro de equipe de saúde ao trazer, para a unidade, as informações da comunidade e, devido ao tempo de atuação no trabalho, as famílias vão criando um forte vínculo com esse profissional, o que facilita a busca de informações nas visitas domiciliares (SILVA, 2015).

Subcategoria 2.2: Sentem baixa valorização da gestão, equipe e da comunidade frente as atividades dos ACS.

Diante das dez entrevistadas três delas relataram que há uma baixa valorização da gestão. Gostariam que houvesse valorização no trabalho do agente comunitário de saúde, pois se sentem desvalorizadas. Uma das entrevistadas sugeriu que se a gestão fornecesse um tablet, reconhecendo a importância para seu processo de trabalho facilitaria seu trabalho.

“[...]um tablet eu conseguiria ver cada usuário ali já no sistema a criança, o idoso, o hipertenso, eu já saberia cada um que tem ali dentro daquela casa e na minha folha de papel eu só vejo o usuário. A gente sabe de municípios que já tem essa tecnologia aqui nós ainda não recebemos essa ferramenta, que no meu ver auxiliaria no processo de trabalho” (Rosa)

“[...]desejo que o que estamos falando nessa pesquisa, sirva para repensar a gestão, sirva pra alguma coisa. Pois, está bem complicado trabalharmos do modo como foi assumido depois dessa nova portaria [PNAB]. [...]está bem complicado pra gente trabalhar da forma que tá aqui no município, e olha que eu não sou de fazer corpo mole, de me queixar! [...]considero que nós precisávamos ser mais ouvidas, para algumas reclamações não serem vistas como fofoca. [...]as enfermeiras deveriam levar para a gestão o que está acontecendo, pois tenho certeza que não é só aqui no meu bairro esse descontentamento, sei que também é no bairro, xx, yyy e zzz, mas nem sempre a equipe é comprometida, aí a nossa enfermeira leva, mas as outras não, aí parece que nós é que não queremos trabalhar, mas na real todo mundo está reclamando, está descontente” (Margarida)

Embora muitas sejam as razões que fazem o ACS sentir-se bem desenvolvendo suas atividades, podemos verificar nas falas dos sujeitos que muitas vezes ocorreu falta de reconhecimento da importância do trabalho do ACS por parte da gestão municipal.

“[o reconhecimento da gestão] antes era melhor, na primeira gestão do prefeito era melhor, hoje em dia tem umas barreiras alguma dificuldades.”(Margarida)

“[...]as vezes o mal reconhecimento, também de achar que a agente de saúde não serve pra nada, perguntam pra que existimos [...]parece que outras gestões a gente era mais reconhecida, a impressão é que essa não gosta das agentes de saúde.” (Rosa)

“[...]a gestão não nos dá atenção, recebemos só reclamação da gestão. Parece que nosso serviço não serve pra nada.” (Gérbera)

Este desconhecimento do papel do ACS e da grande contribuição do seu trabalho em relação a saúde da comunidade está presente inclusive na própria

população, que não compreende muito bem qual a função do ACS, considerando seu papel desnecessário.

“[...]Eu acho que as vezes é um trabalho assim que não é muito reconhecido que o pessoal acha desnecessário.” (Rosa)

“[...]outra dificuldade está, em às vezes a família saber mesmo como somos essenciais na vida deles, qual a importância de um agente comunitário de saúde tem em estar atendendo a casa deles, esta é a dificuldade a partir do momento que eles têm esse entendimento não existe mais dificuldade.” (Orquídea)

Para além dos problemas citados acima, podemos observar que em momentos cruciais da gestão do cuidado, no cotidiano dos serviços de saúde, a gestão muitas vezes ignora o fato de que o ACS também faz gestão.

Uma vez que seu trabalho exige do mesmo, capacidade inventiva frente à realidade que lhes é exposta pelo usuário. Neste sentido, o ACS apresenta-se como importante dispositivo de gestão, pois do seu encontro com o usuário, da imersão nas diferentes realidades e da problematização a partir da real demanda do usuário é que se faz o agir profissional do ACS, o qual interfere no processo de trabalho de todos os profissionais da ESF, estando carregado de tecnologias leves (MERHY,2002).

Ainda sobre o sentimento de desvalorização, alguns autores trazem a desvalorização do profissional e do trabalho do ACS como um dos principais fatores estressante desta categoria profissional. Esta falta de reconhecimento da equipe de saúde e da gestão sobre o trabalho dos ACS, repercute nas relações interpessoais e no trabalho em equipe, especialmente no que se refere às relações hierárquicas dentro da UBS (SILVA, 2015; BROCH et al, 2018; RIQUINHO et al, 2018).

Subcategoria 2.3: Sobrecarga de atividade na rotina de trabalho do ACS.

Dentre as dez entrevistadas todas referiram sobrecarga de trabalho após a nova PNAB, contudo, três expressaram que a sobrecarregou se deve ao corte dos profissionais de ACS, pois precisaram assumir o território dos que foram demitidos.

