

**Cristiane de Melo Aggio**

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE**

# **SAÚDE**

**NO MUNICÍPIO DE IRATI-PR,  
POR MEIO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS  
AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE**



**2022**

**Cristiane de Melo Aggio**

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE**

# **SAÚDE**

**NO MUNICÍPIO DE IRATI-PR,  
POR MEIO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS  
AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE**



**2022**

2022 by Editora e-Publicar  
Copyright © Editora e-Publicar  
Copyright do Texto © 2022 A autora  
Copyright da Edição © 2022 Editora e-Publicar  
Direitos para esta edição cedidos  
à Editora e-Publicar pela autora

**Editora Chefe**

Patrícia Gonçalves de Freitas

**Editor**

Roger Goulart Mello

**Diagramação**

Roger Goulart Mello

**Projeto gráfico e Edição de Arte**

Patrícia Gonçalves de Freitas

**Revisão**

A autora

## **ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE IRATI-PR, POR MEIO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE**

Todo o conteúdo desta obra, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva da autora. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos a autora. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

### **Conselho Editorial**

Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade Federal de Santa Catarina

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Cristiana Barcelos da Silva – Universidade do Estado de Minas Gerais

Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco

Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Edwaldo Costa – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás

Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará

Glauco Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense

Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz

Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA

João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas



**2022**

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas  
Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará  
Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes  
Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo  
Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes  
Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará  
Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista  
Rodrigo Lema Del Rio Martins - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

A266a Aggio, Cristiane De Melo  
Análise da produção de saúde no município de Irati-PR, por meio do processo de trabalho das agentes comunitárias de saúde [livro eletrônico] / Cristiane De Melo Aggio. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5364-060-3

DOI: 10.47402/ed.ep.b202216110603

1. Atenção primária à saúde – Irati (PR). 2. Saúde pública – Irati (PR). I. Título.

CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**Editora e-Publicar**

Rio de Janeiro, Brasil

contato@editorapublicar.com.br

www.editorapublicar.com.br



**2022**

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 MUNICÍPIO DE IRATI-PR .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE DE IRATI-PR .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 CONSTRUÇÃO DOS DADOS .....</b>	<b>15</b>
<b>2. INFORMAÇÕES E DISCUSSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 SUJEITOS DO TRABALHO DAS ACSS.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 OBJETO DO TRABALHO DAS ACSS .....</b>	<b>24</b>
2.2.1 COBERTURA POPULACIONAL PELA AB .....	24
2.2.2 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ACOMPANHADA PELAS ACSS .....	28
<b>2.3 MEIOS DO TRABALHO DAS ACSS.....</b>	<b>40</b>
2.3.1 MEIOS MATERIAIS DO TRABALHO DAS ACSS .....	40
2.3.2 MEIOS NÃO MATERIAIS DO TRABALHO DAS ACSS .....	48
<b>2.4 FINALIDADES DO PROCESSO DE TRABALHO DAS ACSS .....</b>	<b>60</b>
<b>2.5 RESULTADOS DO TRABALHO DAS ACSS .....</b>	<b>79</b>
<b>3. CONCLUSÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>90</b>
<b>SOBRE A AUTORA.....</b>	<b>99</b>

## APRESENTAÇÃO

Este livro poderia ser apresentado apenas como um trabalho de conclusão de um mestrado acadêmico, no entanto, por se tratar de uma avaliação das necessidades de saúde, de serviços e de recursos, da população usuária da Atenção Básica, de um município de médio porte, localizado na região sudeste do Estado do Paraná, entendemos que sua ampla divulgação contribuirá para a informação, reflexão e ação dos usuários, trabalhadores e gestores do sistema de saúde sobre a produção de cuidado em saúde.

A potência do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde em modificar o modelo de atenção à saúde hegemônico nos motivou a desenvolver esta pesquisa, particularmente por se tratar de um grupo de trabalhadoras da saúde que foi quantitativamente “desaparecendo”, durante a expansão da Estratégia Saúde da Família, no município estudado. Então, os componentes do processo de trabalho deste grupo ancoraram nossa exploração e avaliação da produção de cuidados, revelando como se deu a invisibilidade desta categoria na Atenção Básica.

Cristiane de Melo Aggio





## INTRODUÇÃO

Gostaria de iniciar a escrita deste livro compartilhando o meu percurso pela Atenção Básica (AB). Ao longo da graduação em Enfermagem, realizei estágios voluntários e curriculares em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde acompanhei os esforços municipais para consolidar esta estratégia de reorganização da atenção em saúde, o processo de trabalho em saúde, a prática do enfermeiro, as necessidades individuais, coletivas e de gestão, o apoio e a supervisão do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Em seguida, ingressei na primeira turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, vinculada à Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), quando o Ministério da Saúde (MS), embasado no projeto ReforSUS, financiou 19 destas residências, em todo o país (BRASIL, 2006). Além de formar profissionais e contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), em Marília-SP, esta Pós-Graduação também fez parte da expansão e a consolidação da ESF, com o credenciamento de dez novas USFs, como campo de prática.

Foi quando, enquanto residente, desenvolvi as atividades de ensino-aprendizagem e, simultaneamente, como enfermeira da unidade, participei da definição do território, da seleção e treinamento da equipe, da adequação predial, da aquisição de equipamentos, materiais e insumos, do cadastramento das famílias, da implementação de cuidados à população, além da preceptoria de outro residente e docência aos acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem, da faculdade citada anteriormente.

A maior parte dos ACSs não tinha experiência prévia na área da saúde e, com eles, participei da adscrição da população, do Curso Introdutório ao PSF, das atividades de educação em serviço e da Etapa Formativa I do Curso Técnico em ACS. Depois de quatro anos nesta unidade, passei a compor outra equipe, que era referência para duas unidades rurais, no mesmo município, onde permaneci por mais quatro anos e convivi com ACSs que estavam na ESF há mais tempo do que eu.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação do Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPGMIDC) da Universidade do Centro-Oeste (UNICENTRO), pensava em investigar a Síndrome de *Burnout* entre os enfermeiros que realizavam as atividades assistenciais e de docência, por ser uma condição por mim vivenciada ao longo da trajetória profissional. Todavia, com o decorrer das disciplinas, pude aprimorar o



conceito e a prática da interdisciplinaridade na comunidade e conheci o desenvolvimento comunitário, segundo as referenciais de áreas que eu não estava habituada a acessar.

Por conseguinte, ao fazer a releitura do meu percurso profissional e repensando o projeto de pesquisa, emergiu o interesse pelo processo de trabalho do ACS das equipes de Saúde da Família (eSF), nas quais o trabalho interdisciplinar deveria ocorrer a fim de promover a qualidade de vida da população, que pode ser alcançada com a produção de cuidado e com o desenvolvimento comunitário.

Na expectativa de não ter cansado o leitor com a minha biografia, brevemente foram apresentadas situações para mim significativas e que embasaram a construção deste livro, que tem a singela pretensão de olhar para a produção em saúde na AB, por meio do processo de trabalho aqueles que emergiram da comunidade, que para ela trabalham e que são considerados os protagonistas da equipe de saúde, no processo de mudança do modelo de atenção à saúde e ampliação do acesso às tecnologias necessárias para o bem-estar das pessoas, famílias e comunidades.

A escolha pelo município de Irati-PR foi inicialmente baseada na dimensão territorial, enquanto facilitadora da aproximação com os ACSs das áreas urbana e rural, e no objetivo do PPGMIDC de atender, cientificamente, às demandas biopolíticas e socioambientais regionais, fundamentais para a promoção e o aperfeiçoamento de seus processos de desenvolvimento e formação humana. Contudo, a exploração do campo permitiu a compreensão da verdadeira importância do problema do estudo neste cenário.

Após ter participado das comemorações dos dez anos de implantação da ESF, agora arrisco deixar para a posteridade um humilde retrato do amplo e complexo processo de desenvolvimento e consolidação do SUS, passados mais de 20 anos da concepção de saúde como direito humano a ser garantido pelo Estado e do surgimento do ACS e da ESF como primeiras iniciativas de fortalecimento da AB e reforma da atenção em saúde.

A AB nacional deveria ordenar as Redes de Atenção em Saúde (RAS) e ser o contato preferencial dos usuários. Enquanto uma das prioridades nacionais de governo, nos últimos anos, ela contou com a ampliação de investimentos e iniciativas, resultando em maior oferta de ações de saúde essenciais a mais da metade da população brasileira, com a ESF e os ACSs, cuja categoria contava com 258.310 profissionais, em janeiro de 2014, justificando a relevância da gestão das práticas das equipes de AB na agenda dos gestores do SUS (BRASIL, 2015; ALMEIDA, 2014).

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ratifica os valores de justiça social, direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade, da Declaração de Alma-Ata e também defende a visão da AB como um conjunto de valores e princípios orientadores do desenvolvimento dos sistemas de saúde, que deve ser renovado, no que tange à cobertura universal, liderança, prestação de serviços e políticas públicas que garantam comunidades mais saudáveis (WHO, 2008).

Concebendo saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, a OMS estimula o acesso universal ao mais elevado nível de saúde para todos os seres humanos, promovendo uma série de atividades, orientadas para melhorias no saneamento das famílias, na capacitação de trabalhadores da saúde, na formulação de políticas de medicamentos e pesquisa no fortalecimento dos serviços médicos e na luta contra as doenças (FERREIRA *et al.*, 2014).

Mundialmente, diminuiu a proporção de pessoas sem acesso à água potável, a natalidade entre adolescentes, a mortalidade infantil e materna por complicações durante a gravidez e parto e houve melhora na nutrição, no combate ao HIV, tuberculose e malária, na cobertura vacinal contra o sarampo, entre os menores de um ano, e no acesso ao saneamento básico. Já a disponibilidade de medicamentos essenciais a preços acessíveis foi prejudicada e manteve-se a insuficiência de unidades de saúde e funcionários e o baixo investimento em saúde, prejudicando o tratamento de doenças das pessoas com baixa renda, especialmente quando vários membros da sua família adoecem (WHO, 2014).

O Brasil participa das discussões internacionais sobre o acesso universal à saúde, sendo um dos membros do Conselho Executivo da OMS. O modelo, as experiências e os avanços tecnológicos do SUS lhes confere considerável influência no âmbito global e, para a Organização das Nações Unidas (ONU), o país é uma referência internacional na saúde pública a ser seguida pelos que buscam sistemas mais igualitários de saúde (FERREIRA *et al.*, 2014).

Com a Conferência Internacional, de 1978, em Alma-Ata, a AB foi disseminada e institucionalizada, sendo reconhecida e exigida a ação intersetorial, a organização e a participação da comunidade na construção social da saúde. Em quase todos os países da América do Sul, a participação popular tem espaços formalizados e institucionalizados nas políticas públicas e nos conselhos locais de saúde. Entretanto, frequentemente, poucos cidadãos participam somente da formulação do diagnóstico territorial e da tomada de decisões sobre as mudanças políticas impactantes nos determinantes sociais da saúde (FERREIRA *et al.*, 2014).

Desde a Constituição de 1988, o Brasil procura superar o modelo de atenção de base previdenciária, privatista, curativo, ineficiente e causador de grandes iniquidades, pelos princípios da descentralização, integralidade e participação popular, a qual defende a ampliação da autonomia dos usuários na condução do seu processo de cuidado e no enfrentamento dos condicionantes da sua saúde, juntamente com as ações horizontais e intersetoriais das equipes multidisciplinares (GIOVANELLA, 2015).

Portanto, o objetivo da AB de promover melhores níveis de vida à comunidade é compartilhado pelo desenvolvimento comunitário, associando a mobilização de diferentes recursos à participação comunitária, democrática e ativa, no planejamento e execução de programas locais, que identifiquem as necessidades a serem melhoradas para a conquista da qualidade de vida.

Na área da saúde, o desenvolvimento comunitário pode contribuir com os sujeitos fragilizados por condições particulares de saúde, com os programas de cuidados de saúde primários e diferenciados, proporcionando condições materiais para a melhora da autonomia e da rede social de apoio solidário (CARMO, 2001).

Considerando que o desenvolvimento comunitário concretiza o protagonismo dos sujeitos nos seus processos de mudança e transformação, as comunidades são o seu nervo central e os ACSs, ativos e participativos, seriam um dos seus valiosos recursos na mudança de comportamentos e atitudes das pessoas em prol da satisfação das suas carências e da criação de condições para o seu crescimento econômico e social local, pois, melhor do que ninguém, conhecem as fragilidades, fraquezas e problemas a serem ultrapassados (OLIVEIRA, 2014).

Entretanto, a participação social necessita ser ensinada e as autoridades sanitárias apoiadoras da AB devem definir claramente seus papéis e responsabilidades neste processo. Há poucos artigos sobre a competência dos profissionais para trabalhar com o desenvolvimento comunitário, a formação nessa área é desigual e os formuladores das políticas devem apoiar a educação da comunidade, quanto o conhecimento dos seus fatores internos e externos impactantes, a organização e gerencia de recursos, a avaliação e informação dos projetos, a construção e manutenção dos relacionamentos interpessoais, além do ensino e desenvolvimento do diálogo, do empoderamento, da colaboração e da participação nas tomadas de decisão (GIOVANELLA, 2015; GRUIDL; HUSTEDDE, 2015).

Nas instituições de ensino, o desenvolvimento comunitário tem sido trabalhado nas áreas de ciências sociais, administração, educação, antropologia aplicada, serviço social de

comunidade, agronomia e saúde pública, logo, a dialogicidade e a integração das ciências e conhecimento podem romper com a hiper especialização e fragmentação das políticas, saberes e práticas, ao articular os distintos setores, serviços e equipamentos na produção do cuidado em saúde (CARMO, 2001).

Cuba é o país da OMS com a maior proporção de médicos na população, onde o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde tem sido uma prioridade nacional, investimentos são feitos na formação para a AB com ênfase nos determinantes sociais da saúde e no trabalho em equipes multidisciplinares, as quais fazem parcerias com serviços sociais, escolas locais, organizações e estruturas políticas. A Argentina, Colômbia, Uruguai e Brasil também defendem o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, a ação intersetorial e a participação social na prestação de serviços de AB, a fim de expandir a capacidade de análise, intervenção e autonomia nas práticas transformadoras de gestão e no estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (WHO, 2008; GIOVANELLA, 2015; BRASIL, 2011).

Sendo a saúde um dos componentes do desenvolvimento sustentável da comunidade, mais do que uma organização dos serviços de saúde, as equipes multidisciplinares da AB, próximas dos clientes e responsáveis por uma dada população, têm grande potencial de imprimir mudanças no modelo de atenção e na promoção do desenvolvimento comunitário.

Enquanto instrumento terapêutico complementar dos cuidados diferenciados de saúde, o desenvolvimento comunitário permite que o usuário da AB se sinta tratado como pessoa singular, dotado de direitos de cidadania e de apoio social e essa singularidade emerge do Projeto Terapêutico Singular, que articula um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, construídas coletivamente pela equipe interdisciplinar, e de outras ações interdisciplinares da equipe de referência, que facilitem a humanização da gestão e da atenção, com alto grau de comunicação, de troca de saberes, afetos e corresponsabilidade entre os seus integrantes (CARMO, 2001; BRASIL, 2007).

Tendo em vista que tanto a AB como o desenvolvimento comunitário buscam o fortalecimento da comunidade para a conquista da sua autonomia e do acesso aos recursos necessários para melhorar seu modo de viver e, partindo do pressuposto de que o processo de trabalho do ACS retrata a produção de saúde da sua localidade, uma vez que ele trabalha na comunidade e a representa, foi investigado o processo de trabalho do ACS na produção de saúde da Atenção Básica de Irati-PR, por meio de uma pesquisa exploratória, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

### 1.1 Município de Irati-PR

O município de Irati-PR apresenta médio porte populacional e está localizado na região sudeste do Estado do Paraná, onde está instalada a sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, a qual é composta por nove municípios (PARANÁ, 2020).

Em 2015, este município possuía 24 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), sendo 16 no interior e oito nos bairros, um Pronto Atendimento (PA) e quatro Clínicas, a saber: Odontológica, Clínica do Bebê, Clínica de Fisioterapia e Sala de Raio-X (PREFEITURA MUNICIPAL DE IRATI-PR, 2015).

Conforme o Histórico de Cobertura da ESF, entre os municípios da 4ª Regional de Saúde, além da mais tardia implantação de ACS e de eSF, Irati-PR teve o menor avanço destes elementos, vide a tabela 1 (BRASIL; DAB, 2015).

**Tabela 1-** Histórico da implantação da SF nos municípios da 4ª Regional de Saúde, Irati-PR, 2015.

	Implantação de ACS		Implantação de eSF		Situação em 2015	
	Ano	Número	Ano	Número	ACS	eSF
<b>Fernandes Pinheiro</b>	2001	6	2001	1	16	2
<b>Guamiranga</b>	1998	9	2001	1	20	3
<b>Imbituva</b>	1998	30	2000	1	45	7
<b>Inácio Martins</b>	1998	13	2000	1	16	3
<b>Irati-PR</b>	2002	33	2004	5	15	5
<b>Mallet</b>	1998	12	2003	1	12	1
<b>Rebouças</b>	1998	5	1998	1	35	4
<b>Rio Azul</b>	2000	16	2000	1	31	4
<b>Teixeira Soares</b>	1998	13	2000	3	17	3

Fonte: Brasil, 2015.

Entre 2000 e 2010, o crescimento da população do município teve uma taxa média anual de 0,71%, enquanto a taxa de urbanização do município passou de 75,08% para 79,94% e, dentre as 56.207 pessoas que vivem no município, não houve uma diferença estatística considerável quanto ao gênero, em todos os grupos de idade. Embora a taxa de envelhecimento tenha passado de 6,31% para 7,94%, quase 70% da população tinham entre 15 e 64 anos de idade (PNUD, 2013).

A renda per capita média de Irati-PR aumentou de R\$ 417,53, em 2000, para R\$ 685,81, em 2010, assim como o percentual da população economicamente ativa passou de 66,16% para 70,83%, sendo que 55 % dos ocupados completaram o ensino fundamental e 73,3% % deles recebiam até 2 salários mínimos. Já proporção de pessoas com renda domiciliar per capita

inferior a R\$ 140,00 passou de 28,58% para 6,79% e a porcentagem de vulneráveis à pobreza caiu de 52,98% para 23,85%, no mesmo período (PNUD, 2013).

Os indicadores iratienses dialogam com os nacionais e refletem as repercussões positivas das políticas econômicas e sociais vigentes, como a redução na taxa de desemprego, a valorização do salário mínimo e o aumento das receitas tributárias, do mercado interno, do Gasto Social Federal (GSF) per capita, das transferências de renda com o Bolsa Família, do impacto positivo na renda dos beneficiários da Seguridade Social e da ampliação da oferta de serviços sociais, que levaram o país a cumprir, em apenas em 10 anos, o compromisso com os Objetivos das Metas do Milênio da ONU (FONSECA; FAGNANI, 2013).

## 1.2 As Agentes Comunitárias de Saúde de Irati-PR

Como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2012, determinava que a deveria ser ESF a estratégia de expansão, qualificação, consolidação e reorganização da AB vigente no país e, considerando a gradual redução do número de ACSs no município de Irati-PR, decidiu-se estudar esta categoria profissional.

Não participaram deste estudo um ACS que, segundo informações extraoficiais, não exercia suas atividades junto à equipe e não respondeu ao contato da autora, um que se recusou a participar do estudo, um que estava afastado do trabalho por questões de saúde, durante o período do estudo em campo, e outro da área rural, com o qual não foi possível estabelecer contato telefônico e acesso por via pública, em decorrência dos estragos provocados pela enchente, que assolou o município.

Então, a perda de participantes foi inferior a 4% e na tabela 2 foi apresentada a distribuição das ACS segundo as unidades de saúde.

**Tabela 2-** Distribuição dos ACSs, segundo as unidades de saúde, Irati-PR, 2015.

Unidades de Saúde	ACS pertencentes às equipes (n)	Participantes deste estudo (n)
Centro Social Rural Goncalves Junior	1	1
Posto de Saúde Ademar Vieira de Araújo	4	1
Centro Social Rural Vila São João	4	4
Centro Social Rural de Guamirim	2	1
Unidade de Saúde Rio Bonito	2	2
<b>Total de ACS</b>	13	9

Fonte: Dados do estudo, 2015.

Quanto à caracterização das participantes, todas eram do sexo feminino, com idade entre 27 e 47 anos (média de 34,6 anos), sendo 57,1% casadas, uma era solteira e morava com pais e avós, uma era viúva e morava com filha e genro e outra era separada e vivia com os filhos. A renda familiar das mesmas estava entre um e três salários mínimos (média de 1,8 salário mínimo).



Todas as ACSs eram naturais de Irati-PR, nenhuma participava de grupos comunitários e, com exceção da solteira, possuíam entre um e três filhos (média de 1,8 filhos). Em relação à escolaridade, apenas 1 tinha concluído a graduação e as demais tinham o ensino médio completo.

Entre as que informaram a experiência profissional, uma era do lar, uma trabalhava na agricultura e três haviam trabalhado no comércio. O tempo de trabalho como ACS variou de seis meses a 12 anos (sendo 43% há 5 anos, 28,5% há 10 anos) e o tempo de moradia no bairro foi de três a 34 anos (média de 15,2 anos, sendo que 43% delas ali residiam por mais de 20 anos).

### 1.3 Construção dos dados

Os encontros com as ACS foram previamente agendados e se deram nas dependências das unidades de saúde e a autora também acompanhou algumas ACSs em suas visitas domiciliares (VD). Para ampliar o conhecimento sobre o processo de trabalho desta categoria, dois dos três Secretários da Saúde que atuaram, ao longo de dois anos, na gestão municipal vigente, participaram deste estudo.

Considerando a participação dos usuários dos serviços de saúde no Conselho Municipal de Saúde (CMS), buscou-se as discussões sobre o trabalho dos ACSs, nas atas, que, por não estarem disponíveis para o acesso eletrônico e público, foram disponibilizadas pela a secretária da Casa dos Conselhos de Irati-PR.

Além das cópias de quatro atas (duas do ano de 2013 e duas de 2014), nas quais o ACS ou seu processo de trabalho haviam sido mencionados, também foram buscadas informações sobre o ACS nas páginas eletrônicas dos jornais locais (Folha de Irati-PR, Jornal Hoje Centro Sul e Rádio Najuá) não sendo encontradas manchetes e, dentre as que se referiam às questões de saúde do município, nenhuma fez menção ao ACS ou seu trabalho.