“[eu fazia em média] 5 ou 6casas por dia, agora como aumentou mais as famílias, eu visito umas 10 [casas].[trabalho] das 8 até as 17 [...]às vezes dependendo do dia, faço [as visitas] depois do horário, porque as pessoas trabalham.”(Cravo)

“[...]O pessoal pergunta, questiona, por que não está mais passando na minha casa? Aí eu digo que é porque eu tô sozinha, mas não é porque causa disso, é porque ta muita função pra uma pessoa só.”(Margarida)

“[...]agora esse novo ciclo que a gente entrou, eu to tendo a dificuldade de me organizar porque, o primeiro mês eu consegui visitar todas. No segundo eu consegui fazer as mensais e um pouco das bimestrais. Mas, quando chegou o terceiro mês, aí eu fiz as mensais, mas nada das tri. [...]as pessoas cobram a visita, não quero dizer que pra eles eu vou passar só a cada 2 ou 3 meses, porque, as vezes surge problemas, que se passássemos sempre conseguíamos ver, agora não mais” (Azaleia).

Em relação ao trabalho do ACS, este vem sendo muito prejudicado, principalmente no que se refere a qualidade do serviço prestado. A partir da publicação da nova PNAB em 2017, o que suspostamente daria ao gestor maior flexibilidade para definir prioridades na atuação do ACS, desvinculando a necessidade de 100% de cobertura da população, prevendo agora, a cobertura de 100% apenas em algumas áreas que apresentem situações vulneráveis. Também deixando aberto para a possibilidade de uma UBS possuir apenas 1 ACS (BRASIL, 2017). Na prática, a partir do depoimento de ACS comprometidos com o seu processo de trabalho, o que está gerando é uma sobrecarga aos agentes de saúde, que estão ficando frustrados em não conseguir mais desempenhar suas atividades como antes.

Como no município em questão, ocorreu à demissão de vários ACS, quem ficou, assumiu as microáreas que estavam descobertas. Em alguns casos inclusive dobrando o número de usuários por ACS, senão o bastante o fato de aumentar tão consideravelmente o número, outro fator que contribui para esta sobrecarga está a falta de vínculo com estes novos usuários e muitas vezes a distância entre uma micro área e outra.

Além disso, podemos evidenciar em alguns depoimentos que, as vezes ocorrem desvios de funções das ACS dentro das UBS.

“[...]falta um colega na unidade, o quebra galho é o agente comunitário, sabe, precisa de ajuda, é o agente comunitário, precisa de uma coisa é o agente comunitário. Isso de um modo ou outro, dificulta as visitas, dificulta o trabalho real do agente comunitário. [...]A gente está sempre à disposição pra ajudar a unidade no que for preciso, mas agora, com essa cobrança por produção, não é mais viável as unidade usarem as ACS para tapar furo [...]isso a gestão precisa enxergar e buscar resolver o problema de quadro de pessoas para as unidades [...]sempre ouvimos comentários de que há agentes que não fazem seu trabalho direito, e até vejo que tem realmente,

mas nunca fazem a meia culpa do quanto ajudamos quando nos solicitam dentro das unidades, pra quebrar galho, isso não conta” (Azaleia)

A PNAB em vigência, não apenas sobrecarrega o ACS, mas, descaracteriza toda a lógica de APS que vinha sendo construída desde a criação do SUS, tendo como principal ferramenta a ESF e apostando na cobertura do total da população, afim de criar uma linha de cuidado efetivamente integral para a população.

Constatamos nos relatos dos participantes da pesquisa, a análise feita por Morosini; Fonseca; Lima (2018) os quais referem que a nova PNAB promove um descomprometimento com a universalidade e integralidade do cuidado, principalmente, por meio da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para a AB, novamente, sob o argumento das condições ou especificidades locais. Estes padrões distinguem-se entre 'essenciais' e 'ampliados', sendo que os essenciais estão focados na doença, produzindo o modelo de atenção a saúde centrado na patologia das pessoas.

CATEGORIA 3: Relacionamento interpessoal do ACS com a equipe

Essa categoria está composta por duas subcategorias apresentadas a seguir:

Subcategoria 3.1: Bom relacionamento interpessoal com a equipe.

Das dez ACS entrevistadas nove relataram que possuem um bom relacionamento com a equipe, estando sempre sintonizadas para resolver qualquer problema, dando suporte uma a outra, sentem-se interligadas, em sintonia entre os diferentes membros da equipe.

“[...]dependendo a família eu consigo consulta, consigo carro, tenho sempre todo o apoio e mobilização da equipe.” (Azaleia)

“[...]Tudo tranquilo, nos damos bem, sempre estabelecemos acordos e buscamos cumprir [...]a chefe é super dedicada, a técnica também. Hoje estamos só com a enfermeira e com a técnica, mas sempre foi uma equipe bem, como é que eu vou te dizer, bem unidade pra tudo no que precisar um ta ajudando sempre o outro.” (Girassol)

*“[...]A nossa equipe ela é uma equipe boa a nossa enfermeira ela bem atenciosa.”
(Jasmim)*