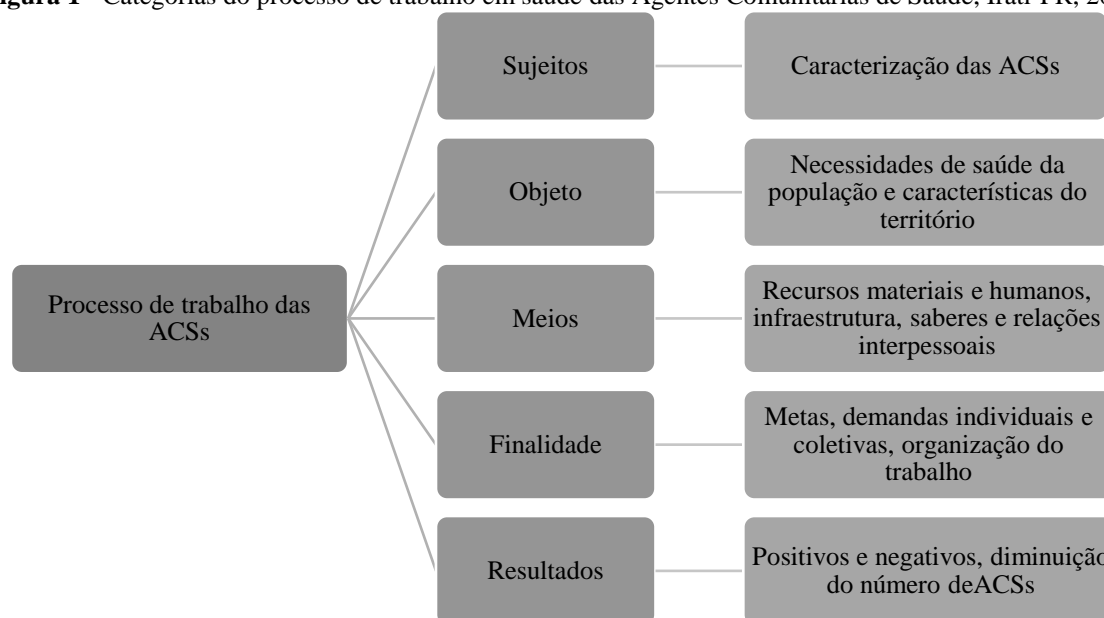
Os dados obtidos foram tratados segundo o referencial da análise de conteúdo de Laurence Bardin (2006). Na primeira fase desta análise realizou-se a leitura flutuante e edição das transcrições das entrevistas dos ACSs e dos gestores, bem como os recortes das atas do CMS, formulando-se a seguinte hipótese: O processo de trabalho dos ACSs representa a produção de saúde da sua localidade, uma vez que ele trabalha na comunidade e a representa.

Tomando por base as dimensões do processo de trabalho em saúde, propostas por Faria *et al* (2009) e representadas na figura 1, organizou-se as categorias do processo de trabalho das ACSs. A categoria dos meios do processo de trabalho do ACS foi subdividida nos temas:



equipamentos, instalações físicas das unidades de saúde, conhecimentos e habilidade profissional, interação interpessoal do ACS na equipe e comunidade e, na categoria dos sujeitos do processo de trabalho do ACS, foram elencados os temas: Estado, gestores, Conselho de Saúde, equipes de saúde, usuários, sociedade, ACS e sua família.

**Figura 1** - Categorias do processo de trabalho em saúde das Agentes Comunitárias de Saúde, Irati-PR, 2015.



**Fonte:** Dados do estudo, 2015.

A categoria objeto do processo de trabalho do ACS foi caracterizada pelas necessidades de saúde da comunidade assistida pelo ACS que, segundo Cecílio (2009), compreendem as condições de vida, vínculo, o acesso a bens e serviços, a autonomia e as características dos territórios (diagnóstico situacional, vulnerabilidade).

Devido a sua complexidade, a organização do trabalho foi pormenorizada nas seguintes subcategorias: duração e ritmos, níveis de exigência, tipo de tarefas, condições físicas e ambientais do trabalho, exposição a agentes de risco, relações sociais no local de trabalho, mobilidade no trabalho, autonomia, emprego precário, trabalho feminino, renda, expectativas do ACS, reconhecimento, realizações, absentismo e problemas de saúde ocupacional.

A categoria dos resultados contemplou os efeitos do processo de trabalho em saúde/do ACS sobre a situação de saúde da população e a categoria das finalidades considerou o que está sendo feito para responder às necessidades de saúde da população, como as ações de saúde para a demanda espontânea e programática, de educação em saúde, satisfação dos usuários (interesses e objetivos políticos locais), como o sistema trabalha com as demandas sociais e a organização do trabalho do ACS.

## 2. INFORMAÇÕES E DISCUSSÃO

Como já referido anteriormente, o corpus de análise deste estudo foi constituído pelo detalhamento das entrevistas com nove ACSs e dois gestores de saúde, além de quatro atas do CMS, as quais foram distribuídas e categorizadas, segundo as dimensões do processo de trabalho do ACS, a saber: sujeitos, objeto, meios, finalidade e resultados.

### 2.1 Sujeitos do Trabalho das ACSs

Apesar da falta de dados oficiais, tentou-se verificar se as ACSs Irati-PR representavam a sua comunidade, com base em informações disponíveis sobre o referido município e as características encontradas nesta pesquisa sobre as ACSs.

Considerando o processo de trabalho do ACS um indicador da produção de saúde na AB, a análise da categoria dos sujeitos deste estudo revelou quem eram estas pessoas e como se tornaram ACS. Como as ACSs são os membros da equipe de saúde mais próximos das pessoas nos territórios, no quadro 1 suas principais características foram retomadas e comparadas às da população de Irati-PR.

**Quadro 1-** Principais características das Agentes Comunitárias de Saúde e da população geral de Irati-PR, 2015.

Características	ACSs de Irati-PR	População de Irati-PR
Sexo feminino	100% das ACSs	51% da população Iratiense
Idade	Média de 34,6 anos	8% entre 30 e 34 anos
União estável	57% das ACSs	47,3% da população Iratiense
Número de filhos	Média de 1,8 filhos	27% das famílias possuem 4 pessoas
Escolaridade	89% com ensino médio	47% dos adultos com idade $\geq 18$ anos têm ensino fundamental completo
Renda mensal	Média de 1,8 salários mínimos	1% das famílias recebiam até 2 salários mínimos
Atividade econômica	33,4% trabalhavam no comércio	19% da população economicamente ativa atuavam no comércio

**Fonte:** Dados do estudo, 2015; IBGE, 2015.

O grupo de ACSs de Irati-PR foi composto por mulheres que possuíam a escolaridade exigida em lei, que haviam sido atingidas pelas crises econômicas e, mesmo desprovidas de experiência prévia na área da saúde, se lançaram ao mercado de trabalho, apresentando características muito semelhantes às dos primórdios da profissão, especialmente com a experiência do Ceará, de 1987, que recrutou mulheres vitimadas pela seca e pela desigualdade social de suas áreas para o combate à mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2010i).

No Rio de Janeiro (RJ), Recife e Porto Alegre, a maior parte dos agentes tinha experiências comunitárias, de cuidados ou de participação em movimentos associativos, antes de ingressar na profissão, outros eram mal remunerados no emprego e viram nesta ocupação a oportunidade de melhor remuneração. As mulheres, que são maioria da categoria, puderam associar o trabalho com o acompanhamento da família, filhos e afazeres domésticos (CULTICOM, 2014).

Estudos realizados na África, Ásia, América Latina e Oceania mostram que as características dos agentes podem influenciar o seu desempenho, o qual foi melhor entre os agentes com maior escolaridade, que tiveram as mesmas doenças da população, que tinham menos tarefas domésticas e que dependiam da renda adquirida com o trabalho (KOK *et al.*, 2014).

A predominância de mulheres nos serviços de saúde, na profissão de ACS e, até mesmo na enfermagem, é uma característica histórica do Brasil que merece atenção, já que as atribuições do ACS, de cuidar, orientar e zelar pelo bem-estar físico e social das famílias, determinadas na legislação, se aproximam do senso comum que associa as mulheres à função de cuidadora, que é muito próxima do trabalho doméstico feminino, o qual tende a ser desvalorizado, precarizado e inseguro (BRASIL, 2010i; ROCHA *et al.*, 2013).

Na Índia, desde 1997, as mulheres moradoras de aldeias, parteiras e auxiliares de enfermagem são selecionadas para o trabalho voluntário como ACS. No Quênia, os moradores das localidades, alfabetizados, após acessar os anúncios divulgados nos diferentes canais de mídia, participam do processo de seleção para trabalho de ACS (SHARMA *et al.*, 2014; OLIVER *et al.*, 2015).

Atualmente, no Afeganistão, há mais de 20 mil ACSs e a maioria é de mulheres analfabetas, que recebem apenas os reembolsos das suas viagens às unidades de saúde. Pessoas da comunidade, com disponibilidade para o trabalho voluntário e para transformar um cômodo da sua casa em posto de saúde, se candidatam a vaga de ACS, passam pela aprovação do conselho de aldeia (normalmente composto por líderes tradicionais) e então são treinados para a função. No caso das mulheres também se faz necessária a permissão do chefe masculino da família (NAJAFIZADA *et al.*, 2014).

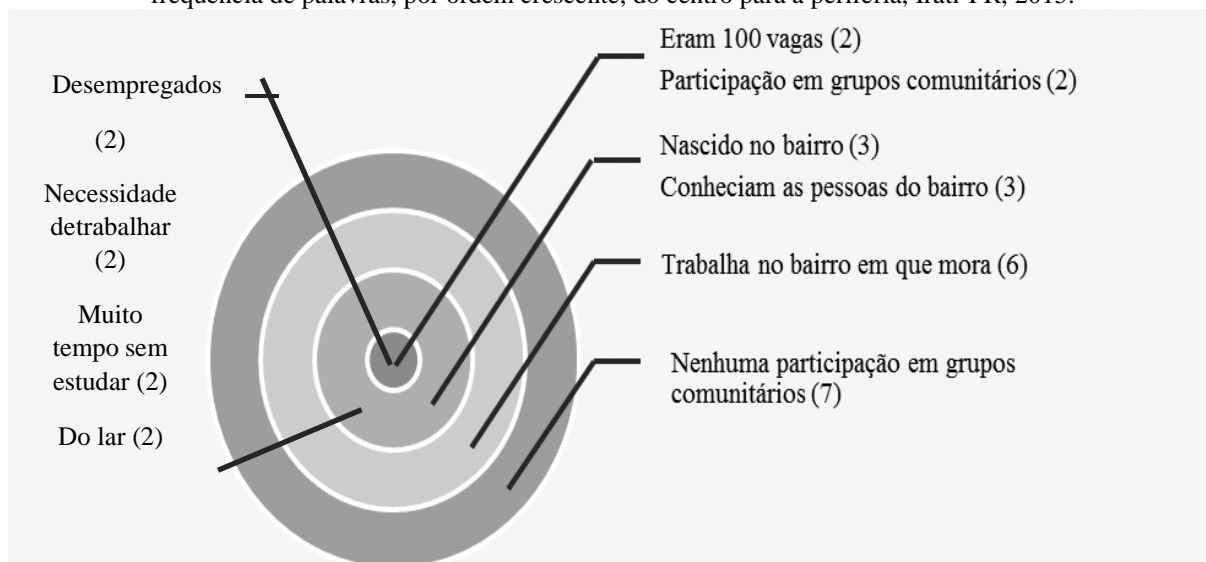
No Irã, após a comprovação da conclusão do ensino médio e a aprovação em prova teórica e entrevista do conselho local, os moradores das áreas rurais se tornam ACSs, que são

funcionários permanentes do sistema de saúde, comprometidos a se manter nesta comunidade por, pelo menos, quatro anos após seu treinamento (JAVANPARAST *et al.*, 2011).

No Quênia, os candidatos para ACS com idade entre 30 e 40 anos tiveram melhores resultados na seleção, os do sexo masculino registraram melhor desempenho nas informações e os com maiores níveis de educação tiveram maior satisfação do cliente, boa manutenção de registros, uso adequado de materiais de apoio e aconselhamento de forma adequada aos clientes (KOK *et al.*, 2014).

As informações complementares sobre a caracterização das ACS foram apresentadas na figura 2, segundo as aproximações semânticas dos temas desta categoria de análise.

**Figura 2** - Informações complementares sobre a caracterização das Agentes Comunitárias de Saúde, segundo a frequência de palavras, por ordem crescente, do centro para a periferia, Irati-PR, 2015.



Fonte: Dados do estudo, 2015.

Segundo os gestores entrevistados, em 2002, os ACSs surgiram em Irati-PR, com a habilitação de 100 vagas de trabalho para o PACS, sendo este o passo inicial para a implantação do PSF, que veio a ocorrer em 2004, quando cinco equipes foram habilitadas. As mulheres deste estudo tiveram conhecimento da seleção para o emprego de ACS através de notícias divulgadas pelo rádio, quando vivenciavam o desemprego e a necessidade de (re) ingressarem no mercado de trabalho.

Um dos gestores lembrou que, na época, uma das exigências do MS era que o candidato, preferencialmente, residisse no bairro onde fosse trabalhar, o que foi atendido pela maioria das mulheres aprovadas para o cargo de ACS.

Embora a regulamentação do PACS no Brasil tenha se dado em 1997, enquanto estratégia de aprimoramento e consolidação da descentralização de recursos do SUS e da

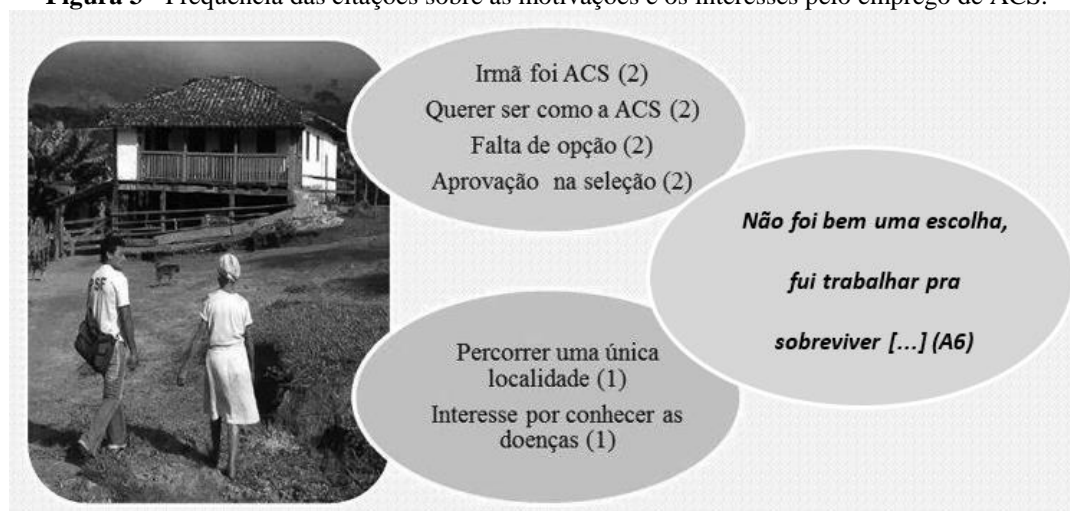
reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, a sua implantação no município estudado só veio a acontecer em 2002, quando o país já contava com mais de 150 mil ACSs (BRASIL, 2002).

Seguindo a recomendação da PNAB, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Irati-PR se responsabilizou pelo recrutamento, seleção e contratação de 100 ACSs, sendo-lhes exigido apenas a conclusão do ensino fundamental e a comprovação de residência no bairro correspondente à vaga para ACS e tais exigências estavam em consonância com a Lei Nº 10507/2002, que cria a profissão do ACS, exceto no que tange à conclusão e aproveitamento do curso de qualificação básica para a formação do ACS.

A seleção do ACS, prevista nesta lei, não atendeu as recomendações do MS quanto à comprovação dos critérios de liderança e solidariedade, de capacidade para o aprendizado e de responsabilidade no desenvolvimento de suas tarefas, tão pouco a Lei Nº 11.350/2006, sobre o aproveitamento de pessoal, que retificou os requisitos desta seleção: residir na localidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público, e ter concluído o ensino fundamental e o curso introdutório de formação inicial e continuada (BRASIL, 2002).

As poucas mulheres nascidas no bairro em que trabalhariam disseram conhecer as pessoas da sua comunidade e negaram ter participação prévia em grupo comunitário. Algumas queriam ser como a ACS que lhes visitava ou como sua familiar que também fora ACS, mas os fatores decisivos para assumirem o cargo foram a aprovação na seleção e a possibilidade de trabalhar perto de casa, seguidos do interesse em aprender sobre as doenças e da possibilidade de se deslocar em uma única região e não na cidade toda, como fazem os agentes de controle de endemias (ACE) (Figura 3).

**Figura 3** - Frequência das citações sobre as motivações e os interesses pelo emprego de ACS.



**Fonte:** Dados do estudo, 2015; Ministério da Saúde, 2009i.

Mesmo com as diferentes nomeações, desde a década de 1940, o mundo tem definido o ACS como um educador comunitário, curandeiro, leigo que, na maioria das vezes, é membro da comunidade em que trabalha, para a qual entrega mensagens de saúde de um modo culturalmente relevante, fazendo a ligação entre esta e os prestadores de cuidados e serviços de saúde (ARVEY; FERNANDEZ, 2012).

Existem evidências datando a existência do ACS há mais de 50 anos, todavia, após a Conferência de Alma Ata, em 1978, este se tornou uma estratégia universal para o alcance da meta de saúde para todos e para a superação da escassez de trabalhadores da saúde e de um sistema nacional de saúde generalizada (OLIVER *et al.*, 2015).

No Brasil, o PACS foi nacionalmente oficializado em 1991, pelo MS, inspirado nas iniciativas de algumas áreas do Nordeste, Distrito Federal (DF) e São Paulo (SP), que contavam com pessoas da própria comunidade no enfrentamento das condições de saúde, priorizando ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Tais pessoas se tornaram profissionais de saúde, responsabilizados pela difícil tarefa de aproximar o governo e a comunidade, de apoiar os indivíduos e coletivos sociais, de identificar as situações mais comuns de risco em saúde e de participar junto às equipes de saúde na orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, em consonância com a seguinte fala:

*São eles quem melhor conhece a pobreza, as mazelas do povo, na hora e local em que acontecem [...] (G2).*

Vale lembrar que as características das ACSs de Irati-PR sobre o gênero, o desemprego, a falta de experiência prévia na área da saúde, o nível educacional, a renda e o tempo de experiência na profissão se mostraram semelhantes aos encontrados na literatura sobre o processo de trabalho dos agentes brasileiros.

A quase totalidade dos documentos internacionais sobre os ACSs reforça a importância das comunidades poderem escolher aqueles que lhes servirão e recomenda que a participação da população no processo seletivo dos seus ACSs deixe de ser uma exceção (LEHMANN; SANDERS, 2007).

Embora haja consenso sobre a correlação entre a participação da comunidade na seleção dos ACSs e o sucesso do PACS, no Brasil, esta não é amparada pela legislação, ainda que o MS sugira que, nestes processos seletivos, a solidariedade, a liderança, a necessidade de morar e conhecer a comunidade tenham o mesmo ou maior peso que a melhor qualificação técnica, a qual poderá ser construída no decorrer da profissão (LEHMANN; SANDERS,



2007; BRASIL, 2002).

Os ACSs do RJ acrescentam que a opinião popular acaba por legitimar a sua condição de cidadão, com potencial de influenciar as práticas nos serviços, além de ser prioritária na avaliação do seu trabalho, pois também são usuários do serviço de saúde em contato íntimo com a comunidade (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Apesar da fissura no processo de seleção, pode-se inferir que as ACSs de Irati-PR representaram suas comunidades, compartilhando das suas características sociodemográficas e com elas construindo vínculo, senso de pertencimento, de identidade, de compartilhamento de ideias e princípios, de entendimento natural, próprio do morar onde se trabalha, com tamanha intensidade a ponto de se estender aos seus familiares (BAUMAN, 2004).

Há um consenso de que os ACSs são mais eficazes quando compartilham a cultura das populações que servem, supondo-se que além de falar a mesma língua, a compreensão das forças socioculturais que moldam as experiências cotidianas das pessoas e sua múltipla influência cultural e comunitária os tornaria mais capazes de adequar as mensagens de saúde e de compreender as razões veladas daqueles que aprovam ou rejeitam os comportamentos recomendados (ARVEY; FERNANDEZ, 2012).

A comunidade de origem do ACS é outro fator que pode estar associada com o seu desempenho. Agentes da comunidade onde trabalha se mostraram mais confiáveis a ela e tiveram melhor desempenho, porém na Uganda, aqueles que moravam mais longe da comunidade foram melhor aceitos pelos pacientes estigmatizados pelo HIV, sendo que na Zâmbia e Uganda, a melhor adesão do cliente ao tratamento se deu pela experiência pessoal do ACS com as doenças da comunidade, aumentando a compaixão e ligação dele para com os pacientes (KOK *et al.*, 2014).

Em países fragilizados, em conflito ou em pós-conflito, os agentes ajudam na legitimidade do Estado por ser um representante da organização de saúde na aldeia e acabam por proteger os prestadores de cuidados de saúde e as suas instalações através do envolvimento de comunidade (NAJAFIZADA *et al.*, 2014).

Em Santa Maria (RS), os agentes demonstraram que após a criação do vínculo passam a se sentir integrantes das famílias e se tornam corresponsáveis por elas, assim como em outro estudo a maioria dos agentes julgou essencial para o sentimento de confiança e cumplicidade entre eles e a comunidade a exigência de atuar na área onde reside, pois assim compartilham os mesmos problemas, cultura e realidade e estabelecem uma relação de respeito



(PESERICO *et al.*, 2014).

A participação prévia das ACSs em grupos populares não foi verificada nesta pesquisa e pareceu não ter comprometido o trabalho das mesmas, ao passo que a necessidade de morar no local de trabalho contribuiu para a função de interligar a população e o serviço de saúde e contemplou uma das dimensões da comunidade, postuladas por Santos (2000): a participação e solidariedade.

Nas décadas de 1970 e 1980, no período da ditadura militar, principalmente no Nordeste, os agentes de saúde das iniciativas de entidades religiosas, organizações não governamentais (ONG's) e instituições acadêmicas desenvolviam atividades na saúde comunitária e pública e estavam ligados a movimentos populares, sendo uma referência na articulação entre as ações de saúde e a comunidade, devido ao seu nível de atuação e de presença na localidade (CULTICOM, 2014).

Logo, o ACS representa o desenvolvimento comunitário, traduzindo a almejada união de esforços entre as populações e os poderes públicos para as melhores condições econômicas, sociais, culturais e de saúde da localidade, com potencial para desenvolver projetos comunitários na Saúde Pública que busquem a igualdade dos recursos que possam transformar o destino dos indivíduos de jure em indivíduos de fato e promovam um seguro coletivo contra incapacidades e infortúnios individuais (SILVA, 1964; BAUMAN, 2004).

Além de local de trabalho, o bairro é um espaço conhecido, familiar às ACSs, no qual já estavam estabelecidas suas relações, vínculos afetivos e desavenças, o que pode também lhes facilitar a administração das tarefas domésticas e até mesmo a permanência no emprego. Logo, o trabalho das ACSs no ambiente doméstico favorece o seu trânsito às residências e o acesso aos assuntos íntimos das famílias, ao mesmo tempo em que constroem suas redes sociais (ROCHA *et al.*, 2013).

Ainda que o trabalho no bairro em que se mora permita o não uso dos meios de transportes públicos, favoreça o ganho de tempo e o maior conhecimento sobre o sistema de saúde local, esta exigência não se mostrou essencial ao trabalho diário dos ACSs de São Carlos, pois os demais profissionais não residentes no território também conheciam a realidade local e criaram vínculo com a comunidade (MENEGUSSI *et al.*, 2014).

A recomendação do ACS residir em seu local de trabalho foi inspirada nas interconexões de comunicação e no vínculo social entre ele e a comunidade, todavia, o compartilhamento de características e objetivos comuns, o sentimento coletivo e de

pertencimento e as relações de proximidade de território e de vizinhança foram modificados e perdidos com a modernidade, marcada pelo individualismo, consumismo, ética hedonista e fragmentação do tempo e do espaço (BAUMAN, 2004).