*“[em relação a equipe]somos extremamente sintonizada[...]as agentes de saúde sintonizadas com a Enfermeira, com as técnicas, com o médico, com a vacinadora com o dentista, nós realizamos as buscas ativas que eles precisam, por exemplo, o dentista mudou um horário, ele tinha uma agenda, só que eles não conseguiram avisar tal pessoa e tal pessoa, de tal família. Solicitaram e nós fomos atrás e conseguimos”
(Orquídea)*

*“[nossa equipe] é uma equipe boa mesmo nossa, eu sou muito feliz. [...]eu sou muito grata, sou muito feliz por ter essa equipe, muito boa, eles nos valorizam, expressam que o agente comunitário de saúde é muito importante sabe, isso é legal, nos solicitam informações sobre a comunidade [...]não tenho nenhuma críticaquanto a isso.”
(Tulipa)*

“[...]Minha equipe é um ambiente tranquilo, sempre que agente precisa as meninas dão suporte, elas ajudam. Muitas vezes eu precisei, estava na casa do paciente e liguei pra que ver alguma questão, pra tirar alguma dúvida, todos sempre me auxiliam, não tive problema, sempre me responderam, eu acredito que a gente tem um trabalho em equipe bom aqui.” (Gerbera)

Em relação ao relacionamento interpessoal com a equipe, as entrevistadas apontam que o trabalho em equipe está presente na maioria dos casos. Sempre que necessitam de auxílio ou orientação, veem na enfermeira uma referência, onde sentem-se à vontade para discutir demandas de usuários e redefinir processos do cotidiano dos serviços.

“[...] A nossa Enfermeira é 100%! Ela cobra, cobra o que temos que fazer... isso, isso e aquilo. Diz: - eu preciso da sua ajuda nisso, naquilo e naquilo outro, mas não é aquele negócio assim, tipo cabresto. A gente faz por entender a importância e por respeitar ela, não é imposto” (Margarida)

“[...] nossa enfermeira todos os dias nos orienta brevemente, e quando voltamos pra bater o ponto, passamos pra ela um resumão do dia [...]ela toda a manhã vem e orienta pra nós o que chegou de orientação, dos e-mails que foi passado tudo, pede o que é preciso, aí saio rua fazer visita.” (Girassol)

Também apontam como uma boa relação com os demais membros da equipe interfere diretamente na qualidade do seu trabalho. Sentem que seu trabalho realmente está sendo valorizado.

“[...]o reconhecimento com a equipe em relação de quando a gente traz um fato que a gente coleta na rua ou alguma coisa, algum problema. Todos são bem tranquilos de trabalhar, enfermeiro, técnicos, médico. Se precisa fazer visita, eles assumem certinho

a agenda, bem tranquilo, curativo domiciliar eles também vão, dão o maior apoio assim bem bom, uma equipe bem boa de trabalhar.” (Hortência)

Quando ocorre o reconhecimento do ACS como membro da equipe, tendo suas ideias consideradas durante os movimentos de gestão da UBS, de forma que o mesmo sintá-se à vontade para discutir e expor suas ideias, nasce ali a possibilidade de desenvolvimento de ações de caráter integral às famílias e caracteriza uma atuação com maior mobilidade, ajustável às necessidades da comunidade, uma vez que é o ACS o profissional que tem contato direto com as diferentes realidades dos usuários (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

Subcategoria 3.2: Dilemas éticos em relação a alguns membros da equipe, frente ao cuidado com o usuário.

Uma participante relatou o descompromisso com o processo de trabalho por parte de alguns membros da equipe comprometendo a qualidade de todo o serviço. Expressa que existiu conflitos éticos quando tentou sugerir mudanças na rotina de trabalho, sendo repreendida de que deve cuidar do seu trabalho.

Outro dilema é a ACS participar da reunião de equipe, porém, nem sempre ter voz ativa nos processos de decisão. Expressa que alguns membros da equipe deveriam melhorar aspecto ético-profissionais no cuidado com os usuários do serviço.

O reconhecimento pelos demais membros da equipe em relação ao trabalho desenvolvido pelo ACS é de suma importância, pois além de estabelecer a confiança entre os profissionais, permite inclusão dos ACS no planejamento das ações em saúde, o que valoriza o diálogo entre diferentes saberes no contexto da ESF, sendo uma prerrogativa da política de atenção básica a saúde (SILVA, 2015).

“[...]Ao questionar com a equipe uma reclamação do usuário, e sugerir o porquê que agente não tenta assim, ou porque que vocês fazem assim, ou porque que não fazem assim, nosso questionamento é do que a gente ouve na rua, então trazemos pra equipe, mas a resposta de alguns profissionais é: - vocês cuidam do serviço de vocês que do nosso a gente cuida! Isso me magoou muito, por que falei em reunião, pra pensarmos, não comentei por aí...” (Rosa)

No entanto, o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional incluem aspectos interacionais, organizacionais e sistêmicos, que permeiam as relações intersubjetivas, como a confiança, a comunicação e o respeito mútuo, apontando para a influência da estrutura e da política organizacional, apoio institucional, mecanismos

de comunicação, coordenação, tomada de decisão e recursos para o trabalho em equipe. Por fim, os determinantes sistêmicos envolvem os componentes culturais, sociais, educacionais e profissionais que podem expressar relações de poder e estereótipos entre as profissões, o que dificultam a integração dos conhecimentos e práticas no interior dos serviços de saúde (PEDUZZI; et al, 2013).