Assim, a proximidade e o acolhimento das relações sociais comunitárias foram substituídos pelo isolamento do homem, motivado pelas próprias realizações e esvaziado de suas referências. Portanto, ao ingressar na equipe de saúde e representar o Estado na comunidade, o ACS passa a assumir múltiplas identidades e centros de poder, silenciando os discursos locais e se distanciando da naturalidade e da credibilidade do pertencimento “natural” (BAUMAN, 2004).

## **2.2 Objeto do trabalho das ACSs**

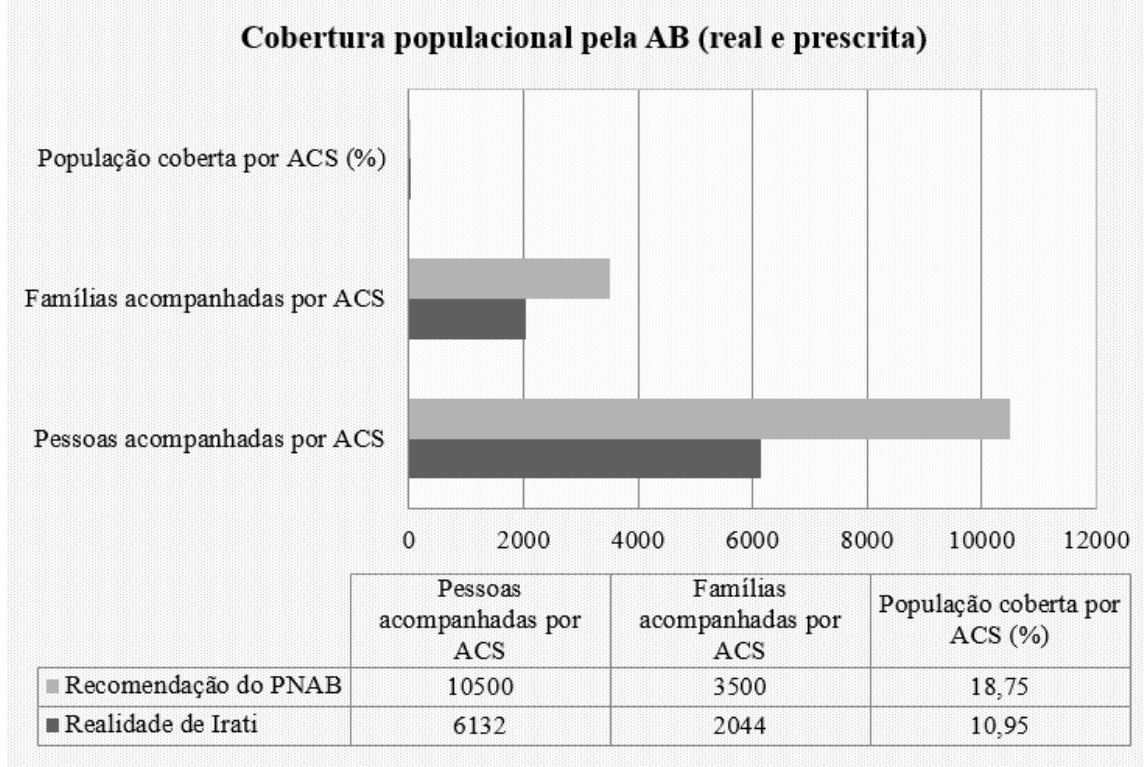
Da análise da categoria do objeto de trabalho das ACSs emergiram dois indicadores de produção de saúde, um sobre a cobertura da população pelos ACSs e outro que caracteriza as necessidades de saúde da população e o território sob a responsabilidade das mesmas.

### **2.2.1 Cobertura Populacional pela AB**

Segundo os gestores de Irati-PR, o município seguiu as recomendações das Portarias do MS, de modo que, inicialmente, cada eSF era responsável pelo acompanhamento de 4.000 a 4.500 pessoas. Acrescentaram que após 2013, esse número poderá chegar a 2.000 pessoas/equipe, desde que seja respeitada a complexidade da população adscrita. Em consonância, as ACSs disseram acompanhar entre 120 e 200 famílias (146 famílias/ACS, em média).

O IBGE estima que cada família de Irati-PR, em média, possui três pessoas e, considerando que o município dispõe de 13 ACSs, verificou-se que o quantitativo de ACS e de população por eles acompanhada está em desacordo com a PNAB, que oriente ser este número o suficiente para a cobertura de 100% da população, sendo cada ACS responsável por até 750 pessoas (Figura 4).

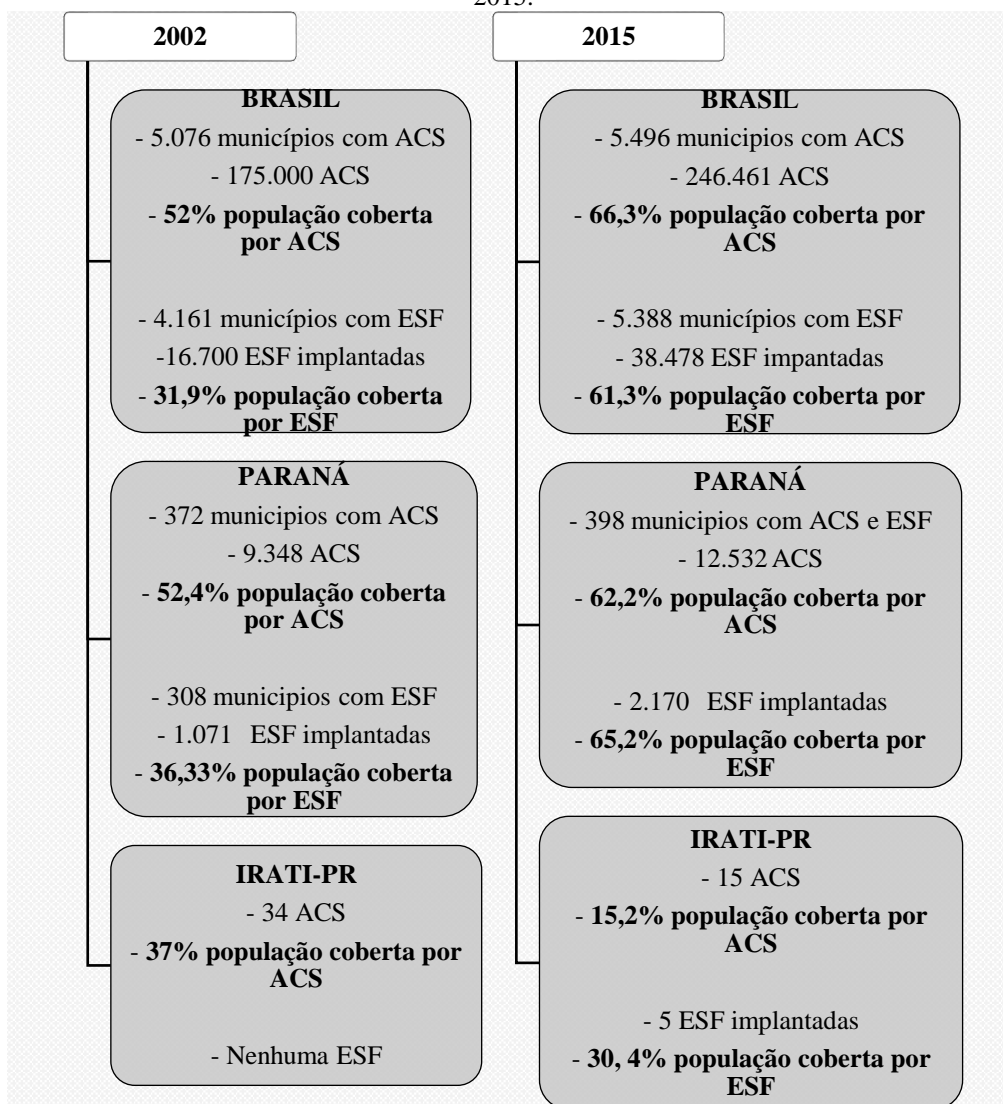
**Figura 4** - Comparativo entre a recomendação e realidade da cobertura populacional por ACS, Irati-PR, 2015.



**Fonte:** Dados do estudo, 2015.

Sabendo que a PNAB responsabiliza cada eSF por aproximadamente 3.000 pessoas e que Irati-PR possui cinco destas equipes, estimou-se que mais de 70% da população estavam descobertas pela AB. O histórico desta cobertura, a nível local, estadual e nacional foi representado na figura 5.

**Figura 5** - Comparativo do histórico nacional, estadual e municipal de cobertura da Atenção Básica, Irati-PR, 2015.



Fonte: BRASIL ([20\_?])

Isoladamente, a baixa cobertura populacional poderia ser um valioso indicador do acesso à saúde, pois, quando a totalidade da população deixa de ser acompanhada por ACS, a AB não se torna o ponto preferencial de entrada dos usuários à RAS, havendo um descumprimento do direito humano fundamental à saúde, garantido pela Lei N° 8.080/1990, e dos princípios norteadores do SUS, quanto à universalidade e à integralidade.

A seguinte fala de um dos gestores pode explicar a baixa cobertura populacional pela AB em Irati-PR:

*O não funcionamento da AB no município é histórico, por muito tempo deixou-se de investir na AB e o município aplicou mais em urbanismo do que em saúde (G1).*

Os critérios nacionais utilizados no cálculo da população por equipes da AB não são claros, refletem sua construção histórica mais focada em ações programáticas para grupos de

risco e influenciam o acesso, a carga de trabalho da eSF e a satisfação do usuário e dos profissionais de saúde. Assim como em outros países, o governo inglês tem utilizado a análise do perfil populacional da AB na reestruturação dos seus serviços e nos cálculos da sua cobertura e, enquanto no Brasil cada eSF é responsável por até 4.000 pessoas, na Espanha, a proporção de usuários/médicos na AB é de 2.500, na Holanda é de 2.350, na Dinamarca é de 1.600, em Portugal é de 1.500 e na Itália é de 1.030 (TESSER; NORMAND, 2014).

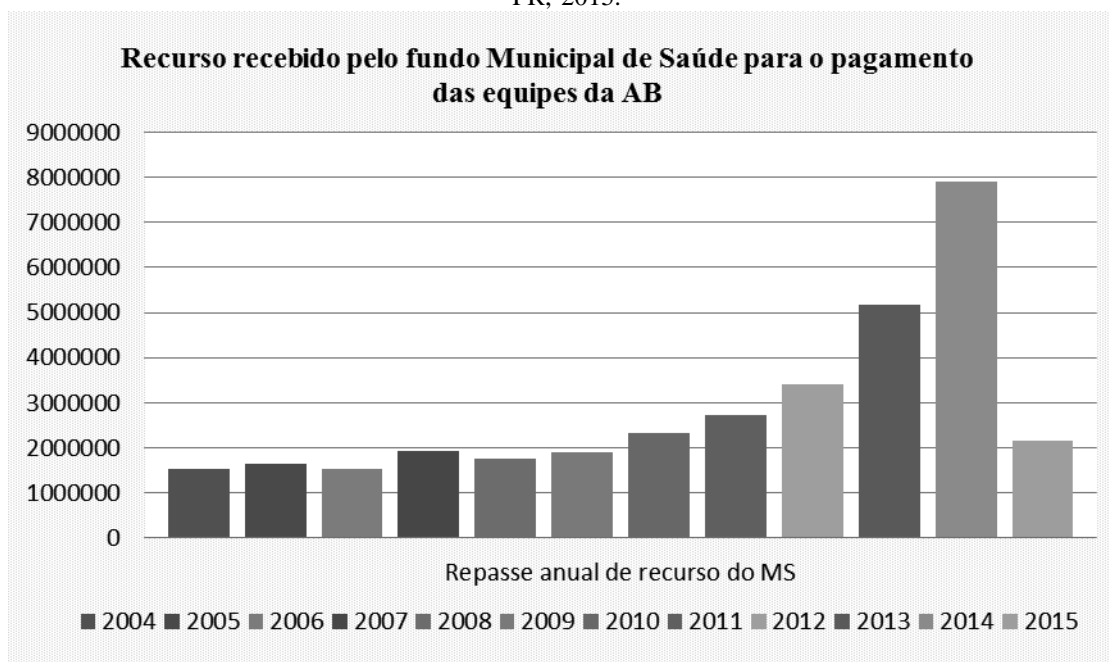
Logo, a baixa cobertura da população pelas ACSs não é um indicador a ser analisado isoladamente, pois a PNAB recomenda que este cálculo considere a equidade e o grau de vulnerabilidade dos indivíduos ou coletividades. Embora possa haver equipe com menos de 750 pessoas/ACS, quando a sua vulnerabilidade for alta, não há normas federais que respaldem o cumprimento de tal critério (TESSER; NORMAND, 2014).

Esta preocupação se fez presente neste estudo e foi representada pela fala de um dos gestores:

*A quantidade inadequada de ACS nos traz uma série de dificuldades a nível federal, pois vários incentivos estão amarrados aos números de equipes, de ACS, de cobertura da população (G2).*

Esta fala está em sintonia com os dados do Fundo Nacional de Saúde, que representam os repasses feitos pelo MS para o pagamento das equipes de AB de Irati, tendo como base o número e a modalidade de eSF, carga horária dos profissionais, categoria do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e número de ACSs registrados (Figura 6).

**Figura 6** - Histórico dos valores federais repassados para o pagamento das equipes de Atenção Básica, Irati-PR, 2015.



Fonte: Brasil, 2015.

### 2.2.2 Caracterização do território e das necessidades de saúde da população acompanhada pelas ACSs

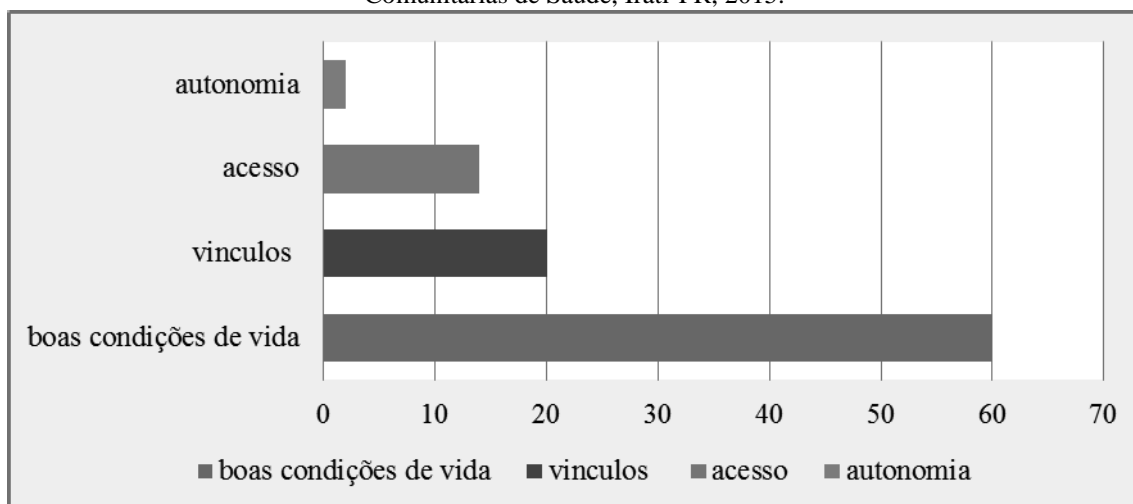
A PNAB delega a todos os membros da eSF a identificação das situações de exposição a riscos e vulnerabilidade da população adscrita e a taxonomia das necessidades de saúde tem se mostrado uma ferramenta promissora na interpretação ampliada da complexa realidade social, que é condicionada, determinada e resultante de muitos fatores decisivos no processo saúde-doença-cuidado (TEJADA DE RIVERO, 2013).

Portanto, as boas condições de vida nos contam como vivem as pessoas, os lugares que ocupam no processo produtivo e quais são os fatores externos que possam interferir no processo saúde-doença das mesmas. O vínculo entre profissionais de saúde e usuários diz respeito à uma relação contínua de referência e de confiança, já o acesso, sobre as possibilidades de consumir toda tecnologia de saúde necessária para melhorar e prolongar a vida. Por fim, a autonomia trata do modo que as pessoas têm de levar a vida, a reconstrução dos sentidos da mesma a fim de satisfazer plenamente suas necessidades (CECÍLIO, 2009).

A figura 7 representou a frequência das citações sobre as necessidades de saúde da população de Irati-PR, abstraídas das entrevistas com as ACSs e os gestores, bem como das atas do CMS.



**Figura 7** - Frequência das citações sobre as necessidades de saúde da população acompanhada por Agentes Comunitárias de Saúde, Irati-PR, 2015.



**Fonte:** Dados do estudo, 2015.

Segundo a literatura, a ESF tem reproduzido o modelo de atenção biomédico, centrado em consultas clínicas, procedimentos, exames e remédios para as doenças. Logo, a concentração de citações sobre as boas condições de vida da população local pareceu dialogar com a hegemonia do modelo de atenção nacional, ainda distante da mudança proposta pela PNAB.

Todavia, para a correta interpretação das necessidades humanas ocultadas, além das doenças, agravos e seus determinantes sociais, a análise das mesmas deve se ampliada e levar em conta os princípios de humanização, equidade e integralidade do cuidado, representados pelo vínculo, acesso as tecnologias e autonomia dos sujeitos.

Assim, verificou-se que, a exigência de morar na comunidade não garantiu o vínculo, pois grande parte das ACSs vivenciaram recusas da população por suas visitas, que foram associadas à falta de médico no posto de saúde ou se deram no portão das casas (28,5% de frequência para cada situação). Sendo o vínculo e a longitudinalidade alguns dos elementos estruturantes da AB, a relação pessoal entre os usuários e as ACS, ao longo do tempo em que estavam na profissão (8,5 anos, em média) pode ter contribuído para a construção das relações de responsabilidade e confiança entre as ACSs e a comunidade, alimentando o sentimento de pertença:

*Uma usuária se mudou pra Curitiba e ainda me liga pra tirar dúvida e conversar. A que se mudou para a casa dela agora faz o mesmo (A5).*

Há controvérsias quanto à longitudinalidade ser sinônimo de continuidade de cuidados, de ser uma característica exclusiva da AB e até mesmo da necessidade da relação interpessoal,



pois até os bons registros podem fornecer informação necessária ao acompanhamento de patologias.

Como este termo não é usual na literatura nacional, neste estudo, se refere ao acompanhamento, ao longo do tempo, do paciente por profissional ou equipe da AB, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos, havendo uma relação terapêutica embasada na responsabilidade (do profissional) e na confiança (do usuário) que pode produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos e diminuir os encaminhamentos desnecessários para especialistas e procedimentos de maior complexidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A longa permanência na ESF pode não implicar em movimentos cotidianos de modificação da realidade dos serviços de saúde quanto a ampliação do acesso, mas é importante para a construção de vínculo e longitudinalidade das ações, sendo frágil na execução da promoção da saúde da população quando é uma característica isolada (BARBOSA *et al.*, 2013).

Os agentes de saúde cariocas associaram a continuidade e o estabelecimento de vínculo entre a equipe e a população à detecção de situações antes que esta cheguem à UBS, atendendo suas necessidades a com presteza, além de legitimá-los na população e fortalece-lo nesse processo (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Em relação ao tempo de atuação de enfermeiros e médicos da ESF, no país, 27,6% estavam há menos de um ano na equipe e 28,9% por até dois anos. Tais percentuais podem ser explicados pela exigência de carga horária integral, precárias condições de trabalho, baixa remuneração, progressão profissional e comprometimento dos profissionais, ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela ESF e pela rotatividade dos profissionais da AB, comprometendo a construção do vínculo, a efetividade do modelo, a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários (SEIDL *et al.*, 2014).

Nos municípios do ES, tem-se conseguido fixar os enfermeiros na AB e, no interior do Rio Grande do Sul, houve baixa rotatividade dos profissionais da ESF, porém, a não permanência dos mesmos tem prejudicado o vínculo, a continuidade das ações e a qualidade da assistência, além de ter sobrecarregado os que permanecem no trabalho, demandar treinamento aos novos contratados, aumentando custos, riscos de acidentes e descontinuidade no cuidado (GARCIA *et al.*, 2014).

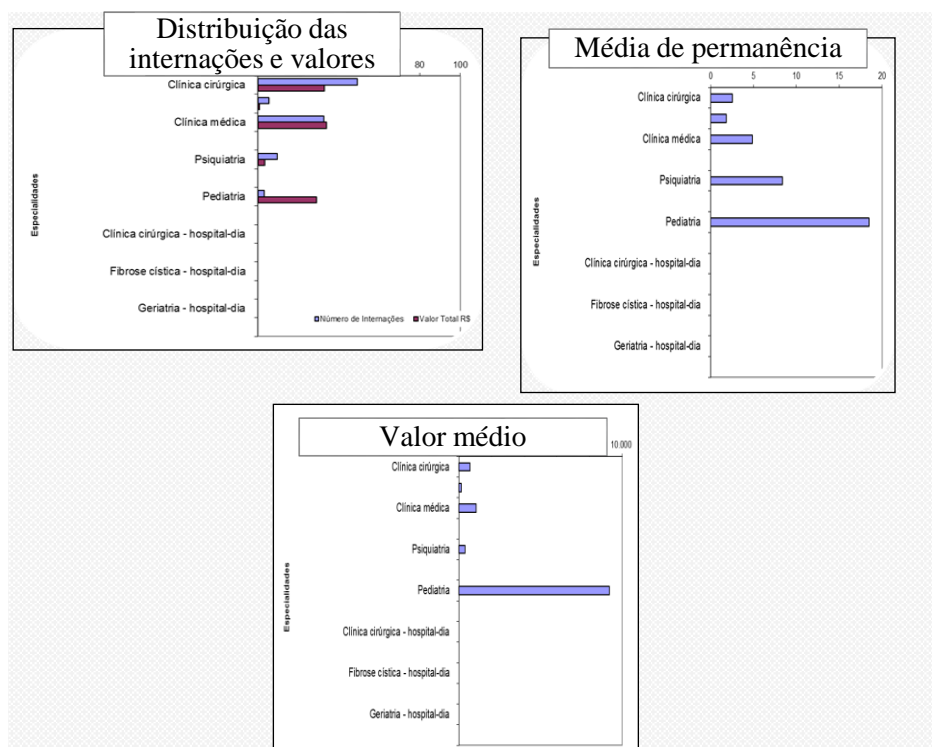
Abordando as boas condições de vida, quanto os grupos de ações programáticas estratégicas, assim como em outras regiões do país, as ACSs destacaram a prevalência de grupos de idosos (30%), que lhes demandam mais atenção, hipertensos (33,3%) e diabéticos

(20%), seguidos do grupo de crianças e adolescentes, dos jovens e das gestantes (13,3% cada grupo), entre os quais também há casos de hipertensão e diabetes. Apesar de única, a menção sobre saúde mental é alarmante, como revela a seguinte fala:

*Percebo muitos casos de saúde mental aqui (na área rural), muitas pessoas usando remédio controlado, em torno de umas 117 pessoas, isso sem contar os que passam no particular ou que tratam fora do posto (A3).*

Ainda que a população idosa tenha sido a mais citada pelas ACSs, os dados do IBGE informam ser de jovens os grupos mais populosos do município. Como grande parte das ACSs disse investir mais tempo nas visitas aos idosos e os dados sobre as internações de 2010 apresentarem as maiores taxas de tempo de permanência de internação e de gasto entre as crianças e os portadores de transtornos mentais, pode-se inferir que, sem o acompanhamento das ACSs, estas especialidades médicas têm sido assistidas principalmente pelos serviços hospitalares (Figura 8).