CATEGORIA 4: Ações educativas junto aos ACS.

A presente categoria divide-se em duas subcategorias expressas a seguir:

Subcategoria 4.1: Ações educativas estruturadas na lógica da educação continuada.

Ao serem questionadas sobre ações educativas para qualificação profissional, expressaram que é sempre importante novos cursos, sempre é bem-vindo todo aprendizado recebido. Relatam que receberam um curso da Escola de Formação em Saúde (EFOS), para orientar o agir profissional do ACS, mas que estão sempre dispostas a aprender mais, para estarem sempre bem informadas e assim, poderem orientar corretamente a comunidade. Também sugerem cursos que possam envolver a comunidade.

“[...]Quando a gente faz alguma atividade educativa, a gente organiza, tem dias que fica aqui [UBS] pra organizar e pra realização dessas atividades, um exemplo, hoje a gente foi de manhã na creche.” (Girassol).

“[uma atividade educativa importante] seria ensinar modos de orientar os idosos sobre medicação, sobre como ajudar o idoso a separar os remédios por horários e não se perder, a gente tem uma demanda muito grande de hipertensos e diabéticos idosos e seguido pegamos eles tomando remédio errados.” (Rosa).

“[...]A atividade educativa que seria bom ser feito uma palestra sobre cuidados com quem é celíaco, porque eu tenho na minha área que as vezes a gente tenta ajudar, e geralmente, a gente não consegue, por não entender sobre esse tema.[...] alimentação seria bom também ter informações gerais de educação em saúde para passarmos.[as atividades de educação] pra gente faria em horário de trabalho mesmo[...]talvez aqui na unidade, ou as vezes no município, ali no salão que tem ao lado da igreja, ou se não na própria SMS que são lugar mais perto pra ir. [poderia ser] uma vez por mês[...]de manhã ou à tarde[...]tipo na minha unidade, no meu local de trabalho ali na minha área.” (Cravo)

“[...]questão de preventivo, de mamografia, as gestantes, as mulheres elas perguntam bastante, é interessante a gente saber, porque também são coisas que mudam. Até

um tempo atrás mamografia era uma idade, agora já é outra, é uma coisa que atualiza, de gestante também é bem interessante, hipertenso é algo que a gente costuma trabalhar nos grupos que a gente costuma ter. [...]O grupo de gestante, a gente faz um, começa um ciclo e depois termina, o grupo de tabagismo é um ciclo de mais ou menos um ano.” (Jasmim)

“[...]assim a gente sempre tinha cursos que falavam sobre a saúde, tipo assim, esse mês a gente falaria sobre a vermes[...]então é assim o era curso pra gente ter direto, mas as vezes está se perdendo. [...] a gente tem o curso da EFOS, mas ele não um curso técnico, ele é um cursinho só, pra gente saber mais ou menos como a gente trabalha com a comunidade, ensina mais ou menos as atividades dos ACS.” (Margarida)

“[...]Juma campanha na APAE também é muito importante para os pais, os cuidados que eles têm que ter como os filhos. Tudo isso é muito gratificante pra nós, dentro do trabalho, eu gosto de participar.”(Tulipa)

“[...]questões das vacinas fazer pra no caso palestras e orientações das vacinas, tem muitas mães que tem receio de fazer vacinas [...]acho que poderia ser feito palestra mini curso.” (Gerbera)

Em relação a ações de educação continuada, as entrevistas apontaram que participam do planejamento e condução de algumas atividades, principalmente dentro da lógica de campanhas de conscientização, de educação em saúde para a população. Os depoimentos, surgem a necessidade de ações de promoção de saúde das próprias agentes, como hábitos de vida saudáveis, sinais e sintomas de patologias.

Sobre a metodologia destas ações, as ACS apontaram que deveriam ocorrer durante o horário de trabalho, na própria UBS ou SMS, seguindo a proposta de palestras, com enfermeira ou outros profissionais de saúde, com uma frequência mensal ou semanal, a depender do tema que será trabalhado.

O trabalho do ACS está rodeado de sentimentos ambíguos, de prazer e sofrimento: o constante contato com a população, entrada em seus domicílios e vida privada, envolvimento, conhecimento das demandas e impossibilidades de ação, quando constata os limites do setor de saúde. Nessa aproximação e envolvimento do ACS com as famílias, há transposição dos problemas e das misérias humanas (JARDIM; LANCIMAN, 2009). Eles se envolvem, se veem naquela ocorrência e acabam sofrendo com isso (LUNARDELO, 2004, p.107).

Isto convida a refletir como a gestão está lidando com a saúde dos ACS, compreendemos que muitos destes relatos expressam um pedido de ajuda, pois como

ser um trabalhador da saúde, quando sua própria saúde está fragilizada. O que, exige uma atitude da gestão frente a esta realidade.

Subcategoria 4.2: Ações educativas estruturadas na lógica da educação permanente em saúde.

Todas as participantes demonstraram interesse na realização de ações educativas tendo em vista a lógica na educação permanente em saúde, pois percebem a necessidade de ampliar o conhecimento em saúde, trazendo assim, benefícios à população que abrange.

Em relação as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), as entrevistadas apontaram a necessidade de atividades voltadas não somente para os profissionais de saúde ou para os usuários, mas, que se criasse um cenário de troca de saberes entre os mais diversos atores.

Onde se é possível compreender que, antes do sujeito estar como profissional de saúde, ele é usuário, muitas vezes como no caso dos próprios ACS morador da comunidade, onde que estas ações de EPS desenvolvidas em conjunto com a comunidade auxiliariam na estruturação de vínculo, facilitando assim ações de promoção de saúde.

“[...]E até tava conversando entre nós em fazer uma educação, assim tanto pra nós, quanto para a comunidade de tipo de educação física pra tipo fazer umas caminhadas junto com os pacientes junto com a comunidade, mobilizar as pessoas com educação em saúde.” (Girassol)

“[uma atividade educativa importante seria] tratamento fitoterápico, pra saber desenvolver as habilidades do cultivo de plantas medicinais nos quintais[...]grupos, a gente ter alguém da pastoral da saúde ou ser treinado por alguém em relação adrogadição[...]então outro projeto comunitário é algo semelhante ao AA, mas para os usuários de drogas ilícitas [...] esse é o meu grande sonho, mas tem que ser grupos pequenos de 10, 12 pessoas, quando esse grupo consegue caminhar sozinho, formamos outro grupo um pouquinho mais pra ca, pode ser nas garagem de suas casas, o local pode ser qualquer lugar, o que importa é o encontro.” (Orquídea)

“[...]faria própria unidade de saúde ou com as Enfermeiras mesmo de cada equipe da uma informação básica na nossa língua[...]uma vez por semana, ou a cada quinze dias, ou uma vez por mês[...]no horário de trabalho[...]uma horinha, duas horinhas numa tarde as vezes, depende da periodicidade que ficar definido.” (Rosa).

Outro ponto muito importante que podemos observar nos discursos das participantes está as necessidades de ações de EPS, com a finalidade de instrumentalizar o ACS para lidar com questões do cotidiano do seu trabalho, sobre como desenvolver seu trabalho mesmo diante de culturas diferentes, considerando as impressões e vivências do usuário a partir do seu lugar de fala.

Ações de EPS devem seguir problematizando a realidade dos serviços de saúde, entre os próprios trabalhadores, a partir de suas próprias realidades, problematizando, resignificando e reinventando processos dentro de um movimento permanente (CECCIM; FEURWERKER, 2004).

Outrossim, percebemos a necessidade de atividades que sensibilizem o ACS para identificar e reconhecer situações de violências, para que, ao adentrar em uma residência durante a visita, possa realizar uma leitura minuciosa se ele está frente a uma residência onde ocorram casos de violência, podendo assim articular uma ação conjunta com a equipe.

“[...]Uma educação permanente importante seria a gente aprender a lidar com os problemas dos outros sabe, tu poder enfrentar pra poder ajudar as famílias[...]uma coisa mais complexa um abuso, uma violência e as vezes a gente não sabe como lidar com isso[...] poderia ser feito até em cada unidade sabe com o pessoal dali, a própria equipe.” (Hortência)

“[...]Eu citaria uma educação permanente sobre a forma de tu observa sabe um, sobre cultura sabe, que tem gente tem agente comunitária ainda que não, pegou ainda sabe essa de que não é todo mundo igual. [...]outro tema seria sobre saneamento básico, que a uma agente comunitária assim eu em oito anos que eu to, foi só pincelado assim sabe. [poderia ocorrer]não especificamente num local só, tu vai estuda saneamento básico, tem aquela aula prática, nós todos hoje vamos em tal lugar e nos vamos passar e vamos olhar eu vou ta explicando pra vocês e vocês ta olhando, como é que tem o valo, que tem esgoto, ou sabe uma coisa pratica uma coisa que entra. [...]certificado gera, mas seria bacana se gerasse um ponto no teu salário[...]pela tua formação[...] estar se qualificando, tu tais indo de atrás, tu tais cursando então o que, que aquilo ali gerasse um, um a cada 100 horas de curso uma bonificação[...]se tu fazer 20 curso de 10 horas ou sabe vai acumulando[...]e não é obrigatório, tu vai ou pra aprender, ou por causa da hora, mas tu vai ter que ir”(Azaleia)

Quando questionada sobre a metodologia destas ações de EPS, as entrevistas referiram que as ações devem ocorrer durante o horário de trabalho, semanalmente, tendo como locais distintos cenários, como: UBS, SMS e inclusive as casas dos próprios usuários. Também apontaram que a participação nestas ações não deve ser de caráter obrigatório, onde a participação deve estar diretamente ligada

ao desejo, disponibilidade e identificação do ACS com o tema. Além disso, outro ponto fundamental para o sucesso destas ações está no fato de que deve haver certificação ao final, e que a gestão pode incentivar a participação em ações como estas através de um plano de carreira, com progressão salarial para aqueles que buscam permanente atualizar-se.