**Figura 8** - Distribuição das internações de Irati-PR, seus valores e tempo de permanência, segundo a especialidade.



Fonte: SIH/SUS\_Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

Sobre as patologias mais prevalentes na população, ACSs referiram as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o que corrobora com as principais causas de óbito no município a saber: 24% por doenças do aparelho circulatório, 23,5% por doenças respiratórias e 10% por doenças endócrino metabólicas, as quais fazem parte do conjunto de problemas de

saúde, cujas internações seriam reduzidas com a efetiva ação da AB, sendo chamadas de condições sensíveis à AB e que remetem ao trabalho morto em saúde, preso nas normativas e protocolos (IBGE, 2010; ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

As DCNT são responsáveis por alta mortalidade e incapacidade no mundo e seu diagnóstico pode resultar em altas despesas, comprometendo a adesão ao tratamento. Já existe um vasto corpo de evidências mostrando que os seus fatores de risco modificáveis são passíveis de tratamento e de suporte num ambiente de cuidados primários para a mudança de comportamento, podendo melhorar muito a expectativa e a qualidade de vida (RAO; PILOT, 2014).

No Espírito Santo (ES), apenas 16,5% das equipes possuíam sinalização das áreas de risco e entre os grupos de agravos destacou-se o diabetes, hipertensão e saúde mental, sendo que 39,6% das equipes levam em conta em suas ações os critérios de risco e vulnerabilidade atendendo os preceitos constitucionais garantidores de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde (GARCIA *et al.*, 2014).

Tal como em Irati-PR, em SP, a ESF teve seu início tardio, não acompanhando a tendência nacional e, embora não se possa precisar os resultados da ESF com os indicadores paulistas, as internações de menos de cinco anos por doença diarreica teve histórica redução e as internações por acidente vascular cerebral permaneceu estável, lembrando que onde há melhor acesso e assistência de mais qualidade, amplia-se a identificação dos agravos antes ocultos (LIMA *et al.*, 2012).

Outro estudo realizado em SP também verificou que 65,2% das internações pediátrica se deram por condições sensíveis ao cuidado primário e, embora mais de 61% delas considerassem a AB como o melhor dispositivo de saúde no conhecimento e responsabilização pela criança, durante episódios de doença acabaram por procurar os serviços de emergência, mostrando que a UBS não está funcionando como porta de entrada para o sistema e sugerindo investimento para o desenvolvimento de um maior vínculo (FERRER *et al.*, 2014).

Desde a expansão da AB no Brasil as internações por asma, doença cardiovascular e acidente vascular cerebral têm diminuído significativamente, quase duas vezes mais rápido que por outras causas. Nos municípios com alta adesão ao PSF, as taxas de hospitalização para doenças crônicas eram 13% menores que aqueles de baixa de inscrição (MACINKO *et al.*, 2015).

A melhoria do acesso trouxe queda de 12% na proporção de pessoas que tinham o

hospital como local habitual de procura, a gestão das condições crônicas reduziu as internações por tais causas, especialmente o acidente vascular periférico e, embora os casos de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica demandassem acesso aos cuidados de diagnóstico não fornecido pelo PSF, também tiveram menores taxas de internação (MACINKO *et al.*, 2015).

Os casos de diabetes tiveram aumento nas internações, provavelmente pelo aumento na detecção dos casos com necessidade de cuidados hospitalares, além das barreiras de acesso aos cuidados secundários e de diagnóstico (MACINKO *et al.*, 2015).

Na Dinamarca e na Inglaterra houve correlação entre a redução da mortalidade, o aumento na expectativa de vida e exames preventivos e consulta nos cuidados primários, sendo esta uma estratégia economicamente interessante, reduzindo as barreiras geográficas e económicas para o acesso à prevenção primária de fatores de risco, prevenção secundária de complicações resultantes de fatores de risco existentes, além da reabilitação e prevenção de complicações futuras, ao longo do tempo (RASELLA *et al.*, 2014).

As desigualdades sociais e as diferenças no acesso aos bens, serviços e informações são determinantes sociais prevalentes nas DCNT, sendo fundamental às eSFs o conhecimento profundo da população, a estratificação deste risco de modo a organizar o plano de cuidados embasados em protocolos e que rompam com a oferta desordenada e fragmentada de procedimentos e consultas.

Sendo as situações de violência uma dos diagnósticos situacionais das ACSs, verificou-se que, em 2010, o Estado do Paraná (PR) ocupou a décima quarta posição entre os estados brasileiros, quanto a taxa de homicídios na população total e, em relação à taxa de homicídios entre jovens de 15 a 24 anos de idade, Irati-PR estava no 287º lugar entre os 300 municípios com 2.000 ou mais jovens (WAISELFISZ, 2011).

A AB pode ser o primeiro e único ponto de contato das sobreviventes da violência íntima entre parceiros com o serviço de saúde, assim como as mulheres expostas à violência acabam acessando com maior frequência as UBS que os serviços sociais, jurídicos ou de polícia. Portanto, as equipes de saúde deveriam estar aptas para interrogar todas as mulheres sobre a violência, identificar possíveis sinais e sintomas, prestar assistência de saúde, notificar todos os casos, fornecer informações sobre os recursos disponíveis, assegurando privacidade, confidencialidade, apoio e respeito (GOICOLEA *et al.*, 2015).

As desigualdades socioeconômicas também foram identificadas pelas ACSs e, os dados do IBGE, de 2010, apontavam que 92,4% da população de Irati-PR estava acima da linha da

pobreza (famílias vivendo com renda inferior a R\$ 140,00) e mais de 85% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo, à rede de esgoto adequada, ao serviço de coleta de resíduos e à energia elétrica distribuída pela companhia responsável, contrariando a ocorrência destes achados na caracterização dos territórios feita pelas ACSs.

Os países da América Latina são caracterizados pela sua herança de desigualdades socioeconômicas coloniais, que mantém os valores mais altos do mundo no índice de Gini (no Brasil, este índice foi de 0,53 e, em Irati, foi de 0,49). Mesmo em países que, como o nosso, alcançou enorme redução da pobreza, permanecem os desafios quanto à desigualdade no acesso aos serviços de saúde e aos efeitos dos determinantes sociais da saúde, sendo a equidade e a integralidade os objetivos inerentes da cobertura universal em saúde (ANDRADE *et al.*, 2014).

A desigualdade social e as situações de violência, destacadas entre as condições de vida, corresponderam aos achados da autonomia, quanto ao êxodo rural da população jovem, em busca de oportunidades de estudo e trabalho, que converge à taxa de alfabetização do município e para o recebimento do Bolsa Família (BF) que totalizou R\$ 2.109.225,00 (0,3% do total transferido às famílias em condição de pobreza e extrema pobreza no Paraná), segundo o Portal de Transparência do Governo Federal em 2014.

O Programa BF tem sido considerado um sucesso quanto à retirada de milhões de pessoas da situação de pobreza, ao apoio aos indivíduos com enorme necessidade de cuidados e descobertos da assistência médica, à contribuição para a progressiva cobertura universal de saúde. Ao programa foi associada à melhoria dos indicadores de saúde da população quanto às imunizações, desnutrição infantil e mortalidade em menores de cinco anos (ANDRADE *et al.*, 2014).

Além da proteção social e econômica, para ter saúde, as pessoas precisam se tornar ativas, ser criativas ao inventar estratégias de sobrevivência que lhes tragam sentimento de segurança frente às condições de seu contexto e ter cuidados de saúde que superem o paradigma biomédico. As fragilidades subjetivas, as redes sociais, os diferentes repertórios de ações propostos pela clínica ampliada e compartilhada poderiam contribuir para a produção de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

O compartilhamento de experiências de educação popular em saúde, fundamentada no diálogo, reflexão crítica e interação dos diferentes saberes e modos de interpretar a realidade de saúde de uma comunidade podem contribuir para a construção social do conhecimento

necessário à autonomia dos sujeitos (ARCE; SOUSA, 2014).

O MS aposta que a construção de vínculos entre usuários e profissionais de saúde, a criação coletiva de saídas e a atuação em rede contribuem para os graus crescentes de autonomia. Assim, para que a AB consiga seguir, ao longo do tempo, os problemas da vida que emergem dos encontros nela ocorridos, deve haver pactuação clara de responsabilidades entre os diferentes serviços na RAS e a cogestão dos recursos existentes num dado território, ampliando-se as possibilidades de produção de saúde além das práticas usualmente desenvolvidas, a criação e a manutenção do vínculo terapêutico (BRASIL, 2009b).

Somente com a garantia do acesso à AB será possível efetivar vínculo e os princípios estruturantes da humanização: a transversalidade, a indissociabilidade entre a gestão e a atenção e o protagonismo, que estão vinculados à tecnologia das relações. Na literatura não foram encontradas práticas sociais e profissionais concretas que interferissem ou modificassem o modo de agir e cuidar, sendo a falta de empenho dos sujeitos do processo de produção de saúde a causa da não efetivação da política de humanização (NORA; JUNGES, 2013).

Pode-se inferir que o acompanhamento das ACSs ao longo do tempo, às pessoas mais vulneráveis aos determinantes sociais da saúde, facilitou a criação do vínculo terapêutico e o cumprimento do princípio da equidade, sendo necessária a construção de novas formas de relação entre Estado e sociedade, de modo que sujeitos sociais tenham autonomia para praticarem suas próprias escolhas deixando de serem meros consumidores dos serviços providos pelo Estado (GRANJA *et al.*, 2009).

Considerando que a identificação das situações de risco feita pelas ACSs correspondeu à realidade das poucas localidades por elas acompanhadas e que muitas situações de violência domiciliar são veladas e nem sempre resultando em óbito ou notificação, ao identificar situações familiares com grande potencial de exposição às práticas violentas, o trabalho das ACSs convergiu para a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e para a orientação ministerial de integralidade do cuidado, tornando os domicílios como importantes pontos de atenção e a violência como uma das diretrizes organizadoras das ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2010).

Por conseguinte, a baixa cobertura da população no município pode não ter indicado inadequação da produção de cuidados, uma vez que as pessoas com precárias condições sociais vivenciam com maior frequência situações geradoras de demanda e de cuidados, cabendo à equipe e a gestão a revisão da extensão do território, de modo a garantir o acesso aos que



são de sua responsabilidade (TESSER; NORMAND, 2014).

Ao inferir que a baixa cobertura da população pela AB está diretamente associada ao diagnóstico das situações de vulnerabilidade e que reflete a efetividade do acesso e consumo das tecnologias necessárias para melhorar a vida, o acesso e a longitudinalidade, enquanto dimensão do vínculo, mostraram-se potentes indicadores para a avaliação da AB.

Na AB, o acesso está relacionado à utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado aos problemas de saúde novos ou recidivos, excluindo as situações de emergência, para analisá-lo, deve-se considerar uma caminhada de até 30 minutos, a disponibilidade transporte coletivo, seu custo e tempo de espera, além da oferta de serviços contínuos, oportunos e coesos à demanda real, em qualquer nível da RAS (BRASIL, 2010a; MARIN *et al.*, 2013).

Embora não houvesse detalhamento de como se dá a chegada à unidade de saúde referida como distante, a análise da dimensão econômica do acesso sugeriu um descompasso entre oferta e demanda, pois a oferta de serviços pareceu não condizer com as necessidades da população, que recorreu aos serviços particulares e recusou receber as ACSs por conta da falta de médicos no posto. A dimensão técnica do acesso, que exprime a utilização e a dificuldade do usuário para concretizar o atendimento pretendido foi bem ilustrada pela classe dos trabalhadores, que não estavam em casa durante o horário de funcionamento do posto.

Quanto à dimensão simbólica do acesso, a análise das falas dos participantes desta pesquisa levou ao entendimento de que a população procura o posto de saúde somente para vacinação e consultas quando adoecem, sugerindo que as demais ações previstas à eSF não estão ocorrendo ou não estão sendo valorizadas como capazes de oferecer atendimento às necessidades de saúde.

Essa busca por consulta médica contraria a mudança de modelo de atenção objetivada pela AB, revelando “a inexpressividade da dimensão política do acesso, enquanto desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular” (MARIN *et al.*, 2013, p. 783).

Com base na PNAB, a análise dos sujeitos e objeto de trabalho das ACSs sugeriu que a acessibilidade, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a equidade e a participação social encontram-se insatisfatórios, também interrogando o quão próximas as UBSs estão da sua população e o avanço na mudança no modelo de atenção à saúde.

No estudo de Moraes *et al.* (2014), a dificuldade da população ao acesso também se destacou e corroborou com manutenção do antigo modelo de atenção. Embora a AB não se



resuma à oferta de consultas médicas, o acesso está vinculado à sua obtenção, devendo ser eliminadas as barreiras geográficas e administrativas, para que as UBSs estejam mais próximas da população e que os horários das consultas respeitem o cotidiano das populações.

Para que a AB alcance a reestruturação do modelo assistencial a análise da situação de saúde da população, o planejamento e a implantação de ações que garantam resolubilidade ao sistema são fundamentais, tanto que, o RJ monitorava e avaliava a relação entre consultas programadas e atendimentos espontâneos realizados (JATOBA, 2014).

Em Curitiba, o conceito de Acesso Avançado tem sido discutido para a inversão da lógica de agendamento e maior absorção da demanda espontânea. Por sua vez, o MS indica a prática do acolhimento com classificação de risco na avaliação das demandas identificadas pelos ACSs, igualmente valorizar os critérios clínicos e os aspectos socioeconômicos, psíquicos e culturais (JATOBA, 2014).

Neste sentido, para ajudar as equipes multiprofissionais a priorizarem as VDs, diferenciando as famílias segundo a equidade, vários estudos têm recomendado a Escala Coelho como instrumento pertinente, o qual se baseia nas fichas de cadastramento da população preconizadas pelo MS, apontando sentinelas do risco em que cada família está inserida (DE CARVALHO *et al.*, 2014).

A AB, enquanto principal estratégia para o melhor alcance da saúde, ganhou destaque mundial com a Declaração de Alma-Ata de 1978, sendo reafirmada, em 2008, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, desde então, tem recebido considerável atenção, por conta da preocupação dos países com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e da obtenção da Cobertura de Saúde Universal (LABONTÉ *et al.*, 2014).

A redução da mortalidade infantil e materna no Sri Lanka e no estado indiano de Kerala provou a utilidade da AB, a qual, na África e Etiópia melhorou a cobertura da população e eliminou os problemas como a longa distância das unidades de saúde. No Chile, indicadores técnicos e a avaliação dos usuários mostraram que as clínicas da AB que seguiram o modelo de atenção à SF eram mais eficazes que os centros de saúde tradicionais (RAO; PILOT, 2014).

Entre 1980 e 2010, a América Latina apresentou melhorias nos índices de desenvolvimento humano, em comparação com os alcançados a nível mundial, com exceção do índice de desigualdade de gênero e, mesmo no Brasil, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde e os efeitos de determinantes sociais da saúde permanecem como grandes desafios (ANDRADE *et al.*, 2014).

Passaram-se mais de três décadas da Alma Ata e a prestação de cuidados primários de saúde continua a ser inadequada, pois a AB não recebeu a prioridade merecida, em muitas partes do mundo. Na Índia, dentre os ODM, o de reduzir a malária, a tuberculose e até o HIV pode ser cumprido, contudo, um déficit importante em serviços de AB pode estar prejudicando o acesso a vacinas, aos cuidados pré-natais, ao aconselhamento nutricional e ao diagnóstico precoce de condições ameaçadoras e de simples tratamento, como diarreia em crianças, comprometendo as metas de mortalidade infantil (RAO; PILOT, 2014).

No Brasil, a AB foi concebida para ser a principal porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, para garantir continuidade do cuidado e a integração de todos os componentes da RAS, propiciando o contato direto com a equipe. A PNAB reafirmou ser aESF a estratégia prioritária para a reorganização do modelo de atenção e o ACS serem o membro da equipe com a maior parcela de responsabilidade pela criação de vínculos e facilitação do acesso da comunidade (TESSER; NORMAN, 2014).

Além da coordenação do cuidado, são atributos da AB a integralidade, a longitudinalidade e o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde e, destes emergem a atenção centrada nas necessidades e saúde do indivíduo/família a competência cultural e a orientação comunitária como qualificadores da AB (BRASIL, 2010a).

Sendo o vínculo e os laços de compromisso as bases para que a ESF modifique o modelo de atenção à saúde, o ACS é o elemento chave para a adscrição da clientela e garantia do cuidado contínuo da população, estando sujeito à habitual procura pela comunidade, quando emergem suas necessidades, pois as acolhe e se responsabiliza a resolvê-las no âmbito do território (ARCE; SOUZA, 2014).

A discussão institucional da garantia do acesso e do vínculo se deu com a diretriz do Acolhimento, de 2004, definido como a escuta qualificada dos trabalhadores no encontro com os usuários, melhorando as relações dos sujeitos da produção de saúde e o grau de corresponsabilização dos mesmos, facilitando e ampliando o acesso dos indivíduos às tecnologias. Ainda que o vínculo seja a base do acolhimento às demandas espontâneas, pode haver prejuízo na longitudinalidade e na dicotomização entre as ações programadas e demanda espontânea (TESSER; NORMAN, 2014).

Após os 25 anos do SUS, os 22 do PACS e os 20 anos da ESF, a AB no Brasil dispõe de 36 mil eSF, 300 mil ACS, fazendo enorme diferença na queda da mortalidade infantil e materna, do número de cáries na população, no controle e tratamento, tanto das doenças

infecciosas, como a dengue e a tuberculose, como das DCNT. Todavia, são permanentes as seguintes dificuldades na AB: a falta de articulação com as unidades hospitalares dos grandes centros, detentoras da "tecnologia de ponta", a acelerada e incontrolável elevação de custo do atendimento médico de média e alta complexidade e falta de profissionais de saúde nos municípios do interior (MINAYO, 2014).

Apesar dos ideais e entusiasmo gerados pela Alma-Ata, os cuidados primários de saúde continuam a ter insuficiente apoio e recursos, os conflitos, a má governança, o crescimento populacional, a falta de investimento na área da saúde contribuíram para que a cobertura e a qualidade dos serviços se deteriorassem em alguns países, contudo, o progresso é possível com uma vontade de inovar e os ACSs estão sendo usados para acessar populações de difícil alcance (WALLEY *et al.*, 2008).

Para tornar a saúde básica universal, o governo da China elencou entre suas prioridades, a melhoria dos serviços de AB e, de semelhante modo, nos Estados Unidos da América (EUA), o problema da falta de trabalhadores na AB está sendo enfrentado com a ampliação das equipes de cuidados primários e, em muitas delas, o ACS está presente (SWEDISH AGENCY FOR GROWTH POLICY ANALYSIS, 2013; INSTITUTO PARA FUTUROS ALTERNATIVOS, 2012).

Os programas de trabalhadores comunitários de saúde aumentaram o acesso aos serviços de cuidados de saúde primários no Afeganistão rural (para aproximadamente 20.000 ACSs), na Etiópia (30.000 ACSs), no Irã (91.000 ACSs), Paquistão (100.000 ACSs). Pelo PACS ter se mostrado um modelo de baixo custo e altos níveis de satisfação do usuário, a expansão da cobertura de cuidados com a sua implantação tem sido mundialmente estudada, especialmente, nos países de baixa e média renda e com número insuficiente de profissionais de saúde treinados, também motivando o Reino Unido a aprender com a experiência brasileira (NAJAFIZADA *et al.*, 2014; JOHNSON *et al.*, 2013).

Os ODM e outras metas globais têm motivado várias organizações políticas de saúde a ampliar o quadro de ACSs, pois aproximam os sistemas de saúde e as comunidades, reduzem o custo da prestação de serviços e trabalham para melhorar a relevância, aceitabilidade e acessibilidade dos serviços de saúde, já havendo várias evidências sobre as mudanças de comportamento positivas resultantes das intervenções dos ACSs, com elevada qualidade de cuidado a um custo inferior ao das abordagens tradicionais (BRAUN *et al.*, 2013).

Além da ampliação de cuidados e melhoria da saúde das populações, evidências

apontam que os ACSs têm sido fundamentais na redução da desnutrição infantil, na melhoria da saúde materna e infantil, na ampliação do acesso aos serviços de planejamento familiar e no controle do HIV, malária e tuberculose infecções. Nos EUA, eles também têm contribuído na redução de complicações cardiovasculares dos portadores de DCNT, no rastreamento do câncer, especialmente com populações de difícil acesso (PERRY *et al.*, 2014).

ACSs desempenham várias funções, como a avaliação e o tratamento da doença, a coleta de dados, a educação, o aconselhamento e o encaminhamento para cuidados adicionais, aumentando o acesso aos cuidados, especialmente, dos grupos de difícil alcance, podendo oferecer, in loco, cuidados de saúde, como métodos contraceptivos, cuidados domiciliares para as doenças da infância e supervisão da terapia medicamentosa da tuberculose e AIDS (BRAUN *et al.*, 2014).

O investimento no trabalho das ACS mostrou-se uma alternativa pertinente para a efetivação da AB e os indicadores do seu objeto de trabalho revelaram que o diagnóstico de saúde do território, a equidade e o vínculo atenderam às recomendações da PNAB. Também foi apontada a necessidade de mais investimentos na emancipação dos sujeitos e na revisão da agenda da AB, devido à produção de saúde pobre (pela não universalização do acesso), feita por pobres (quanto à escassez de ACSs) e para os pobres do município, representados pelos mais vulneráveis do território da ESF.

### **2.3 Meios do trabalho das ACSs**

Os meios ou instrumentos do processo de trabalho do ACS indicam a capacidade da ESF e compreendem o complexo de coisas que ele lança mão para ampliar as possibilidades de intervenção sobre o objeto, podendo repercutir de forma positiva ou negativa e influenciando a obtenção de um produto final pretendido (RAMOS, 2006).

Para melhor compreensão, os meios de trabalho das ACSs foram divididos em materiais e não materiais.

#### **2.3.1 Meios materiais do trabalho das ACSs**

Os componentes básicos da ESF são os recursos materiais, humanos e organizacionais, que permitem a avaliação da sua qualidade e da efetividade da AB. O quadro 2 representou a análise dos instrumentos materiais deste indicador.

**Quadro 2** - Instrumentos materiais do trabalho do ACS, segundo frequência de citações e suas falas representativas das ACSs, gestores e das atas do CMS.

Meios do trabalho	Frequência dos temas	Falas representativas
<p><b>Materiais</b></p> <p><b>Recursos materiais e humanos, Infraestrutura</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos humanos insuficientes (9): ACS e graduados, nível técnico</li> <li>- Infraestrutura inadequada (5)</li> <li>- Falta de uniformes e bolsa (7)</li> <li>- Inadequação na qualidade, quantidade e frequência do protetor solar (4)</li> <li>- Problemas com a ficha nova (9)</li> <li>- Informatização prejudicada e falta de fichas (3)</li> <li>- Falta do crachá (1)</li> </ul>	<p><i>O NASF está habilitado, porém não funciona devido à indisponibilidade de recursos humanos (C4).</i></p> <p><i>Médico e enfermeiro atendem em outro posto, tiraram o dentista, daqui e puseram em outro lugar (A2).</i></p> <p><i>As instalações prediais do PA estão inadequadas, está faltando assento sanitário (C3).</i></p> <p><i>Tivemos de construir unidades novas por falta de espaço físico mesmo, para poder ter condições de receber uma equipe de trabalho ali (G1).</i></p> <p><i>Na unidade não tem o básico, tipo, caneta, lápis, borracha, tem de pagar do bolso mesmo (A6).</i></p> <p><i>Nunca tivemos uniforme, bolsa, material básico para trabalhar (A5).</i></p> <p><i>Olha a situação da minha bolsa! É a que eu pude comprar [...] (A4).</i></p> <p><i>Nem sala pra gente ficar tem aqui no posto (A1).</i></p> <p><i>Em 5anos só recebi o protetor por 3 vezes (A2).</i></p> <p><i>O protetor, quando vem, é de má qualidade (A4).</i></p> <p><i>No começo do ano (2014) chegaram a perguntar o tamanho de calçado e roupa, mas parou aí (A2).</i></p> <p><i>[...] há o compromisso de entregar os uniformes no começo de 2014 (C3).</i></p> <p><i>Hoje não falta ficha, mas teve uma época em que a gente tinha de xerocar elas com o dinheiro do nosso próprio bolso, pra poder fechar relatório (A2).</i></p> <p><i>A nova ficha pede muitos documentos, tá difícil (A7).</i></p> <p><i>Esse monte de informação, pra que tudo isso? Como vai ser os relatórios novos? O que vai acontecer com nossas visitas? (A5.)</i></p>

**Fonte:** Dados do estudo, 2015.

Embora o trabalho das ACSs com o território implicasse em coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político culturais, epidemiológicos e sanitários, identificados por meio do cadastramento, verificou-se a indisponibilidade dos instrumentos utilizados pelas ACSs estudadas:

*Só tenho o tempo a meu favor, os materiais que trago de caso e a minha boa vontade (A2).*

A PNAB determina que todos os membros da equipe mantenham atualizado o cadastramento das famílias e indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal, utilizando-o na análise da situação de saúde local e somente ao ACS foi atribuída à tarefa de cadastrar todas as pessoas de sua microárea, sendo necessário o preenchimento de fichas específicas, cujos dados devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe.

Inicialmente, o ACS utilizava quatro fichas do Sistema de Informação da AB (SIAB): Ficha A (para o cadastramento das famílias), Ficha B (para o acompanhamento de gestantes), Ficha C (Cartão da Criança) e Ficha D (para o registro das atividades diárias do ACS), as quais

deveriam ser preenchidas a lápis e, mensalmente, levadas à equipe para organização das informações e planejamento do trabalho. Outras informações importantes devem ser feitas em caderno para posterior discussão com sua equipe (BRASIL, 2009f).

As ACSs referiram que tais fichas não eram mais utilizadas e o recadastramento das famílias estava sendo feito com as Fichas do e-SUS AB, que é uma estratégia do MS para reestruturar as informações da AB em nível nacional, que faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de eletronicizá-lo e qualificar a gestão da informação, ampliando a qualidade no atendimento à população. (BRASIL, 2015).

Mesmo desconhecendo a finalidade do eSUS, dentre as suas oito fichas (Ficha de Atendimento Odontológico Individual, de Atividade Coletiva, de Procedimentos, de Atendimento Individual, de VD, de Cadastro Domiciliar e de Cadastro Individual), as ACSs estavam utilizando as três últimas fichas, cujo volume de informações expõe a população com dados de documentos pessoais e toma muito tempo das visitas (ao preenchê-las nos domicílios ou digitando-as na unidade).

A implementação do eSUS no município estudado revelou a verticalização das relações, uma vez que, mesmo alienadas a este processo, as ACSs cumpriam sua tarefa de cadastrar as famílias com as novas fichas, tendo sido desconsiderada a falta deste recurso humano, a sua necessidade de capacitação para tal tarefa e a atual capacidade tecnológica disponível (computadores, impressoras, internet, ambientes, etc.).

Tal situação se aproxima das condições do trabalho morto e de alienação do trabalhador, ao passo que se distancia da qualificação dos trabalhadores prevista na Política Nacional de Humanização (PNH).

Na década de 90, o MS listou como materiais do ACS: mochila, uniforme, tênis, guarda chuva, estetoscópio e tensiômetro, além de bicicleta ou meio de transporte mais adequado para sua região, não ficando claro quem seria o responsável por ofertá-los ao ACS. Em 2002, o MS advogou que, para o fácil reconhecimento na comunidade, os ACSs usassem sempre a roupa, o crachá de identificação e, por conta das grandes distâncias percorridas, seria indispensável a disposição de um meio de transporte adequado, além da prancheta, fichas do SIAB, balança portátil para pesar as crianças, termômetro e cronômetro para verificar sinais vitais, fita métrica e material educativo (BRASIL, 2002).

Atualmente, a PNAB responsabiliza todas as esferas (federal, estadual e municipal) pela adequação da infraestrutura das unidades, sendo exclusivo à SMS a garantia de recursos



humanos, insumos, equipamentos e materiais em quantidade suficiente para o funcionamento das UBSs, além da manutenção da equipe mínima em cada eSF: um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro ACSs, podendo ser acrescentados os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal).

Foi mencionada por um dos gestores a insuficiência dos repasses federais e, especialmente, os estaduais para o custeio das equipes da AB. Por sua vez, em 2012, com a Portaria 953/2012, o MS redefiniu o Piso da Atenção Básica (PAB) a fim de melhorar as condições de trabalho dos profissionais da saúde e aumentar a qualidade do atendimento da população, chegando a R\$ 408 milhões a mais que o piso de 2011.

Além do PAB variável, que é um recurso federal específico para programas e estratégias, como a ESF, Saúde Bucal e PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade), o PAB fixo é calculado segundo a densidade demográfica do município, o Produto Interno Bruto (PIB), a porcentagem de pessoas em extrema pobreza, de beneficiários do BF, de população com plano de saúde, entre outros indicadores, podendo variar entre 20 mil e 25 mil Reais, de modo que municípios com 50 mil habitantes passariam a receber um milhão de Reais para o pagamento de profissionais da AB e aquisição de equipamentos e insumos necessários (BRASIL, 2015).

Conforme dados do Portal de Transparência, dentre R\$ 1.006.639,74 federais transferidos para a saúde de Irati-PR, no primeiro semestre de 2015, 76% corresponderam aos pisos da AB, sendo 48% deste valor referente ao PAB fixo e 28% do PAB variável.

A inadequada disponibilidade de insumos e equipamentos para as eSFs aponta a baixa qualidade da AB e a lógica de organização do cuidado para a doença pareceu ter interferido tanto na construção dos prédios das UBSs, desprovidos de espaços permitam atividades de educação em saúde e outras inerentes ao novo modelo de atenção, sendo que salas de acolhimento, reunião e educação em saúde não são listadas na infraestrutura mínima proposta pela PNAB.

Estudos têm apontado que a qualidade dos serviços de saúde prestados por agentes comunitários pode ser comprometida sem investimentos adequados em políticas organizacionais de apoio, satisfatória supervisão e orientação, treinamentos de qualidade e recursos suficientes, de modo que a tecnologia móvel poderia ser usada pelos ACSs para fornecer aos serviços de saúde as informações clínicas obtidas em locais de difícil acesso, tornando mais acessível o cuidado a tais pacientes (BRAUN *et al.*, 2013).

No Afeganistão, os agentes são supervisionados mensalmente quanto ao número de VDs, de pacientes que aderiam ao programa, à utilização de drogas e suprimentos e o registro da morbimortalidade materna e neonatal, o que lhes agrega credibilidade. Além de esclarecer o trabalho dos agentes à comunidade, os supervisores puderam melhor avaliar seus conhecimentos e habilidades. Já os ACSs sentiram-se encorajados a trabalhar melhor com a supervisão, quando também recebem medicamentos e outros suprimentos. (NAJAFIZADA *et al.*, 2014).

Na Nigéria, entre os obstáculos para a utilização dos cuidados de saúde primários em uma região de baixa renda, a população citou a falta de medicamentos essenciais, o elevado custo dos serviços e infraestrutura inadequada das instalações de cuidados de saúde primários, de modo que preferiam buscar atendimento em farmácias locais (KURFI *et al.*, 2013).

As condições de trabalho na ESF são decisivas para a produção do cuidado e, em Portugal, as melhores condições de infraestrutura contribuíram para um bom desempenho das equipes e sua autonomia técnico-gerencial. No Brasil, o acesso e a qualidade da atenção prestada estão comprometidos pelas inadequações dos espaços físicos inadequados, déficit de material e equipes incompletas (SOUZA *et al.*, 2013).

No ES, 12,2% das unidades não tinham ACS e 34,8% possuíam de um a cinco agentes, 42,8% contavam com seis a 10 agentes, 76,7% não tinham médico especialista, 91,8% não dispunham de psicólogo, 91,8% não tinham fisioterapeuta, 90,8% não possuíam nutricionista e 90,6% não contavam com assistente social, observando-se dificuldade na organização da equipe mínima da ESF e na composição dos NASF, sobrecarregando o trabalho e comprometendo a resolutividade da AB, com aumento da demanda aos hospitais, serviços de diagnósticos e redes de urgência e emergência (GARCIA *et al.*, 2014).

Em Pernambuco foi verificada a inadequação de equipamentos, insumos básicos e medicamentos, assim como na Bahia, Paraíba e Rio Grande do Norte, destacando-se a disponibilidade mínima de materiais e a falta de salas onde as equipes pudessem realizar reuniões, copa, sala de procedimentos, especialmente em municípios com menos de 50 mil pessoas (PIMENTEL *et al.*, 2015).

Em Sobral (Ceará), havia uma equipe com estrutura física e disponibilidade de equipamentos avaliados como muito insatisfatório e 20 equipes como regular, sendo que a deficiência dos mesmos enfraquece a gestão, interferindo na sua capacidade produtiva para suprir as necessidades da comunidade (PORTELA *et al.*, 2013).

No ES, os indicadores de inadequação do ambiente também revelaram a escassez de espaços para a realização de reuniões e atividades educativas (73%) e de salas para procedimentos técnicos em 64% das UBSs, 46,2% das unidades apresentavam mofo próximo às pias, vasos sanitários e tanques, 14,5% apresentavam cheiro de esgoto, de modo que esta precariedade estrutural comprometia o acesso aos recursos necessários para o cuidado e a integralidade da atenção (GARCIA *et al.*, 2014).

Em Chapecó (SC), apesar de somente uma eSF não possuir a equipe mínima completa, o município apresentou ausência de salas para educação em saúde, a produção de informações se limitava à coleta de dados e alimentação do sistema, sem haver a avaliação sistemática dos mesmos, além da falta de formação profissional para a AB entre os graduados, sendo estas as causas elencadas como nós para a reorientação do modelo de atenção (VITORIA *et al.*, 2013).

Na região sudoeste do PR, embora a resolubilidade da assistência e o trabalho em equipe tenham sido os principais motivos de satisfação entre os trabalhadores da eSF, o déficit nos instrumentos de trabalho e na estrutura das UBS, foram destacados como desmotivadores incluindo a precariedade na área física e suas inadequações para a realização do trabalho (LIMA *et al.*, 2014).

No Rio Grande do Norte, 11% dos usuários da AB se queixaram do espaço pequeno e compartimentado, temperatura ambiente elevada, ventilação insuficiente, assentos frágeis e pouca privacidade durante certos procedimentos nas salas sem divisórias, comprovando a fragilidade da humanização quanto à ambiência acolhedora, com as condições de espaço prejudicando a interação entre os envolvidos (SOUZA JUNIOR *et al.*, 2014).

Em um município de MG, a ventilação inadequada na UBS gerava mau cheiro, além da temperatura desconfortável, outros atendimentos estavam comprometidos pelos ruídos advindos do movimento nas ruas que cercam a unidade, sendo que estas situações causam irritabilidade, ansiedade e dificuldade de concentração, favorecendo a ocorrência de erro humano e acidentes de trabalho (ANUNCIACÃO *et al.*, 2015).

Além dos riscos advindos do interior da unidade, os agentes estão expostos a outros riscos durante visitas domiciliares sendo orientados a manter as precauções padrão: manter o esquema vacinal atualizado, utilizar sempre EPIs, lavar as mãos constantemente com água e sabão ou higienizá-las com álcool a 70%, manter uma postura ergonômica adequada, evitar levantar pesos e utilizar técnicas para alívio do estresse (ANUNCIACÃO *et al.*, 2015).

A precariedade tem sido constante no trabalho dos ACSs e, apesar da regulamentação

sobre suas funções, no cotidiano, são inúmeras as queixas quanto à falta de equipamento para o trabalho: uniforme, protetor solar, chapéu, calçado apropriado para as caminhadas por morros, becos e vielas, inclusive sobre o volume de fichas a serem preenchidas nas visitas diárias às famílias, comprometendo o tempo necessário para a dedicação ao acolhimento na unidade de saúde e às VDs (MARTELETO; DAVID, 2014).

Todo usuário dos serviços de saúde tem direito de visualizar os nomes dos profissionais de saúde, mas a demora em receber o crachá foi tamanha a ponto de torná-lo desnecessário para a identificação das ACSs na população. A NR 32 explica que, diferentemente do uniforme, a vestimenta é exigida em locais de acesso restrito aos profissionais capacitados, com possível exposição aos agentes biológicos, devendo ser adequada, confortável e fornecida sem ônus para os mesmos e acrescenta que, quando o uso do uniforme for exigido pela empresa, esta deve fornecê-lo.

Em Pernambuco, a Prefeitura de Igaracy entregou kits de trabalho para os ACSs, com uma bolsa institucional, com uma balança portátil para pesagem das crianças além de outros materiais como aparelho de pressão, termômetro, fita métrica, protetor solar e dois uniformes com a identificação de cada agente (ASCOM, 2013).

No RJ, na contratação de empresa especializada para o fornecimento de vestuário e acessórios de ACS, foram solicitados: camiseta em malha Piquet, capa de chuva, jaqueta, coletes, calças/bermudas e boné de Brim Sarja reforçado impermeável, cinto de algodão, mochila reforçada (revestida internamente com poliuretano para resistência a água), tênis preto com amortecedor, canetas e pranchetas personalizadas, lápis com borracha na ponta (IABAS, 2014).

No ES, a disponibilidade de uniforme e protetor solar estava relacionada ao tipo de contrato de trabalho. Verificou-se que, quando o ACS deixou de ser prestador de serviço indireto e passou a ser contratado direto do município, pelo concurso público, houve mudança no rigor da utilização do uniforme e qualidade do mesmo. Porém, o uniforme atrapalha a realização das atividades, por ter tecido muito quente e grosso, de modo que alguns ACSs usavam-no para ir à UBS, depois passavam em casa e trocavam de roupa para trabalhar na comunidade (BINDA *et al.*, 2013).

Quanto ao filtro solar, a mudança contratual lhes distanciou do poder decisório na gestão, verificando-se que com a compra, via recursos públicos, estendeu o tempo de recebê-los e reduziu a qualidade dos mesmos, conotando piora das condições de trabalho (BINDA *et*

*al.*, 2013).

Quando a exposição ao sol, depois das 10 e antes das 16 horas, se torna duradoura, surgem os danos à saúde, pois as radiações ultravioletas (UV) alteram as estruturas das camadas da pele, os quais podem ser minimizados com o uso habitual do protetor solar com Fator de Proteção Solar (FPS), de no mínimo 15, vestimentas, óculos e chapéu, facilmente disponíveis e eficazes para defesa do organismo.

Assim como os ACSs, outros trabalhadores podem se expor por quatro ou mais horas, nos horários de pico, e serem afetados se negligenciada a proteção adequada. Portanto, as medidas de proteção solar se tornam Equipamento de Proteção Individual (EPI), os quais devem ser fornecidos gratuitamente ao trabalhador, que, por sua vez, deve utilizá-los e conservá-los (FILHO; XAVIER, 2014).

A legislação não considera o filtro solar como EPI para os trabalhadores expostos ao sol e sem a obrigatoriedade legal, então, a disponibilidade do mesmo acaba ficando a critério de cada empregador. Desde 2004, está tramitando no Congresso Nacional o Projeto de Lei N° 03730/2004, que propõe a distribuição gratuita pelo SUS do protetor solar (CULTICOM, 2014).

Os uniformes permitem a regulamentação oficial de um grupo, modelam comportamentos e constroem identidades profissionais, sentimentos de pertença a um agrupamento, instituição, condições de trabalho e corpo técnico-científico de determinadas épocas. Ao se uniformizar, os trabalhadores passam a agir segundo as expectativas sociais e o comprometimento corporativo, modificando seus hábitos e postura (PERES; PADILHA, 2014).

Mais que um EPI ou praticidade econômica, o uniforme simboliza a honra, a corporificação da moral e do status profissional. Especialmente na área da saúde, ele representa a imagem da corporativa empresa, sua credibilidade, limpeza, organização e a distinção dos grupos sociais, quanto a sua cultura e poder (MARTINS; MARTINS, 2011).

Uma vez que o uniforme traduz a identidade visual da empresa, além de representaro descaso para com a AB, a sua falta prejudica a legitimação das ACSs enquanto profissionais das equipes de saúde e compromete a credibilidade do trabalho das ACSs e a produção de saúde na AB.

Dentre as potencialidades de enfrentamento da inadequação estrutural da AB foi citado que no município de Rebouças, além de uniforme e protetor solar, os ACSs recebem óculos de sol e um dos gestores informou estar prevista para 2015 a contratação de pessoal para as eSFs,

atendendo ao mínimo proposto pela PNAB, pois, a arrecadação municipal não pode assumir tais gastos antes desta data, uma vez que cada equipe tem um custo mensal em torno de R\$ 47.000,00 e os repasses federais e estaduais se aproxima, respectivamente, de R\$ 7.300,00 e R\$ 2.000,00.

As reformas e construções das unidades de saúde, pactuadas no Plano de Metas da atual gestão de Irati-PR, se encontravam em andamento, e segundo um dos gestores, atendia aos critérios de vazios demográficos e proximidade da comunidade, motivando uma das equipes de saúde a contornar tal situação junto à comunidade:

*A gente até fez palestra na igreja, mas era uma subidona, uma rampa daquelas. Daí o pessoal reclamava que não dava pra ir, principalmente os idosos, até que, por uma vez, uma mulher cedeu a casa dela (A1).*

### **2.3.2 Meios não materiais do trabalho das ACSs**

Além dos recursos insuficientes para o custeio da AB e da inadequação das instalações prediais das UBSs e PA, a qualidade da ESF se mostrou prejudicada pela insuficiente educação em serviço e relações prejudicadas na equipe de saúde, destacando-se a desqualificação do ACS, cujos instrumentos não materiais do processo de trabalho foram dispostos no quadro 3:



**Quadro 3** - Instrumentos não materiais do trabalho do ACS, segundo frequência de citações e falas representativas dos agentes, gestores e atas do CMS.

Meios do trabalho		Frequência dos temas	Falas representativas
Não materiais	Conhecimento, capacitações e interações sociais no trabalho	Desconhecimento das competências e atribuições do ACS (15),	<i>A gente não se forma para trabalhar como ACS, aprende com o tempo (A2).</i>
		Alternativas próprias para ampliar conhecimentos (12),	<i>A oferta é bem pouca, aprendi tudo sozinha mesmo, depois, fui ensinando as que chegavam (A5).</i>
		Conhecimento da comunidade facilitando o trabalho (8),	<i>Agora que sabem que a gente tem as informações daqui de dentro do posto, confiam mais na gente (A6).</i>
		Equipes funcionantes (6),	<i>Quando tem curso, é bom, mas demora muito pra ter de novo, daí cai no esquecimento (A4).</i>
		acessibilidade dos profissionais graduados (7),	<i>Falam pra fazer assim, assado, mas na prática... (A8).</i>
		Isolamento do ACS (3)	<i>Aqui no posto, eles fazem desenho, dão aulinha, explicam muito bem, conhecem nossa realidade (A9).</i>
		Inferioridade do ACS (4) e exclusão do ACS na equipe (3)	<i>Falei tudo o que pensava [...], acho que agora me dão as contas (A2).</i>
			<i>Somos inferiorizados, excluídos, não participamos da tomada de decisões (A4).</i>
			<i>Outros médicos nem escutavam a gente, como se o ACS não soubesse de nada (A2).</i>
			<i>Percebo que muitos ACSs não se sentem parte da equipe, a qual o vê como intruso que traz problemas e o próprio ACS alimenta o preconceito para com eles, que são sozinhos, do nível inferior (G2).</i>
			<i>O enfermeiro até acolhe nossas demandas, mas com os outros da equipe é diferente, parece que a gente não existe, somos inferiorizados e excluídos, não participamos das decisões (A2).</i>
			<i>Na reunião dizem que somos o foco, o começo de tudo, mas não somos respeitados (A4).</i>
			<i>Depois de 10 anos percebo que muitos ACSs não se sentem parte da equipe, a qual o vê como um intruso que traz problemas, mas eles também alimentam esse preconceito para com eles mesmos, de que são sozinhos, a base da pirâmide de poderes (G2).</i>

**Fonte:** Dados do estudo, 2015.

A PNAB delega à SMS a seleção, contratação e remuneração dos profissionais da AB, de modo que o processo seletivo para ACS precisa ser revisto, pois um dos gestores revelou que, no último exame, as questões eram de nível técnico enquanto as candidatas sópossuíam o nível médio. Também foi afirmada a oferta do Curso Introdutório após a contratação das ACSs para que conhecessem o seu trabalho e suas competências, embora a Lei N°11.350/2006 exija a conclusão e o aproveitamento deste curso como pré-requisito aos candidatos a esta função.

A fala abaixo sinaliza que, apesar do longo tempo na profissão, as ACSs desconheciam suas atividades, identificando como suas algumas tarefas não elencadas na LEI 11.350/2006: utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; estimular a participação da comunidade nas políticas

públicas voltadas para a área da saúde; realizar VDs periódicas para monitoramento de situações de risco à família e participar das ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida:

*Eu não sabia como era o trabalho do ACS, nem imaginava que, além das visitas, iater de fazer curativo, ver pressão, fazer de tudo (A2).*

A falta de clareza sobre tarefas e papéis do ACS, não é uma exclusividade de Irati- PR e merece atenção por estar associada a sua baixa motivação e desempenho. Na Índia, as responsabilidades de trabalho descritas pelos agentes foi inferior às atribuídas à profissão e a maioria desconhecia seu papel na mudança de comportamento em relação a puericultura, planejamento familiar, lavagem das mãos e saneamento (KOK *et al.*, 2014).

Em Gana, a falta de compreensão da comunidade sobre deveres dos agentes estava dificultando o seu trabalho, assim como na Bolívia, esta situação causou desconfiança e dificultou o trabalho dos mesmos (KOK *et al.*, 2014).