5. CONCLUSÃO

Ao analisarmos as características gerais das ACS participantes do estudo, os resultados demonstraram que todas são mulheres, com idade entre 20 e 50 anos. A grande maioria é casada e católica. Boa parte delas completaram o ensino médio, foram preparadas para atuar na profissão com um curso introdutório para se tornar agente comunitária de saúde ofertado pela EFOS, bem como referem já ter realizado outros cursos ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde, e passaram por um processo seletivo.

Foi constatado que as agentes comunitárias de saúde possuem uma renda familiar média, sendo que a fonte de renda das mesmas não é apenas a sua, pois há outros membros familiar estão empregados e também recebem salários.

Diante do seu processo de trabalho elas se organizam planejando o seu dia a dia colocando em pauta, estabelecem metas e priorizando os usuários de acordo com a nova PNAB. O planejamento do processo de trabalho sofreu alterações onde agora as ACS devem priorizar famílias que já tem um problema de saúde, seguindo um público alvo mensal, bimestral e trimestral conforme o agravo, organizando as visitas domiciliares, sabendo que para isso precisam cumprir uma meta mensal. Relatam ter consciência que são o elo de ligação entre a comunidade e a unidade de saúde, então durante as visitas tentam orientar as famílias e procuram passar informações de todo funcionamento da UBS. Além de ser o elo com a comunidade também ajudam em algumas funções na unidade de saúde.

Ainda, em relação ao processo de trabalho do ACS, foram destacadas como facilidades a criação de vínculo com a população e o fato de residirem no bairro em que atuam, também consideram que o whatzapp e outros aplicativos facilitam na comunicação com os usuários, o vínculo que construíram com as famílias também é uma facilidade, pois quando conseguem atender a necessidade dos usuários sentem-se uma imensa gratificação, tendo em vista também que a flexibilidade do horário facilita o seu processo de trabalho. Entre as dificuldades frente suas atividades, expressaram que de acordo com a nova PNAB, sentem-se sobrecarregadas, devido a diminuição de praticamente 50% dos profissionais agente comunitário de saúde no município, o que quebrou o vínculo que muitas tinham com as suas comunidades, pois, agora priorizam o atendimento referente ao público alvo.

Frente aos resultados relativos ao sentimento das agentes comunitárias de saúde quanto as atividades que realizam, onde foi possível observar que há satisfação ao seu processo de trabalho, sendo muito gratificante estar desenvolvendo o serviço de agente comunitária saúde sentindo-se importante na vida dos usuários com uma informação, poder ajudar uma pessoa, pode as vezes, naquela hora ser uma ajuda pra aquela pessoa que está precisando, percebem que é um trabalho de grande importância podendo se doar ao próximo.

Contudo, algumas participantes destacam que se sentem pouco valorizadas pela comunidade, por a maioria das pessoas da comunidade ter pouco conhecimento do processo de trabalho dos ACS, mas, principalmente, a falta de conhecimento por parte da gestão.

Vale destacar o bom relacionamento interpessoal com a equipe apontado pela grande maioria das participantes. Sendo citados em uma entrevista que há um bom relacionamento entre a equipe, mas consideram importante que sejam ressaltados a falta de postura ético-profissional de alguns membros da equipe frente ao cuidado com os usuários.

Sobre as ações educativas acham muito importante a qualificação em ações educativas, sugerem que é sempre importante novos cursos, sempre é bem-vindo todo aprendizado recebido, estão sempre dispostas a aprender mais para estarem sempre bem informadas e assim poderem orientar a comunidade. Também sugerem cursos que possam envolver a comunidade, trazendo assim benefícios à população que abrange.

Em relação a representação sindical relataram que na maioria das vezes não percebem que o sindicato as defendam, que muitas vezes essa representação se perde frente a posturas político-partidárias. A maioria que participa dos sindicatos, refere desejo de sair, e uma expressa que não conhecesse serviço.

O presente estudo possibilitou identificar o grau de conhecimento que as agentes comunitárias de saúde têm em relação ao seu processo de trabalho, sendo possível constatar a necessidade das profissionais terem um conhecimento mais profundo de suas atividades, principalmente, frente as novas demandas impostas pela atual PNAB. Frente a isso, fica como sugestão a Secretaria Municipal de Saúde desenvolver mais ações de educação permanente em saúde para as agentes comunitárias de saúde junto com as equipes de saúde e comunidade, para que haja um maior conhecimento de suas funções e que possam argumentar perante a

comunidade diante de muitos questionamentos sobre qual a importância do agente comunitário, também poder dar apoio ou até mesmo uma resposta diante das dúvidas questionadas pelos usuários.

Esta pesquisa tem total importância para as agentes comunitárias de saúde do município participante do estudo, pois demonstrou que sua categoria contribui para o elo da comunidade com unidade de saúde, levando em consideração que o agente de saúde é essencial e de grande importância na vida do familiar.