Os usuários da ESF de um município baiano referiram pouco conhecimento sobre o trabalho do ACS e também atribuíram a ele a realização de procedimentos e dispensaçãode medicamentos. O desconhecimento sobre este profissional pode resultar em insatisfações com relação à sua atuação, assim como a sua carência nas equipes mínimas comprometeu o acompanhamento das famílias cadastradas, o seu reconhecimento pela população e, por conseguinte, o vínculo e a adoção da AB como primeiro contato na RAS (JESUS *et al.*, 2014).

No Afeganistão, os ACSs são chamados de médicos na aldeia, pela autoridade no planejamento familiar e tratamento das doenças da infância. Trimestralmente, recebem analgésicos, medicamentos para pneumonia, diarreia e anemia, sais para a reidratação oral, multivitamínicos, pomadas, kit de planejamento familiar, além de materiais para curativo, peróxido de hidrogênio, violeta de genciana, tesoura, pinça, entre outros. A oferta destes insumos pelos agentes agrega-lhes eficácia e credibilidade na comunidade (NAJAFIZADA *et al.*, 2014).

Sendo as atitudes e valores das ACSs deste estudo o principal instrumento de trabalho disponível, verificou-se que estavam em conformidade com as competências do saber-ser definidas pelo MS: capacidade de interagir com os indivíduos, coletividades, população e seu grupo social; respeito aos valores, culturas e individualidades de pensamento; buscar ativamente alternativas frente a situações adversas e recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados.

Entretanto, o desconhecimento das suas atribuições prejudica as ACSs nas competências de reflexão crítica dos seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador, da pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos da prática profissional e de se colocar na equipe para beneficiar as práticas de saúde.

A maior parte das ACSs estudadas foi treinada por outra ACS e referiu que a oferta de capacitações no município foi insuficiente quanto à periodicidade, quantidade, aplicabilidade e relevância dos temas. Desprovidas dos conhecimentos necessários para o trabalho, elas vivenciam as dificuldades de aceitação pela comunidade e equipe, contando apenas com suas habilidades, atitudes e convivência (interesse em aprender, fazer buscas em livros e internet, ter ética e respeito, ter dom, dó, sorte e amor ao trabalho).

Semelhantemente ao Nepal, Bangladesh e Irã, mais que a independência financeira, os ACSs da Tanzânia destacaram em seu trabalho o altruísmo, orgulho, dom, as relações de confiança com a comunidade e o conhecimento em saúde, sendo que 90% deles estavam satisfeitas com a oferta de treinamento, que dura três semanas e aborda questões da saúde da mulher e criança (MPEMBENI *et al.*, 2015).

Em vários estudos, os ACSs citaram a vontade de ajudar e cuidar de outras pessoas como habilidades necessárias ao trabalho. Na Zâmbia e Uganda os agentes sentiam-se felizes por ajudar suas comunidades. Em Gana, além do altruísmo, a saúde e a educação da comunidade também motivaram os agentes a permanecerem na profissão. Muitos estudos também revelaram que o desenvolvimento pessoal ou ganho de conhecimento foram essenciais para a retenção dos agentes em áreas rurais (KOK *et al.*, 2014).

Apesar da pequena oferta, os cursos foram avaliados como bons pela maioria das ACSs estudadas, embora houvesse distanciamento entre a teoria e a prática. Os temas mais lembrados por elas foram: as doenças em geral, a hipertensão, as doenças endêmicas e a violência, além de sentirem falta de informações sobre o acompanhamento das gestantes e de crianças.

Em 2010, foi realizada uma capacitação aos ACSs de Irati-PR e outros quatro municípios, os quais elegeram os seguintes temas trabalhados: a identidade dos mesmos, as concepções e família, saúde mental, vocal e auditiva e outras temáticas referentes às demandas da comunidade. Na ocasião verificou-se que os ACSs se mostraram resistentes e pouco participativos nas discussões dos primeiros encontros, o que foi sendo modificado com a construção de vínculo entre os participantes, sendo ampliada a abordagem dos temas propostos (POLAK *et al.*, 2010).

Por definição, os ACSs são pessoas da comunidade treinadas em prevenção e promoção da saúde para prestar seus serviços, para os quais o treinamento é fundamental, além da supervisão e do apoio técnico e material. A maioria dos PACSs têm ofertado cursos de atualização práticos, focados em teoria e não nas competências a serem desenvolvidas, anualmente. Tem-se defendido a adição de três dias de formação anual para a melhora da qualidade dos serviços prestados, com esquecimento das habilidades e conhecimentos na ausência dos mesmos (LOPES *et al.*, 2014).

Estudos revelam que o treinamento influencia positivamente a motivação, satisfação e desempenho dos ACSs. Na África do Sul, apesar da baixa autoestima, a identidade profissional foi um motivador dos agentes. No Irã, a formação anterior ao serviço teve um impacto positivo na capacidade de prestação de cuidados de saúde e na construção de confiança e comunicação com a população rural (KOK *et al.*, 2014).

Considerando que a prática dos ACSs pode ser melhorada com a devida supervisão, formação, trabalho em equipe e apoio comunitário, a falta de materiais pode forçá-los a usar recursos próprios em seu trabalho. No Quênia, o treinamento dos ACSs dura duas semanas e os capacita a investigar os determinantes de saúde, prestar cuidados às doenças e advogar, para fazerem diagnóstico precoce de agravos, educação em saúde e encaminhamentos necessários, ainda que a população tivesse expectativa de que eles realizassem procedimentos médicos (OLIVER *et al.*, 2015).

Considerando que melhores performances estão correlacionadas aos altos níveis de educação, o PACS deve incluir um nível mínimo de educação e rever o nível de alfabetização exigido na seleção dos agentes (LOPES *et al.*, 2014).

No Afeganistão, o treinamento é considerado essencial para o sucesso do PACS e, inicialmente, durava seis meses e, somente após a primeira formação de 18 dias, é que o ACS poderia começar a servir a população, sendo certificados ao completar a terceira rodada de treinamento. Para os novos agentes, a duração era reduzida, eram ofertados manuais de treinamento pictográfados, com tarefas de sensibilização, de educação e de orientações em saúde pública, sendo solicitadas informações extras, como o treinamento para administrar injeções e verificar a pressão arterial (NAJAFIZADA *et al.*, 2014).

Na Tailândia os agentes são treinados sobre AB, prevenção de doenças e tarefas curativas básicas, seguido de atividades de aprendizagem no trabalho, havendo diferentes formas de educação. No Irã, os agentes passam por um treinamento pré-serviço de dois anos,

com módulos teóricos e estágios clínicos nas casas de saúde, seguidos da formação em serviço, sendo acrescentados novos conteúdos os de saúde da criança e da mulher e até a formação para parteira (JAVANPARAST *et al.*, 2012).

Os treinadores no Irã devem comprovar experiência mínima de três anos na AB e realizar um mês de capacitação para professor, para então ministrar todas as atividades do curso, que se dá em período integral, com o apoio financeiro e de recursos adequados dos diferentes níveis do sistema de saúde, em centros de treinamento especializados, no qual o clima da organização de treinamento e do relacionamento treinador-agente se mostraram importantes para a motivação e aprendizagem dos agentes (JAVANPARAST *et al.*, 2012).

Para os agentes iranianos, os cursos em serviço não foram satisfatórios quanto à qualidade, oportunidade, preparo e número de treinadores, oferta de sessões práticas e de instalações espaciais. As atualizações sobre as políticas e programas foram discutidas, em intervalos regulares, em workshops, reuniões mensais e até por GPS, aos agentes de rural (JAVANPARAST *et al.*, 2012).

Em Madagascar foi clara a correlação entre a oferta de cursos de aprimoramento e o desempenho dos agentes. No Malawi e Quênia, os candidatos com treinamento foram remunerados ou tiveram favoritismo no processo de seleção para ACS. Já no Paquistão, o sucesso do treinamento foi associado às metodologias mais participativas, ao ambiente amigável dos centros de formação, à qualificação dos treinadores e a relação entre estes e os agentes havendo impacto positivo sobre o processo de aprendizagem e motivação. (KOK *et al.*, 2014).

Considerando o poder do saber técnico-científico, os agentes acabam sendo inferiorizados na equipe mas superiorizados na população, onde se percebem como detentores do saber/poder e tradutores do conhecimento técnico-científico. Se para os ACSs e Agentes de combate das Endemias (ACE) de MG a formação profissional foi ruim, pela falta ou baixa frequência de cursos e pelo despreparo dos instrutores, para os seus coordenadores, a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho e a rotatividade de pessoal nas equipes foram apontados como empecilhos à capacitação (FRAGA; MONTEIRO, 2014).

A quase totalidade das ACSs de Irati-PR recorreu ao curso técnico na área da saúde para sanar suas lacunas de conhecimento, metade delas ingressou num curso técnico para ACS, na modalidade de ensino à distância, ofertado por uma das universidades do município, o qual foi interrompido e avaliado negativamente pelas ACSs, como contaram:

*Iniciamos o curso, teve duas aulas e foi interrompido. Um dia até consegui pegar as apostilas, aqueles que não foram nesse dia não puderam pegar (A6).*

*Era uma vez por semana, ninguém sabia nada, você andava de sala em sala pra conseguir informação (A7).*

*Acredito que o mercado deva estar oferecendo cursos técnicos para ACS, o próprio MS diz que oferece desde 2009, mas esse que elas comentaram eu não tive conhecimento (G1).*

*Não gostei de ser um curso a distância (A9).*

Tais falas retratam o descaso das instituições de ensino e do próprio município em relação ao profissional ACS, apesar dos investimentos na sua formação técnica e valorização também fortalecer a ESF. A ausência de momentos que possibilitem aprendizagem significativa pode fragilizar seu papel público e político, pois não conseguirão discutir ou lidar com problemas do cotidiano e as práticas embasadas no biologicismo e medicalização são mantidas (QUEIROZ *et al.*, 2014).

O MS só ofereceu, até o momento, o primeiro dos três módulos do curso técnico, em poucas regiões do país. Para os ACSs, a precariedade da formação é um dos aspectos mais frágeis no seu trabalho, de modo que os com mais tempo de profissão são os mais satisfeitos com a formação que, na maioria das vezes, se deu na prática do serviço, com outros ACSs e com breves capacitações em cuidados e doenças, mantendo a carência de formação sobre as formas de prevenção e atenção à saúde, uma filosofia que sustenta o próprio SUS e a ESF (MARTELETO; DAVID, 2014).

Também no RJ, parte dos ACSs realizou a primeira etapa do curso técnico, o qual foi importante e impactou positivamente o processo de trabalho e a compreensão ampliada de um modelo de atenção humanizado, integral e intersetorial. Os agentes aprenderam sobre planejamento, informação, as políticas e educação em saúde, reconheceram a dificuldade de praticar todo conteúdo discutido e de mudar o modelo (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Mesmo com a desvalorização do curso pelos demais membros da equipe, os ACSs acreditaram que os conhecimentos iriam lhes agregar qualidade ao trabalho e reconhecimento, além das repercussões positivas do curso na vida partícula, aumentando a autoestima, o ânimo para lutar pelos seus ideais, o respeito às diferenças, a união entre eles e o desejo de conhecer mais sobre as doenças para melhor detecção de casos a serem acompanhados (BORNSTEIN; DAVID, 2014).



Muitos ACS tiveram acesso ao conhecimento, em vários municípios, em pequenos cursos, treinamentos ou capacitações sobre doenças ou pelo Curso Introdutório, ao invés da formação técnica completa e, mesmo sendo importantes outros aspectos do trabalho com as famílias, como a relação interpessoal, estes são pouco explorados nas capacitações, centradas na doença. Logo, a educação continuada poderia instrumentalizá-los para a luta pelos direitos da comunidade, tradução do conhecimento científico para o popular e interação entre os sujeitos do seu processo de trabalho. (CULTICOM, 2014).

Os médicos e enfermeiros reconhecem que a atuação dos agentes facilita o trabalho da equipe e a mudança do modelo de atenção, mas desconsideram sua formação profissional, não enxergando diferença significativa após a oferta dos cursos e acreditando que alguns ACSs não aceitam mudanças. Tal percepção é contrária à dos ACSs, que sem se sentirem parte da equipe, destacam a falta de compreensão da sua função por esta e a priorização de tarefas burocráticas em detrimento do cuidado à população ou das atividades educativas (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Deve-se reconhecer a assimetria histórica das relações entre profissionais e população, cujo processo de hierarquização de saberes tende a excluir ou desqualificar o mundo da cultura popular, de modo que o trabalho do ACS se dá na fronteira da precarização e profissionalização, da resposta e descaso por parte do Estado, entre os saberes instituídos e os produzidos no cotidiano das relações, de processos de superação das desigualdades, que contribuem para a indefinição do seu perfil e atribuições (CULTICOM, 2014).

O perfil profissional do agente é diferente dos outros da equipe e a dicotomia entre o saber biomédico/científico e o popular acaba por hierarquizar as relações e subordinar o agente aos demais da equipe. Os discursos sociais valorizam o saber científico, reforçam a polarização das relações de poder e os agentes, desprovidos do saber biomédico e de formação específica acabam recebendo o menor salário e ficam inferiorizados na equipe (ROCHA *et al.*, 2013).

Embora os ACSs do Afeganistão sejam tenham sua formação certificada, sofrem maus tratos nos dispositivos da RAS, o que compromete sua autoconfiança e credibilidade, não integram a equipe de saúde por serem membros da comunidade, que trabalham para o bem de Deus e dos seus, forçados a viver na mesma aldeia por toda a vida e o rótulo de voluntário ainda lhes conota inferioridade aos profissionais de saúde remunerados (NAJAFIZADA *et al.*, 2014).

Para a PNAB, mais que o conjunto de profissionais de diferentes formações profissionais, nas equipes da AB deve haver alto grau de articulação entre seus membros, de

compartilhamento de ações e enriquecimento dos núcleos de competência profissional específicos com a construção de competências comuns a toda equipe, o que deslocaria o processo de trabalho centrado em procedimentos e profissionais para um processo centrado no usuário (BRASIL, 2011).

Uma vez que a falta de pessoal na equipe mínima e a capacitação insatisfatória das ACSs podem prejudicar a interdisciplinaridade, segundo as ACSs desta pesquisa, mesmo nas equipes com relações horizontais e amistosas, a justaposição de diferentes saberes para o cuidado não ocorreu, assim como as reuniões para o planejamento conjunto de ações e a capacitação das ACSs, havendo prejuízo na intensidade das trocas, na integração de saberes e supervalorização de algumas categorias profissionais.

Ainda que os elos entre todos os profissionais da equipe seja o ponto principal do desenvolvimento da ESF e que alguns ACSs conseguiram se colocar nas equipes, no RJ, Recife e Porto Alegre também foi encontrada a dificuldade do trabalho em equipe, a qual não vê o ACS como um profissional de saúde, embora reconheça o valor dos seus saberes da vida e a sua visão diferenciada das situações de risco e, assim como nesta pesquisa, os profissionais graduados foram os mais acessíveis ao ACS (CULTICOM, 2014).

Em Portugal, as eSF são compostas por médico, enfermeiro e pessoal administrativo, havendo nas reuniões para decisões coletivas e planejamento participativo a integração e cooperação entre os seus membros, socialização das informações, plano de trabalho comum e o respeito pelas diferenças, o que pode estar associado às ótimas instalações físicas, boa qualidade arquitetônica e espaços bem definidos, equipamentos básicos e materiais de consumo em situação adequada, com manutenção e abastecimento regulares (SOUZA *et al.*, 2013).

Assim como em Irati-PR, no sudeste do país, verificou-se na equipe hierarquia de saberes e de valores atribuídos ao trabalho dos profissionais, não sendo dada a devida importância ao ACS, de modo que os médicos e enfermeiros mais discutem os problemas específicos das suas atividades do que os problemas e soluções para a melhoria da gestão da saúde da população atendida (BINDA *et al.*, 2013).

No Rio Grande do Sul, nas ESFs também havia o individualismo, o isolamento, a imposição do poder, a competição, a falta de comprometimento e de espaços de diálogo, de afetividade e de discussão no trabalho. A dificuldade de entendimento e as manifestações divergentes foram as principais causas dos conflitos, sendo necessários maiores investimentos no trabalho das equipes e reflexão sobre a sua influência no bem-estar dos servidores

(FERNANDES *et al.*, 2015).

No trabalho em equipe das ESFs cariocas sobressaiu a divisão do trabalho, articulação entre os profissionais da equipe técnica, a rotatividade da liderança dentro da equipe, a cooperação, a colaboração, a divisão de responsabilidades e a obtenção de maiores resultados com o trabalho coletivo. Também foi citada a procura bidirecional entre os agentes e os profissionais técnicos para troca de informações e a construção conjunta de linguagens, objetivos, projetos assistenciais comuns, sobretudo, durante as reuniões de equipe (PEREIRA *et al.*, 2013).

Em Belo Horizonte (BH), observou-se que os ACEs eram convidados a participar das reuniões para legitimar processos e decisões tomadas por outros profissionais, para solucionarem problemas que não dão conta, para provar o compromisso com a democracia e não para valorizar o saber dos mesmos, o que pode gerar resistências, falta de motivação e atitudes descompromissadas e descoladas da missão institucional (FRAGA; MONTEIRO, 2014).

No norte do PR, profissionais de eSF associaram o trabalho em equipe ao trabalho familiar, idealizado, conceituado como um trabalho coletivo, hierárquico, com troca de favores, relações de ajuda entre pessoas conhecidas, com características próprias e que precisam se sentir incluídas, reconhecidas e aceitas no processo grupal. Entre as dificuldades foi citada a falta de tolerância, déficit na comunicação, resistência às mudanças, despreparo do profissional o que impossibilita o alcance dos objetivos. As diferenças individuais, temperamento, caráter e personalidade, podem interferir negativamente no relacionamento interpessoal e no trabalho na equipe, assim como a falta de apoio institucional e a desvalorização profissional resulta em desgastes, insatisfação pessoal e frustração (NAVARRO *et al.*, 2013).

No ES, 96,9% das equipes realizavam reuniões, 91,3% faziam atividade de autoavaliação e 83,8% monitoravam e analisavam os indicadores e informações de saúde, sendo que 76,9% estabeleciam plano de ação (GARCIA *et al.*, 2014).

O compartilhamento das responsabilidades tem sido eficaz no controle de conflitos que emergem de situações mal resolvidas do cotidiano do trabalho e os profissionais estabeleceram a importância da comunicação e do diálogo aberto sobre questões subjetivas, da sua saúde física e mental, seus sofrimentos, medo, tensões, disputas de poder, sendo os conflitos amenizados nas reuniões de equipe, com respeito ao colega e clientela, articulação, interação, planejamento e construção de um projeto comum (FERNANDES *et al.*, 2015).

A satisfação por atingir objetivos comuns com a cooperação mútua das diferentes contribuições foi um dos benefícios identificados no trabalho em equipe, sendo necessária comunicação clara e verdadeira, confiança e respeito elevado, clareza de papéis e objetivos, corresponsabilidade e parceria entre seus membros. Foi sugerida a realização de encontros e reuniões periódicas para o estabelecimento do vínculo interpessoal socialização de informações pertinentes a este trabalho (NAVARRO *et al.*, 2013).

Diferentemente de Portugal, onde o trabalho em equipe foi decisivo para uma maior humanização dos serviços das UBSs, ampliação do acesso aos usuários e avanço da qualidade dos cuidados prestados, as equipes da ESF brasileira são constituídas de forma involuntária, conforme a classificação dos candidatos do processo seletivo, o que pode ocasionar problemas de integração e dificuldades no processo de trabalho da AB (SOUZA *et al.*, 2013).

Conforme a PNAB, todas as esferas são responsáveis por desenvolver a qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e EP dos profissionais, a qual deve ser a principal estratégia de aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades transformadoras, qualificando as práticas de cuidado, gestão e participação popular.

Um dos gestores pesquisados reconheceu a importância da EP às ACSs, afirmando haver verba disponível para isto e, pela lista de presença, verificou a participação maciça das ACSs, sendo delas descontado do dia de trabalho caso não comparecerem às capacitações oferecidas e, em outro momento, serão analisadas as avaliações das agentes sobre os cursos oferecidos.

A inexistência de ações de EP também foi verificada em um município do Ceará e os ACSs elencaram a necessidade de discussão sobre a adesão dos portadores de DCNT, a falta de ações de promoção à saúde e a dificuldade de estabelecer relações interpessoais salutares, sendo revelada a dificuldade de realizar ações além das de medicalização da vida, de estabelecer parcerias intersetoriais e a ausência da EP enquanto política municipal (QUEIROZ *et al.*, 2010).

A oferta de EP para as equipes tem sido um dos pontos-chaves para a menor rotatividade dos profissionais da AB e os dados do PMAQ revelaram que em nosso país há oferta pela gestão municipal de ações de qualificação para os profissionais, especialmente nos municípios de maior porte, já que atendem às demandas e necessidades das equipes e o Telessaúde foi o mais citado que os cursos presenciais, porém o percentual de equipes que participaram destas é

baixo (SEIDL *et al.*, 2014).

Em Montes Claros (MG), o diálogo e a escuta não estão acontecendo, dificultando trabalho em equipe, prejudicando a ajuda à comunidade e levando à falta de motivação e de compromisso, sendo a educação continuada desvalorizada e sacrificada pela sobrecarga de trabalho da equipe, devido a falta de pessoal ou por atividades propostas pela SMS, o que contraria a PNAB, quanto a valorização dos profissionais por meio do incentivo e acompanhamento do ensino e formação profissional (ALVES *et al.*, 2014).

Estudos afirmam que mais que uma estratégia educacional, a formação continuada dos profissionais da ESF contribui para a mudança organizacional de melhoria dos serviços de saúde, favorecendo o trabalho em grupo, a reflexão, a construção de conhecimento e o surgimento de novas propostas e ideias que podem melhorar o trabalho e a satisfação do usuário (PORTELA *et al.*, 2013).

As práticas educativas comumente realizadas ainda são pouco inovadoras e distantes das novas concepções pedagógicas, criando obstáculos para a realização de uma política de EP que inclua novas abordagens e metodologias no âmbito da AB, sendo necessária a qualificação e formação dos profissionais da ESF para atuar em ações voltadas para o desenvolvimento de atitudes politizadas que tragam melhorias na qualidade de vida dos indivíduos, fomentando a construção da autonomia e emancipação dos grupos populacionais (ARCE; SOUSA, 2014).

Recomenda-se que na educação continuada a escolha dos temas a serem abordados leve em consideração a prática diária dos trabalhadores de saúde, suas dificuldades, as necessidades da comunidade e situações epidemiológicas. Para que esta aprendizagem seja significativa o diálogo deve ser estimulado entre todos da equipe de saúde para que possam atuar de forma autônoma e criativa, compartilhando poderes na produção de saúde integral e humanizada (ALVES *et al.*, 2014).

A EP pode ser uma importante estratégia de educação em serviço no município em questão e as ACSs pesquisadas confirmaram que quando esta ocorreu, na unidade de saúde com os profissionais da própria equipe, o aprendizado foi significativo e mais adequado às suas necessidades. Como a EP também poderia contribuir na análise coletiva dos nós críticos do processo de trabalho a serem enfrentados na atenção/gestão, recomenda-se maior investimento na qualificação dos trabalhadores, incentivando e valorizando as ações de EP, e o trabalho em equipe, que são alguns dos princípios norteadores da PNH.

Vale lembrar que a humanização no SUS defende a valorização de todos os sujeitos do

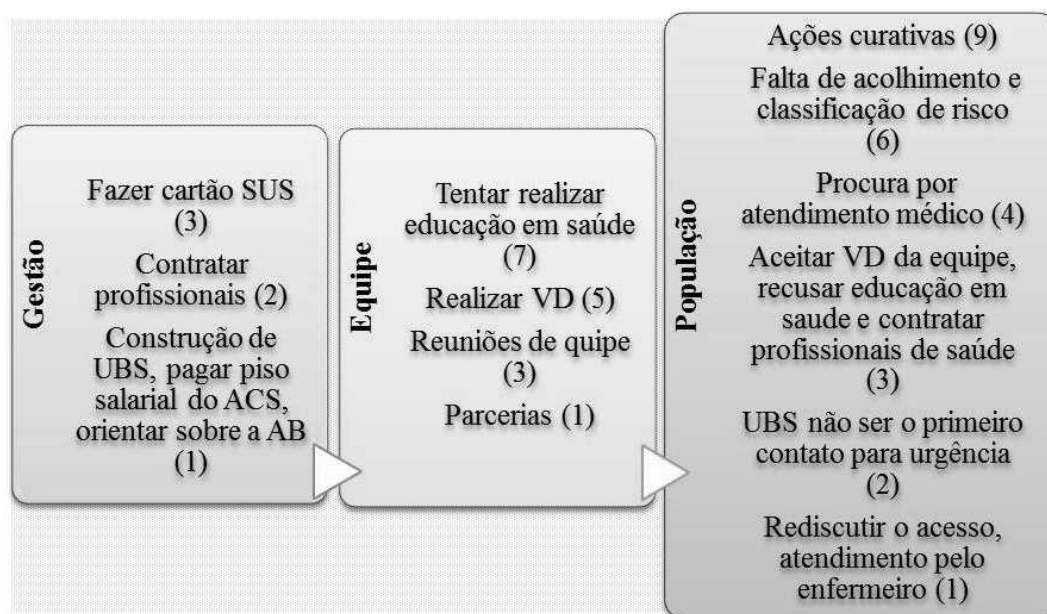


processo de produção de saúde, a qualificação da atenção e a garantia da EP, da ambiência e das condições de trabalho e cuidado, de modo que seus espaços permitam conforto, privacidade e individualidade, favorecendo a otimização de recursos e os encontros humanizados, acolhedores e resolutivos (BRASIL, 2009b).

## 2.4 Finalidades do processo de trabalho das ACSs

A categoria dos objetivos do processo de trabalho do ACS compreende os critérios, perspectivas, direções, intenções do projeto que está na mente do trabalhador para alcançar as necessidades e expectativas da população, podendo ser um indicador da mudança de modelo de atenção. A variedade de sujeitos neste processo (instituições, equipes, gestores, comunidade, sociedade) elegeu objetivos e finalidades divergentes (Figura 9).

**Figura 9** - Objetivos do processo de trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde, segundo a frequência de citações dos diferentes sujeitos da produção de saúde, Irati-PR, 2015.



**Fonte:** Dados do estudo (2015).

A meta da SMS de contratar profissionais para a ESF corresponde à expectativa da população e a sua competência de selecionar, contratar e remunerar os profissionais da AB, designada pela PNAB:

*Foi publicada a contratação da empresa que fará o processo seletivo para completar as equipes [...] (G1).*

*Vamos tentar enxugar os gastos o máximo que puder para aumentar a arrecadação e então poder acontecer as novas contratações (G2).*

Mais que uma exigência da PNAB, a existência de equipes completas permite o fortalecimento da relação do profissional com a população, efetivando a participação, escuta e



diálogo de todos nas ações de saúde, o compartilhamento do saber técnico específico e o estabelecimento de vínculos duradouros (ARCE; SOUSA, 2014).

Estudo realizado no RJ ratifica a importância do ACS na correção, conexão, captação e efetivação do ingresso dos usuários na ESF e aos seus preceitos clínicos/epidemiológicos, estabelecendo a ligação entre recursos típicos dos serviços (consultas, exames, procedimentos e medicamentos) e o usuário (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Dentre as atividades de mudança do modelo de atenção, a PNAB prevê cuidados no ambiente domiciliar aos usuários com quadro clínico controlado e dificuldade de locomoção, os quais foram planejados pela equipe e aceitos pela comunidade:

*Este médico vai nas casas, o outro, só dava remédio (A2).*

*Acompanho os outros da equipe quando vão fazer visita nas casas (A3).*

Segundo a literatura, com exceção do ACS, a maioria das equipes concentram suas atividades nas dependências do ambiente clínico das unidades de saúde e quando faz visitas contam com a companhia do ACS. Por sua vez, as VDs dos agentes garantem o contato contínuo dos profissionais com a população, especialmente quando a equipe tem questões superiores à sua governabilidade, como a falta de medicamentos, comprometendo a busca da população pela unidade enquanto fonte habitual de atenção e fomentando conflitos e descrenças da população, restando à equipe a adoção de práticas que visem enfrentar seus diversos problemas, ainda que de ordem política ou organizacional (ARCE; SOUSA, 2014).

Para a população baiana, a VD foi identificada como principal instrumento de trabalho do ACS, quando ele acompanha as pessoas com dificuldade de locomoção e de grupos específicos, repassa informações sobre exames e ações relativas à saúde da criança, reafirmando a visão biologicista e reducionista do trabalho do ACS a ações tecnicistas e limitadas, tendo de recorrer ao apoio da equipe da ESF (JESUS *et al.*, 2014).

Os ACSs cariocas reconhecem que as VDs lhes permite distinguir situações que necessitam de atenção diferenciada, sendo cobradas pela própria população e alertam que outros profissionais da equipe permanecem dentro da unidade de saúde para se distanciarem da população (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Enquanto em Portugal existem os serviços responsáveis pelas atividades educativas na AB e a UBS se restringe à parte assistencial, no Brasil, as eSFs estão sobrecarregadas pelo atendimento à demanda excessiva e superior ao preconizado pelo MS (1.000 famílias/equipe)

e são responsáveis pela totalidade das ações assistenciais e preventivo- promocionais, dificultando o seu deslocamento até os domicílios dos necessitados de atendimento clínico-curativo (SOUZA *et al.*, 2013).

Os dados do estudo revelaram o desejo das equipes de reorganizar as atividades de educação em saúde, que é uma ação de promoção da autonomia e qualidade de vida proposta pela PNAB e pelo desenvolvimento comunitário, que diverge dos anseios da população por cuidados curativos, centrados no médico e fragmentado e dialoga com o plano da gestão de informar a mudança de modelo de atenção nos meios de comunicação locais:

*A pessoa não quer perder uns minutos com você na visita, só vêm no posto quando precisam (A1).*

*Não trago meu filho aqui porque só tem o clínico (A5).*

*Sem os ACSs, a população só procura os serviços quando precisam, exercendo o cuidado à doença (G2).*

*Os fumicultores expulsaram os agentes de saúde e só procuram o PA quando estão doentes (C4).*

*Sem conscientização, a população prefere ser atendida no PA ao invés da UBS perto da sua casa, onde sobram vagas (C4).*

*Se a coisa é grave, já vou direto na urgência (A6).*

*Os (usuários) do particular não pegam remédio no posto pra não terem de ir nas reuniões (A3).*

*Vamos divulgar na mídia como usar o PA e a UBS (C1). Os novos grupos, tem de ser com outros assuntos (A1).*

*Tentamos até fazer grupo de caminhada, alongamento [...] (A4).*

*Nos grupos, o povo quer saber de outras coisas, poderia ter chimarrão, se divertiu também (A1).*

No Rio Grande do Norte, os usuários procuravam a UBS para o agendamento de consulta, encaminhamento aos especialistas, realização e/ou apresentação de exames, curativos, imunização, consultas médicas, pré-natal, citologia oncológica e puericultura. Embora a maioria das necessidades populares tivessem sido atendidas, de forma humanizada e satisfatória, eram superiores ao nível de complexidade da UBS, com escassez de medicamentos, de fichas e de

horários para consultas, desarticulação entre os serviços da RAS e falta de compreensão popular sobre descentralização e hierarquização (SOUZA JUNIOR *et al.*, 2015).

Barbosa *et al.* (2013) mostrou que, mesmo sendo necessário ultrapassar as ações curativistas e tarefas, em MG, a produção cotidiana ainda não obteve grande impacto na ampliação do acesso à saúde e na resolutividade do serviço. Os médicos estavam presos às consultas ambulatoriais e às demandas espontâneas e programadas do dia, especialmente por DCNT e todos os profissionais reconheceram seu ínfimo envolvimento com as reais necessidades da comunidade (BARBOSA, *et al.*, 2013).

Assim como em Irati-PR, em um município carioca, a maior parte dos trabalhos educativos estava vinculada a programas de saúde ou doenças, com trabalho educativo para grupos, especialmente de hipertensos e diabéticos, feitos na unidade de saúde com pouco interesse da população sendo que dois agentes conduziam tais grupos (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Em Contagem (MG), todos os profissionais reconheceram a necessidade de capacitação para o desenvolvimento de práticas coletivas de Educação em Saúde, especialmente os de nível médio de enfermagem e ACSs, pois enfatizavam tais ações no controle da hipertensão e diabetes, sem fundamentação ou referencial teórico-pedagógico adequado, reproduzindo experiências prévias de grupos pré-existentes na unidade de saúde ou de experiências educativas por eles vivenciadas anteriormente (FLISCH *et al.*, 2014).

No Afeganistão, com a colaboração do líder do conselho da aldeia, os ACS formam o Conselho de Saúde Local, convocam a população para as suas reuniões mensais e discutem os problemas de saúde da aldeia. Nestes Conselhos, formados só por homens, são discutidas questões de saúde ambiental, como água potável e para irrigação, eletricidade, estradas para acesso rápido e fácil aos serviços de saúde e as mulheres discutem a saúde materno-infantil (NAJAFIZADA *et al.*, 2014).

O compromisso da gestão atual de Irati-PR, de construir novas UBS e de pagar piso salarial do ACS, atende às diretrizes de ambiência e qualificação dos trabalhadores da PNH, todavia, as equipes ainda encontram dificuldade na realização da gestão participativa e, para a população, o acolhimento estava insatisfatório:

*Na próxima reunião, tem de haver uma pauta para discutir melhoria na recepção dos postos e seu horário de funcionamento, por causa dos trabalhadores (C3).*

*Quando preciso de consulta, também venho de madrugada pra pegar ficha, igual todo mundo (A7).*

Em um município do RJ, para a população, o acesso ao serviço foi relacionado à oferta insuficiente de atendimento médico, apesar da expansão da ESF e sua proximidade da população. A falta de organização interna dos serviços foi percebida pela insatisfação com o horário de funcionamento, com a marcação de consulta, e manutenção da prática da população de acordar de madrugada e enfrentar fila para conseguir um atendimento, prejudicando o acesso aos cuidados. Embora alguns usuários reconhecessem a ESF como porta de entrada para a AB, permanece a dificuldade ao atendimento nos outros níveis de assistência e a falta de padronização dos casos a serem referenciados (MORAES *et al.*, 2014).

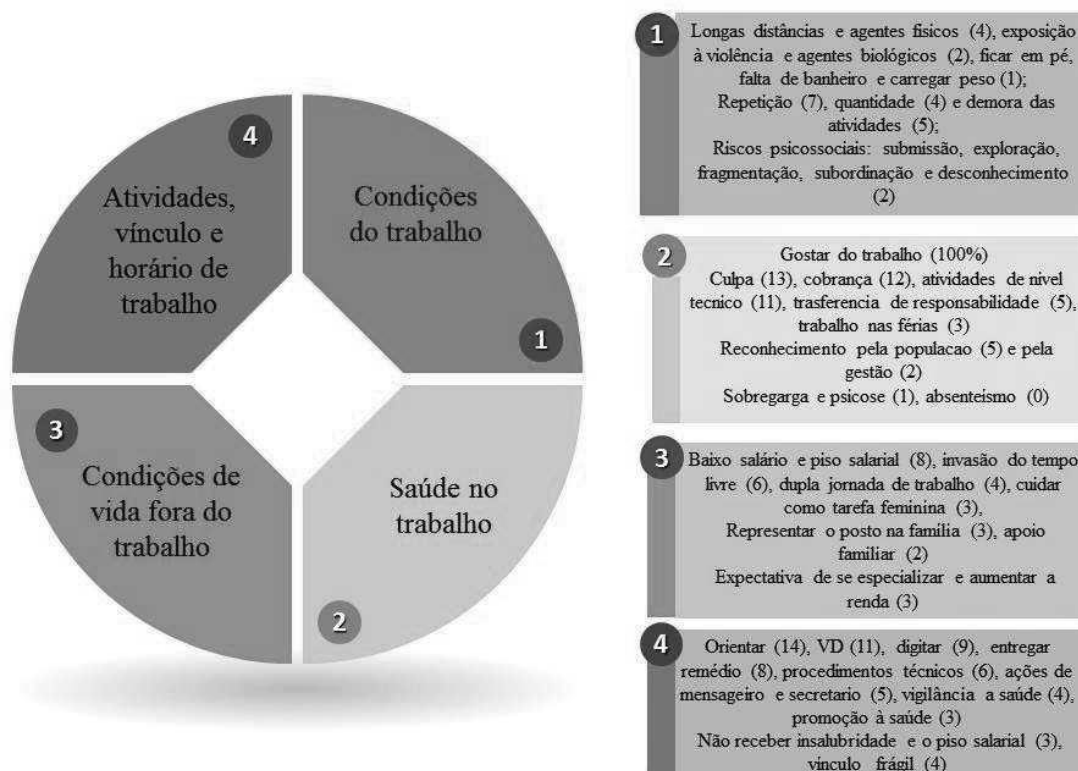
Em Sobral (CE), o acolhimento da demanda programática e espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano, foi avaliado como satisfatório e muito satisfatório atender os usuários de nível primário, revelando que as equipes estavam correspondendo às necessidades dos pacientes, acompanhando, monitorando e supervisionando-os nos demais níveis de atenção da RAS. Porém, as equipes ainda precisam desenvolver ações de planejamento, organização e avaliação, para que estratégias e metas sejam traçadas, seguidas e alcançadas, bem como estimular a participação da comunidade e usuários nos movimentos sociais, conselhos e outras instâncias (PORTELA *et al.*, 2013).

Em outro município carioca, mesmo desprovidos de informações suficientes, os agentes ajudam no atendimento da demanda espontânea, priorizando as gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase, o que corresponde aos programas orientados pelo MS, sendo que a população enxerga o médico como um profissional que consulta e fornece remédio (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

No contexto de reorganização da AB no Brasil emerge o ACS enquanto novo trabalhador da saúde, responsável pela mediação e facilitação das relações entre a população e a equipe de saúde da AB. Embora representem o Estado no cuidado da saúde dos trabalhadores, pouco tem sido explorado o significado deste trabalho para agentes, os problemas de saúde e repercussões deste trabalho e os responsáveis pelo seu cuidado.

O SUS é responsável pelo cuidado integral da saúde de todos os trabalhadores, também cabendo ao empregador e entidades sindicais a garantia da saúde e segurança dos trabalhadores (SILVA; DIAS, 2012) e as características do trabalho das ACSs desta pesquisa foram sintetizadas na figura 10.

**Figura 10** - Características do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde, segundo a frequência dos temas e falas representativas, Irati-PR, 2015.



Fonte: Dados do estudo, 2015.

Conforme a PNAB, o ACS deve: manter atualizado o cadastro de todas as pessoas de sua microárea e acompanhá-las com VD, orientá-las quanto à utilização dos serviços de saúde, integrar equipe e a população, realizar atividades educativas, de promoção, prevenção, de vigilância à saúde e de acompanhamento das pessoas com problemas de saúde e das condicionalidades dos programas de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades do governo federal, estadual e municipal, conforme o planejamento da equipe, tanto em atividades programadas quanto às de atenção à demanda espontânea.

Apesar das ACSs destacarem a realização das atividades de orientação e sua repetitividade, volume e duração, pode-se dizer que as mesmas se distanciam de suas competências ao entregarem remédios, realizarem procedimentos não invasivos e de mensageiro, enquanto as atividades de vigilância em saúde, proferir palestras e produzir informações se aproximam da proposta de mudança do modelo de atenção em saúde.

Todas as agentes estudadas cumpriam as 40 horas semanais e, apesar de a maior parte das atividades apontadas dialogarem com a PNAB e expectativas da gestão, divergem dos anseios da população:

*O ACS deve fazer o diagnóstico precoce da situação das famílias (G1).*

*Eles (os agentes) nasceram para ser os olhos e as pernas da equipe da AB, representam o Estado, a saúde (G2).*

*Nosso trabalho é de orientar mesmo e não de ficar levando as coisas (A9).*

*Por ter feito o técnico de enfermagem, ajudo na unidade, só não faço os procedimentos invasivos (A8).*

*Busco os atrasados na vacina, fico no pé da mãezinha até ela trazer a criança (A6).  
Digito, faço relatório, passo as visitas para o enfermeiro (A2).*

Em Montes Claros (MG), a maioria dos agentes realizava atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, em grupos educativos com até 20 participantes, o que está de acordo com o seu papel, no Brasil, nos Estados Unidos e África do Sul. Compete aos ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho. A vigilância em saúde foi associada ao sexo feminino, ao qual está ligado ao papel de cuidadora (COSTA *et al.*, 2013).

Para adequar as necessidades da população e dos trabalhadores à reorientação do serviço, poder-se ia lançar mão da educação construtivista, centrada no diálogo, problematização e participação, facilitando a comunicação entre os diversos atores sociais, a leitura crítica da realidade, o diagnóstico participativo e o planejamento estratégico.

Embora os agentes tenham grande potencial de educadores pela relação cotidiana com a comunidade, em Belo Horizonte, suas atividades educativas restringiam-se às orientações individuais, normativas, associadas ao modelo biomédico, voltadas para a mudança de comportamentos e hábitos individuais, nas VDs, destacando-se a incompreensão da lógica e dos saberes populares e culpabilização da população por seus problemas de saúde.

Tal situação refletiu a falta de investimento institucional na formação dos mesmos e o poder nas relações entre o agente, que compartilha seus conhecimentos técnicos, e a população carente, que o empodera como detentor de saberes, aumentando a distância entre trabalho dos profissionais, a comunidade e os objetivos da instituição (FRAGA; MONTEIRO, 2014).

A convivência com a população legitima o seu trabalho dos ACSs e facilita as práticas educativas, pois possibilita o conhecimento da sua linguagem e dos seus problemas. Devido ao papel de representante do Estado, são forçados a orientar suas atividades conforme as prioridades do serviço, lançando mão do saber técnico que é mais valorizado socialmente e se



opõe à valorização das práticas e conhecimentos populares (BORNSTEIN *et al.*, 2014).

Para que a fusão desses saberes ocorra, os ACSs devem refletir sobre suas práticas, interesses e dilemas entre o Estado e as demandas populares. Logo, sua ação vai além do levantamento e acompanhamento de situações específicas e difusão de informação sobre prevenção de doenças e os fundamentos da Educação Popular em Saúde (EPS) poderiam contribuir na transformação das relações e nas práticas educativas (BORNSTEIN *et al.*, 2014).

Segundo a PNAB e um dos gestores de Irati-PR, o enfermeiro deve planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, em conjunto com os outros membros da equipe, respeitando os critérios de risco, vulnerabilidade e equidade e garantindo que cada família receba uma VD do ACS ao mês. Todavia, nenhuma das agentes estudadas citou a supervisão do seu trabalho pela equipe, de modo que, metade delas planejava as visitas segundo os grupos programáticos e todas atribuíram o cadastramento da população e a realização de outras atividades como empecilho para o cumprimento das metas de visitas:

*As metas de visitas estão sendo pactuadas com enfermeiro de cada equipe, sendo considerada a complexidade de cada área no cálculo da cobertura mensal de VD (G1).*

*A meta de VD é de vinte famílias por dia, mas a gente não consegue fazer né (A1). Começo visitando os hipertensos, diabéticos, depois as gestantes e os demais (A9). Tento fazer as visitas por rua, que dá umas 30 casas, mais ou menos [...] (A3).*

*Geralmente não tem uma programação, tipo, nas visitas deste mês vou abordar a dengue (A2).*

Em Montes Claros (MG) um quarto dos ACSs não realiza VD ou realiza apenas para parte das famílias cadastradas no território, sendo priorizadas para o acompanhamento mais frequente as famílias com risco. Também foi citada a dificuldade de encontrar o usuário em domicílio, no horário de trabalho do ACS, devendo ser planejadas as VDs segundo as características da comunidade local, de modo a evitar que o ACS venha a ser requisitado pela população fora de seu expediente de trabalho (COSTA *et al.*, 2013).

No RJ, identificou-se que nas eSFs, a atividade gerencial de monitorar foi amplamente vivenciada e discutida nas reuniões, sendo maior a supervisão das metas de VD dos ACS, os quais a vivenciavam sem penosidade, talvez pela falta de formação específica, baixo grau de autonomia e transparência desse tipo de avaliação/controle (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Em Pernambuco, a maioria dos profissionais considerou como relevante a discussão

dos casos clínicos e planejamento nas reuniões de equipe, com a utilização das fichas de cadastro familiar, mapa da comunidade, entre outros e o envolvimento dos profissionais com a ESF, apesar dos equipamentos estarem em más condições e sem reposição após a quebra (FELISBERTO *et al.*, 2013).

No ES, 97% das unidades organizam o processo de trabalho e de serviço, sendo que, em 95% delas, a agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal era construída e 86% delas utilizavam as informações do SIAB, seguindo a determinação do MS, podendo não flexibilizar o atendimento às demandas não pré-estabelecidas pela gestão dos serviços (GARCIA *et al.*, 2014).

Em Belo Horizonte (MG), os agentes são avaliados pela produtividade e pontualidade, com supervalorização da dimensão quantitativa da produção, sendo a pressão pelo cumprimento de metas quantitativas também encontrada entre os agentes de São José do Rio Preto (SP) e Nova Iguaçu (RJ). Contudo, o enfrentamento das intercorrências cotidianas das comunidades e do envolvimento da população na definição das ações exigem dos agentes uma postura flexível e criativa que não dialoga com o modelo gerencial embasado na produtividade (FRAGA; MONTEIRO, 2014).

Sendo posto à prova sozinho, a cobrança das metas de visitas, aliada à precarização e falta de estabilidade do ACS, pode simplificar a complexidade da educação e fazer com que ele busque continuamente a sua validação, deixando de se sentir à vontade no trabalho, interferindo nas suas redes de cumplicidade e apoio, perdendo o significado do trabalho do ACS (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Sem a supervisão da equipe, do conhecimento de suas competências e habilidades e formação para a função, as agentes acabam por realizar atividades que não lhes compete, pensando estar ajudando a equipe incompleta e a população, mas na verdade, contribuem para a invisibilidade da categoria:

*A gente sempre dá uma mãozinha, por também ser técnica ajudo entregar remédio, exame, meço pressão, só não faço os procedimentos invasivos, digito para desafogar na SMS (A9).*

*No posto, entrego remédios, distribuo fichas para o médico, dentista, peso as crianças ou faço anotação nas carteirinhas para ajudar as técnicas, ou digito as minhas coisas (A2).*

*A gente é meio quebra galhos, entrega remédios, faz relatório, digita Cartão SUS (A4).*

Nas unidade de saúde, devido à falta de recursos humanos, verificou-se que os agentes assumiam as funções administrativas (agendamento de consultas e exames, conferência de estoque de materiais) pois acreditavam ser os responsáveis por suprir as demandas da população com intervenções além da sua competência, como a realização do processo de desinfecção e esterilização de instrumental clínico, curativos, aplicação de injeção, aferição da pressão artéria e agendamento de consultas e exames, sobrecarregando-os e comprometendo o tempo disponível para a as suas obrigações (COSTA *et al.*, 2013).