Esse trabalho não esgotou as possibilidades de análise sobre o tema que foi proposto, cabe ressaltar que ainda existem muitos assuntos relacionados a categoria e seus aspectos em geral que ainda podem construir muito para o município. Os ACS, sugeriram ainda a elaboração de um programa de valorização do profissional, com as atividades que visem o cuidado a saúde do trabalhador. Contudo, o que ficou evidente no estudo, é a necessidade dos ACS serem ouvidos a partir de uma avaliação sobre a implantação das mudanças estabelecidas a partir da adesão do município a nova PNAB, pois, os agentes de saúde estão solicitando que sejam ouvidos para buscar dirimir os desconfortos e insatisfações produzidas ao município assumir as diretrizes na nova Política de Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - Sp, v. 18, n. 13, p.123-125, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2009.v13n28/123-135/#ModalArticles>. Acesso em: 01 dez. 2018.

ASSIS, Audrey Silva de; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto de. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280308, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300603&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 dez. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 16 de Abr. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_acs. Acesso em: 17 de Abril de 2018.

_____. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 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). Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 15 Maio 2018.

BROCH, Daiane et al. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá - Pr, v. 2, n. 17, p.1-7, 2018. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39287/751375137968>. Acesso em: 20 Nov. 2018.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 Maio 2018.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Maio 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; FEURWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p.41-65, 2004. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27642/000504229.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 Nov. 2018.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Atenção básica à saúde como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam! **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00136718, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800504&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2018.

FERREIRA, Juvenildo Santos; LADEIA, Luiz Eduardo de Góes. As implicações da política nacional de atenção básica (PNAB) na dinâmica dos serviços de saúde. **Id onLine Rev. Mult. Psic.** v.12, n. 42, p. 681-695, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1358/1947>. Acesso em: 01 Dez. 2018.

GUANAES-LORENZI, Carla; PINHEIRO, Ricardo Lana. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, Ago. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802537&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 Nov. 2018.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, Mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Dez. 2018.

LUNARDELO, Simone Renata. **El trabajodel agente comunitario de saluden. Núcleos de Salud para laFamiliaenRibeiraoPreto**. Sao Paulo, 2004, p. 154.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da estratégia de saúde da família (esf) no brasil, segundo a pesquisa nacional de saúde, 2013. **ciênc. saúde coletiva**, rio de janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, fev. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2018.

MELO, Marilene Barros de; QUINTAO, Ana Flávia; CARMO, Rose Ferraz. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 86-99, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100086&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Dez. 2018.

MERHY EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec;2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 Dez. 2018.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2018.

RIQUINHO, Deise Lisboa et al. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163-182, Abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100163&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Maio 2018.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia da pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, Francisca Aline Arrais Sampaio et al. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 191-197, Abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000200191&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Maio 2018.

SILVA, Sabrina José. **Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família**: desafios e implicações para melhorias das ações em saúde. Monografia Especialização. 113 f. Florianópolis: Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Professor Osvaldo de Oliveira Maciel, 2015. Orientado por Dra. Fabiane Ferraz.

SIMAS, Paloma Ribeiro Pires; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, Jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601865&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de maio de 2018.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Dez. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A:**ROTEIRO ENTREVISTA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dados participante pesquisa

Nome: _____

Codinome para identificação: _____

ESF em que atua: _____

Endereço de residência: _____

E-mail: _____

Fone: _____

Local de realização da entrevista: _____

Horário entrevista - Início: _____ Fim: _____

Características dos Agentes Comunitários de Saúde1. SEXO Masculino Feminino

2. IDADE: _____ anos

3. COR (segundo definição IBGE) Branca Preta Parda Amarela
 Outra: _____4. ESCOLA- Ensino fund. incompleto Ensino fund. completo
RIDADE Ensino médio incompleto Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto Ensino superior completo
Curso superior: _____5. ESTADO Solteiro Casado ViúvoCIVIL União Estável Divorciado6. RELIGIÃO Católico Espírita Espiritualista Ateu
 Evangélico: _____ Outro: _____7. RENDA FAMILIAR (Base salário mínimo R\$ 954,00)
 R\$ 954,00 a R\$ 1.908,00 R\$ 2.863,00 a R\$ 4.770,00
 R\$ 1.909,00 a R\$ 2.862,00 mais de R\$ 4.771,008. Profissão antes de Comerciante Doméstica
ser ACS Professor Do lar
 Vendedor Construção Civil
 Mineiro Autônomo
 Aposentado/pensionista Outro: _____

9. Você participa de algum grupo organizado em sua comunidade?

 Não Sim. Qual (is)? _____

10. Você desenvolve alguma função de liderança local em sua comunidade?

() Não () Sim – Qual? _____

11. Há quanto tempo você trabalha como ACS?

() 1 ano a 2 anos () 2 anos a 4 anos () 5 anos a 6 anos () 6 anos a 8 anos

() 8 anos a 10 anos () 10 anos a 12 anos () 12 anos a 15 anos () mais de 15 anos

12. Há quanto tempo você trabalha como ACS na ATUAL ESF? _____

13. Você fez algum curso para se tornar ACS?

() Não () Sim – Qual? _____

14. Quais serviços são disponibilizados na Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende o seu bairro?

- () Não sabe () Agendamento consultas especialistas
 () Grupos de Educação em Saúde () Consultas com Clínico Geral
 () Atendimento Odontológico () Consultas Enfermagem
 () Coleta de Exame Preventivo Câncer de Útero () Consultas Especialistas (pediatra, ginecologista, etc)
 () Vacinas () Entrega de Medicamentos
 () Visitas domiciliares (Agentes Comunitários Saúde) () Visitas domiciliares (Profissionais Saúde)
 () Consultas outro profissional saúde. Qual(is) ? _____
 () Consultas e cuidados com crianças menores de 5 anos
 () Procedimentos (curativos, retirada pontos, administração medicamentos, nebulização, verificação PA, Hgt)
 () Outros: _____