Em Santa Maria (RS), os agentes também experienciaram momentos de indefinição de sua identidade profissional, despenhando atividades que não são oficialmente de sua competência profissional, com o intuito de dar continuidade ao processo de trabalho da USF e a resolutividade dos problemas enfrentados pela comunidade, embora os sobrecarregue, diminua o tempo para a realização das suas atribuições dentro do serviço e modifique o modelo assistencial proposto pelas políticas de saúde (PESERICO *et al.*, 2014).

Por não estar descrita a verificação de sinais vitais e de dados antropométricos entre as competências do ACS, em cada estado, os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) proferem diferentes pareceres a este respeito. Em Rondônia, o COREN se exime de emitir qualquer parecer técnico sobre as atividades do ACS, uma vez que a categoria possui lei própria e não fazer parte dos seus inscritos (COREN RO, 2013).

No DF, considerando que o agente não tem seu exercício profissional sob a fiscalização do COREN e que a aferição da pressão arterial não é um procedimento privativo da enfermagem, não foi verificada vedação legal para que os mesmos realizassem esta atividade, recomendando-se, a previa capacitação, orientação e supervisão pela respectiva Esf (COREN DF, 2002).

Em 2008, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) não emitiu parecer a esta questão, mas ressaltou que a verificação de sinais vitais não fazia parte das atribuições dos agentes, os quais não possuíam nenhum ensino específico para a profissão e a existência de outros profissionais de nível médio e superior na eSF que pudessem realizar tal atividade.

As agentes ocupavam emprego público pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no período do estudo, mas já tiveram diferentes tipos de vínculo empregatício, que além de desqualificar e desvaloriza-las, gerou insegurança, desânimo e medo de extinção da profissão:

*Quando era do terceirizado, o salário era melhor e pagavam a insalubridade, agora... (A1).*

*A forma de contratação do pessoal do PSF é um problema, lhes tira direitos e eles entram num leilão, vão para onde pagar mais, sem haver investimento no recurso humano (G2).*

*Quanto ao piso salarial, todo município terá de pagar e aqui vai começar em 2015, daí vai gerar descontentamento entre os técnicos de enfermagem e assim por diante (G1).*

*Tem horas que desanimo com tanta falta de incentivo (A4).*

*Nem tentaram manter os agentes que já trabalhavam e não passaram nas provas que foram tendo para mudar o tipo de contrato (A4).*

*Não sei se vai ter ACS para sempre, sei que fica enquanto tiver a ESF, mas vai que acaba o repasse federal e rompem o nosso contrato?(A8).*

Em 2002, o MS apontou sugestões às prefeituras sobre uma forma segura e correta de contratar os ACSs, descartando-se as formas precárias de contratação, sem vínculo permanente (cooperativas, temporários, autônomos, recibados, etc.), restando a contratação direta ou indireta pelo município (BRASIL, 2002).

A contratação direta poderia se dar por cargo público efetivo (mediante concurso público, havendo permanência do servidor na função, mesmo que se estes perdessem os requisitos de liderança, solidariedade ou se mudassem da comunidade) ou por emprego público (mediante concurso público, com as mesmas desvantagens já descritas, não permitindo demissões imotivadas, gerando estabilidade) (BRASIL, 2002).

Já a contratação indireta se dá mediante contrato, convênio ou termo de parceria com entidade de direito privado, podendo haver uma comunhão de esforços entre o Poder Público e uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (BRASIL, 2002).

A Lei Nº 12.994/2014 fixa o piso salarial profissional nacional dos ACSs e ACEs no valor de R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais) mensais relativo a jornada de 40 horas semanais, sendo também vedada a contratação temporária ou terceirizada dos mesmos, exceto no combate a surtos epidêmicos.

No Brasil, quase 77,9% dos profissionais foram vinculados diretamente à administração pública (municipal, estadual ou federal), sendo que nos municípios de 500 mil habitantes ou mais este percentual é menor, destacando-se, dentre a modalidade de terceirizações, os

profissionais contratados de maneira indireta via Organizações Sociais em Saúde (OSS).

Quanto ao tipo de vínculo, o estatutário tem maior percentual, chegando a 42,1% dos profissionais brasileiros da AB, seguidos dos contratados por CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), correspondendo a 44,7%. Já nos municípios de menor porte populacional, o contrato temporário (pela administração pública ou por contrato de serviço) é a segunda opção mais referida, sugerindo maior flexibilidade de vínculos trabalhistas em municípios de menor porte populacional (SEIDL *et al.*, 2014).

Em Belo Horizonte (MG), verificou-se a fragilização da identidade profissional dos ACEs pela indefinição da categoria ocupacional ACE, falta de investimento na sua capacitação, baixa remuneração, precário vínculo laboral e condições de trabalho (FRAGA; MONTEIRO, 2014).

No ES, 48,0% dos trabalhadores da AB tinham vínculo público estatutário, 13,7% possuíam contratos temporários com a administração pública, regidos por legislação especial (municipal/estadual/federal), enquanto 22,4% eram contratados via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), sendo que 49,2% ingressaram por concurso público e somente 25% dos trabalhadores estavam vinculados a um plano de cargos, carreiras e salários, sinalizando o esforço da gestão municipal para desprecarizar as relações de trabalho (GARCIA *et al.*, 2014).

Em estudo realizado em quatro grandes centros urbanos, os gestores desejavam substituir os quadros terceirizados de todas as categorias profissionais através de concursos públicos, tornando os vínculos trabalhistas mais estáveis, fixando os profissionais na ESF e melhorando a qualidade e a continuidade das ações e serviços ofertados à população (GARCIA *et al.*, 2014).

Os ACS terceirizados não se sentiram reconhecidos pelos outros profissionais como pessoas de estima e de valor social que integram da equipe. Este desrespeito está relacionado às relações assimétricas entre os trabalhadores, à diversidade de vínculos com diferente remuneração e correlação de poder, de modo que nem todos os trabalhadores tivessem a mesma chance de ter reconhecidas suas capacidades e realizações como valiosas para a sociedade (CARVALHO *et al.*, 2014).

O pagamento por performance/desempenho têm sido adotados por sistemas de saúde de vários países do mundo, como o Reino Unido, Portugal e a Alemanha, para aumentar a qualidade dos serviços com a adoção de incentivos financeiros por metas alcançadas, o que funciona como recompensa ou punição pela adesão às boas práticas. No RJ, este vem sendo

implantado na AB, desde 2011, mas nenhuma eSF recebeu os incentivos financeiros desse modelo (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Além do histórico de vínculos de trabalho precários, atenção deve ser dada às condições e características do trabalho das agentes, que não estavam recebendo o adicional de insalubridade, pois nas VDs, os agentes deveriam identificar os riscos e/ou as situações de perigo aos quais se expõe e adotar medidas de proteção e prevenção, conforme os fluxos ou linha de cuidado do usuário trabalhador na RAS do SUS. Todavia há controvérsias quanto os fatores de risco ou perigos presentes no seu trabalho.

Neste sentido, a interferência do ciclo menstrual no desempenho das atividades e a vulnerabilidade à violência urbana podem estar associadas à precariedade do trabalho, sua invisibilidade e exposições às situações de risco próprias desta ocupação:

*Num dia, caixas e mais caixas pra digitar, até que não aguentei, tava me estressando, daí pedi e pegaram outra pessoa (A1).*

*As vezes a gente demora uma hora em cada visita, é muita coisa para copiar, daí o dia não rende (A9).*

*É duro ficar no portão preenchendo esse monte de informação na ficha, mas a gente não pode forçar pra entra nas casas (A1).*

*Tem casa que não dá pra você usar o banheiro, dai fica difícil fazer visitas quando a gente está menstruada e quando o enfermeiro da equipe é mulher, fica mais fácil de entender esta situação (A9).*

*Todo mês você fala a mesma coisa, penso comigo: lá vai a chata de novo... (A7).*

*A gente trabalha a maior parte do tempo no ar livre, aguenta o sol de rachar o côco, a serração, vai na casa do que está com gripe suína e tuberculose (A2).*

*Ando bastante, por calçadas e ruas irregulares, esburacadas, gasto um tênis a cada três meses e nesse sentido o trabalho não me ajuda em nada (A8).*

*A distância entre as casas atrapalha o trabalho, perco uns 30 minutos nesse deslocamento (A3).*

*Vou supervisionar o paciente tomar remédio de tuberculose na casa dele (A7). São eles que vão na casa ver o paciente engolindo o comprimido (G2).*

*Não tô com medo, ele tem cara de que só bate na esposa [...], depois falam que o ACS*



*não se expõe a risco (A5).*

*É meu direito não sair pra fazer visita e maltratar os outros nos dias em que não me sinto bem (A9).*

*A gente rebola pra comprar a vacina contra a gripe quando não é liberada pra idade da gente ou dos nossos familiares (A6).*

*Parece-me que o engenheiro e o técnico de segurança do trabalho não identificaram no laudo da insalubridade o trabalho dos agentes diretamente com o paciente, mas não há uma lei que regule esta situação específica (G2).*

*Se a gente precisa de um exame mais demorado, tentam liberar no PA, não por ser mais rápido e sim pra gente voltar logo pro trabalho (A6).*

Para discutir o direito dos agentes de receber o adicional de insalubridade, deve-se considerar o regime jurídico da CLT, a Lei Federal nº 11.350/2006 e o Anexo 14 da Norma Regulamentadora 15 (NR 15), da Portaria Nº 3.214/78, do Ministério do Trabalho, para verificar se as suas atividades se dão ou não em condição insalubre, quanto aos agentes biológicos e desconsiderando os possíveis desvios de função.

Segundo a Lei Federal Nº 11.350/2006, os agentes realizam atividades pedagógicas de coleta de dados, havendo, às vezes, um contato muito próximo destes com os indivíduos em seus domicílios.

Para o Anexo 14, da NR 15, da Portaria nº 3.214/78, do Ministério do Trabalho, as atividades laborais geradoras de insalubridade implicam em contato permanente, com pacientes em isolamento por doenças infecto contagiosas (grau máximo de insalubridade) ou o contato com pacientes, animais ou com material infecto-contagioso em locais específicos como: hospitais, postos de vacinação, entre outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde (grau médio).

Portanto, o local de trabalho dos agentes (as comunidades ou domicílios dos indivíduos) não está descrito na NR, bem como suas atividades não caracterizam o contato permanente, duradouro, ininterrupto com pacientes ou com material infecto contagioso, não preenchendo todos os critérios de insalubridade.

Por fim, três projetos de lei de alteração da Lei Federal nº 11.350/2006, caracterizando como insalubre o trabalho do agente tramitaram pelo Senado e Câmara dos Deputados, sem serem concretizados (LUBASKY, 2013).

Pode-se verificar a correlação entre o vínculo trabalhista das agentes pesquisadas, o não pagamento da insalubridade com as condições, as características deste trabalho e até mesmo as condições de vida fora do trabalho, especialmente por ser um grupo formado só por mulheres, o que em muito se aproxima da representação social deste gênero enquanto cuidadora, culminando em dupla jornada de trabalho e na invisibilidade da categoria, tanto na equipe como na sociedade:

*Meus familiares acham que não faço as coisas porque não quero, sempre me pedem pra ver isso ou fazer aquilo, é mais fácil explicar para um estranho do que pra eles que as coisas nem sempre estão no meu alcance (A2).*

*O povo pensa que porque você visita eles, que você ainda é ACS quando volta pra casa (A1).*

*Por causa do salário, minha família fala pra eu sair e procurar outra coisa, o que a gente ganha é muito pouco na verdade (A1).*

*Tudo isso (o não pagamento da insalubridade e do piso salarial) é falta de incentivo, falam que o agente não tem direito de nada (A2).*

*Muitos agentes dependem dessa renda para sustentar sua família (G1).*

*Antes quando a gente digitava fora do horário ganhava horas a compensar e parece que agora vão pagar com dinheiro (A5).*

*Ninguém que tem família pra cuidar quer receber um salarinho desses (A6).*

*Já avisei que não posso digitar nada depois do horário porque tenho filho pequeno e a casa para cuidar (A5).*

*Chego em casa e tem tudo pra fazer (A2).*

*Mesmo sem experiência na profissão, era eu que ia lá e dava banho no paciente, na cama (A8).*

*No começo não tinha tanta diferença no sexo dos ACSs, penso que pelo tipo de trabalho, a mulher é mais cordial e gentil, já os homens não têm toda a paciência que esse trabalho requer (G1).*

*Ao invés de ficar em casa, a ACS pode trabalhar fazendo algo próximo do seu papel de cuidadora familiar e ainda receber por isso, penso que os homens não se adaptaram ao tipo do trabalho (G2).*

*Quem sabe fazer o curso de enfermagem mais pra frente (A3).*

A participação no mercado de trabalho representa para a mulher um grande desafio, de conciliar a esfera familiar e o espaço da produção, sendo o trabalho gratuito e invisível da coordenação da rotina da casa e educação dos filhos tão arraigado nas mulheres a ponto de sobrepor a queixa de acúmulo de tarefas ou de resistir à ideia de delegar as tarefas domésticas (VIEIRA; AMARAL, 2013).

No trabalho das ACSs, várias características do cuidar e qualidades psicológicas estão associadas à natureza feminina, sendo a maternagem deslocada para o social e comunitário. Logo, na profissão daquela que cuida de todo mundo há jogo político e de poder que a desvaloriza e a remete ao doméstico e à desigualdade de gênero. Embora o trabalho emancipe a ACS pelo acesso ao trabalho e ao espaço público, sua condição de gênero e classe as aprisiona ao universo feminino, reproduzindo as desigualdades de gênero em diferentes espaços (ROCHA *et al.*, 2013).

Observou-se que os ACS passam a ser referência para a comunidade, sendo requisitados quando algo não está bem, seja com o indivíduo, com a família ou com a própria comunidade, o que se estende além de sua carga horária de trabalho. Para alguns autores, as pessoas da comunidade buscam em primeiro lugar o ACS, quer seja para uma informação, uma reclamação ou a solução de um problema mais grave e dele esperam uma resposta, em uma relação de cobranças e exigências nem sempre tranquilas (PESERICO *et al.*, 2014).

Notam-se poucas mulheres supervisoras, formadoras, gestores e formuladores de políticas. No Irã as tarefas dos ACSs foram divididas segundo o gênero, ficando as mulheres com a prestação de serviços e os homens com as tarefas fora do lar, como a saúde ambiental e as doenças transmissíveis. O PACS do Paquistão é projetado para trabalhadoras responsáveis pelo cuidado das mulheres e crianças, sendo que a comunidade só valoriza as que são voluntárias (NAJAFIZADA *et al.*, 2014).

No Afeganistão, onde a família tem autoridade sobre os direitos reprodutivos das mulheres, as agentes têm realizado seus papéis de provedoras de saúde com melhor desempenho que seus homólogos masculinos, os quais complementam o trabalho das colegas, facilitando o transporte de pacientes e acompanhando-as no deslocamento pela comunidade e em algumas tarefas de saúde ambiental (NAJAFIZADA *et al.*, 2014).

Para promover equidade de gênero no sistema de saúde e retenção dos agentes na comunidade, no Afeganistão, defende-se a implantação de plano de carreira aos ACSs, os quais

poderiam avançar para os cargos de supervisores, formadores e gestores (NAJAFIZADA et al., 2014).

Todos os ACSs de São Carlos (SP) citaram a perda da privacidade após assumirem o cargo, muitos modificaram os comportamentos e rotinas, já que sua presença na comunidade enquanto referência do cuidado em saúde impõe regras e comportamentos, logo, a dupla inserção na comunidade os leva à duplicidade de papéis, ao sofrimento psíquico. Apesar de não precisarem usar meios de transporte até o trabalho, para os agentes, a necessidade de morar onde não facilita o seu trabalho, não garante o vínculo e prejudica sua qualidade de vida (MENEGUSSI et al., 2014).

Assumindo a realização dos procedimentos técnicos, as atribuições das agentes estudadas também não ficam claras para a população, que acaba culpando-as e cobrando delas as respostas para suas necessidades e, mesmo insatisfeitas como o salário, todas as ACSs afirmaram gostar do que fazem, não faziam planos de deixar a profissão:

*Acabo fazendo coisas técnicas quando aperta pra não deixar o povo esperando muito (A6).*

*Parece que a gente é a muleta deles, onde vivem encostados (A7). Querem que a gente resolva, sare na mesma hora (A6).*

*Pra eles a gente não é só agente, não importa a graduação, você sabe tudo do posto (A9).*

*Muitos ainda confundem, vê a gente na rua e diz: lá vem a enfermeira! (A4).*

*Como não utilizam força ou ferramenta visível e ainda trabalham na rua, fica ainda mais difícil enxergar e valorizar o trabalho do ACS (G2).*

*Entra chefe, sai chefe e eu vou ficando... Aqui na cidade não tem outra coisa pra ganhar mais e com as mesmas facilidades de horários (A1).*

*Soubemos que na secretaria corre o boato de que aqui a gente trabalha bem (A7).*

*É gratificante poder ajudar o outro, ainda mais quando a gente vai na casa e a pessoa diz: essa menina é boazinha, ajuda eu me cuidar! Isso me alegra (A4).*

*Penso que o pagamento do piso salarial vai ser uma forma de valorizar esse que é o principal profissional da ESF (G1).*

Para os agentes, o seu trabalho é definido pelas respostas e soluções alcançadas às

diversas demandas que emergem da comunidade, de ordem emocional, afetiva e financeira, uma vez que se tornaram conselheiros, ouvintes dos problemas e, quando não conseguem atender às necessidades da população, acabam por se culpabilizar (PESERICO *et al.*, 2014).

No Afeganistão, a comunidade culpabiliza os ACSs pelas falhas ou fraquezas dos serviços de saúde, chegando a suspeitar que sejam indivíduos egoístas que poderiam ter se apropriado dos recursos que deveriam ser entregues à população e quando há falta de medicamentos, cogitam que os agentes estivessem vendendo-os no mercado local, entregando-os aos seus parentes e amigos ou escondendo-os para o próprio uso (NAJAFIZADA *et al.*, 2014).

Embora a maioria dos agentes de Aracaju (SE) gostasse de exercer a atividade, 61,4% apresentavam alguma manifestação de estresse, 51,7% estavam na fase de resistência, quando a maioria das manifestações físicas são percebidas, constatando-se tensão muscular (17,8%), sensação de desgaste físico (15,5%), cansaço constante (12,9%), insônia (10,9%) e irritabilidade (7,2%). Para 81,8% deles, o trabalho com o gerente da UBS estressado é o fator mais estressante, seguido da sua estrutura física inadequada, da indisponibilidade de equipamentos/materiais, do número de famílias acompanhadas superior ao preconizado e do sentimento de desvalorização no trabalho (SANTOS *et al.*, 2014).

Vários estudos sobre o processo de trabalho dos ACSs identificaram a sobrecarga e o desvio de função como dificultadores do trabalho educativo. No Complexo da Maré (RJ), em Campinas (SP) e Divinópolis (MG) verificou-se a burocratização do trabalho dos agentes na realização de atividades administrativas, organização de filas, cobertura à ausência de outros profissionais e organização da coleta de sangue. Na zona Leste de SP os agentes também realizavam a vigilância sanitária dos animais de rua e fiscalização de caixas d'água. Todas estas situações traduzem a dificuldade do ACS de romper com o modelo tradicional, centrado na cura de doenças, focado no indivíduo (BORNSTEIN *et al.*, 2014).

Em Pacoti (Ceará), as situações estressantes do cotidiano de trabalho dos ACSs, por vezes silenciadas, foram associadas à dificuldade de estabelecer relacionamentos interpessoais salutar, à falta de diálogo na equipe, às relações ruidosas estabelecidas no acompanhamento de algumas famílias sob sua responsabilidade ou às situações conflitantes com a gestão municipal. Esses entraves ensejavam incômodos (QUEIROZ *et al.*, 2014).

Quando ocorre uma fusão entre o espaço social e o do trabalho, ao ser qualificado positivamente pelo usuário como um bom ACS que desenvolve bem seu trabalho a construção

da sua identidade se intensifica, muito mais do que com os outros profissionais de saúde não moradores das comunidades (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Espera-se que o ACS tenha bom relacionamento com a comunidade local, facilidade de comunicação, de integração à equipe, de organização e planejamento para realizar a cobertura da área e acompanhar os grupos de risco, e que saiba trabalhar diversas questões com sigilo e ética profissional. Logo, a estreita relação que se estabelece entre ele e a população resulta em estreita cumplicidade que lhe confere maior realização profissional, ainda que venha a ter de desenvolver múltiplos papéis (PESERICO *et al.*, 2014).

Além de servir a comunidade e ajudar seu povo, os agentes do Afeganistão também almejam adquirir conhecimento e habilidades, o que seria vantajoso para a comunidade, para si e suas famílias, sendo que para os de 20 anos de idade ou mais jovens, o trabalho como ACS voluntário é visto como uma oportunidade de formação para se tornar parteira, enfermeira, médico ou outro emprego adequado (NAJAFIZADA *et al.*, 2014).

Na Etiópia, 98,5% dos agentes haviam participado de serviços comunitários não remunerados e acreditavam que a ocupação atual lhes ajudaria adquirir mais experiência. Para a metade deles a formação profissional foi um grande incentivo não financeiro, seguido do apoio do companheiro. A maioria considera a redução da jornada de trabalho como um motivador e associa o melhor desempenho à seleção pela comunidade, pois o reconhecimento comunitário lhes promovia bem-estar (HAILE *et al.*, 2014).

Verificou-se que os agentes com idade entre 20 e 36 anos foram 1,5 vezes mais propensos a permanecer motivado do que os com mais de 36 anos, as mulheres casadas também estavam quatro vezes mais propensas a permanecer motivadas do que os separados e aqueles sem filhos menores de cinco anos foram 80% vezes mais propensos a permanecer motivado (HAILE *et al.*, 2014).

Na Tanzânia, embora a dependência familiar do agente sobrecarregasse a família, o seu apoio ao ACS com dinheiro para transporte e suprimentos para o trabalho, acomodação, apoio moral e ajuda nas tarefas domésticas, foi fundamental para a permanência na profissão, especialmente quando o apoio do sistema de saúde e da comunidade são insuficientes (GREENSPAN *et al.*, 2014).

As condições de trabalho das agentes de Irati-PR representam fielmente as condições de trabalho da categoria no cenário nacional, de desvalorização do cuidado enquanto trabalho feminino, desprovido de formação, de alienação e vulnerabilidade ao adoecimento, de



reprodução e dependência das práticas biomédicas, a qual, segundo Foucault (2012), vigia e adentra o modo dos indivíduos levarem a vida e perpetua a medicina clássica e as práticas de saúde controladoras.