Perguntas relacionadas ao objeto de estudo

1. Na sua vivência como Agente Comunitária de Saúde, fale como você desenvolve as suas atividades do dia a dia (conte um dia ou uma semana da sua rotina de trabalho). Como você se organiza para as atividades que precisa realizar?
2. Quais são as principais facilidade e dificuldades que você encontra para desenvolver suas atividades de trabalho? Você pode descrever quais são as suas funções na UBS e na ESF?
3. Comenta como você se sente desenvolvendo suas atividades de ACS e em relação a equipe da ESF com que você trabalha. Há algum aspecto da sua rotina de trabalho que poderia ser diferente?
4. Se você fosse convidada a elaborar uma atividade de educação permanente em saúde para ACS, que assuntos você considera que poderiam ser abordados/incluídos? Como imagina que essa atividade pudesse ser realizada? Você tem alguma dúvida que gostaria que fosse esclarecida, sobre qualquer assunto, tanto que envolve o seu processo de trabalho, ou que você necessita para divulgar na comunidade?
5. Existe algum tipo de organização dos/as trabalhadores/as para defesa dos seus direitos? Sindicato, associação, grupos formais ou informais? Você é filiado/a ou associado/a? Por quê?
6. Comentários, críticas e sugestões que você vivencia e que possa promover melhorias no seu processo de trabalho na UBS/ESF.

* Roteiro adaptado do trabalho de: SILVA, Sabrina José. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família: desafios e implicações para melhorias das ações em saúde. Monografia Especialização. 113 f. Florianópolis: Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Professor Osvaldo de Oliveira Maciel, 2015. Orientado por Dra. Fabiane Ferraz.

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



Título da Pesquisa: “Agente comunitário de saúde: o elo entre a comunidade e a estratégia de saúde da família”

Objetivo: Identificar como o Agente Comunitário de Saúde percebe sua atuação junto a Estratégia de Saúde da Família e a comunidade

Período da coleta de dados: setembro e outubro de 2018

Tempo estimado para cada coleta: 1h por entrevista.

Local da coleta: UBS/ESF do município participante

Pesquisador/Orientador: Fabiane Ferraz **Telefone:** (48) 3431-2609

Pesquisador/Acadêmico: Daiane Aparecida Votri Castagnetti **Telefone:** (48) 99641-2131
9ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para realização da pesquisa.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Os dados serão coletados por meio de entrevistas com duração prevista de no máximo 1 hora realizadas em local e horário definidos pelo(a) senhor(a). Para as entrevistas, pedimos autorização para usar gravador digital a fim de gravar o seu depoimento para posterior transcrição, de modo a não haver risco de deturpar o conteúdo das informações expressas pelo(a) senhor(a). Contudo, será assegurado a(o) senhor(a) o direito de solicitar que o gravador seja desligado quando desejar que algo não seja

registrado, bem como, terá acesso à transcrição das entrevistas para leitura e validação antes da análise.

RISCOS

Os riscos ou desconfortos durante a realização da pesquisa serão mínimos, pois as perguntas da entrevista estão centradas na sua percepção sobre como é a atuação dos ACS nas ESFs e na comunidade. Estamos garantindo ao senhor(a) que a realização da entrevista será em local reservado, ou seja, que não seja possível outras pessoas ouvirem você está verbalizando, também estamos garantindo o anonimato e sigilo referente às entrevistas; a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de desenvolvimento da pesquisa.

BENEFÍCIOS

Ao aceitar participar o(a) senhor(a) estará colaborando com uma pesquisa científica para conclusão de um trabalho de conclusão de curso de enfermagem, que visa identificar como o Agente Comunitário de Saúde percebe sua atuação junto a Estratégia de Saúde da Família e a comunidade, a fim de dar visibilidade as ações que estão sendo realizadas de modo legal, bem como realizar proposições para melhoria do processo de trabalho que não estão sendo desenvolvidos do modo como deveriam.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) FABIANE FERRAZ, pelo telefone (48) 9 8833-3243 e/ou pelo e-mail olaferaz@gmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723, ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
_____ Assinatura	_____ Assinatura
Nome: _____ CPF: _____ - _____	Nome: Fabiane Ferraz CPF: 951.924.330-53

_____ (SC), ____ de _____ de 2018

ANEXOS

ANEXO A: CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.923.821

CAAE: 98364318.7.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Fabiane Ferraz

Pesquisador (a): Daiane Aparecida Votri Castagnetti

Título: "AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: O ELO ENTRE A COMUNIDADE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA".

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 27 de setembro de 2018.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP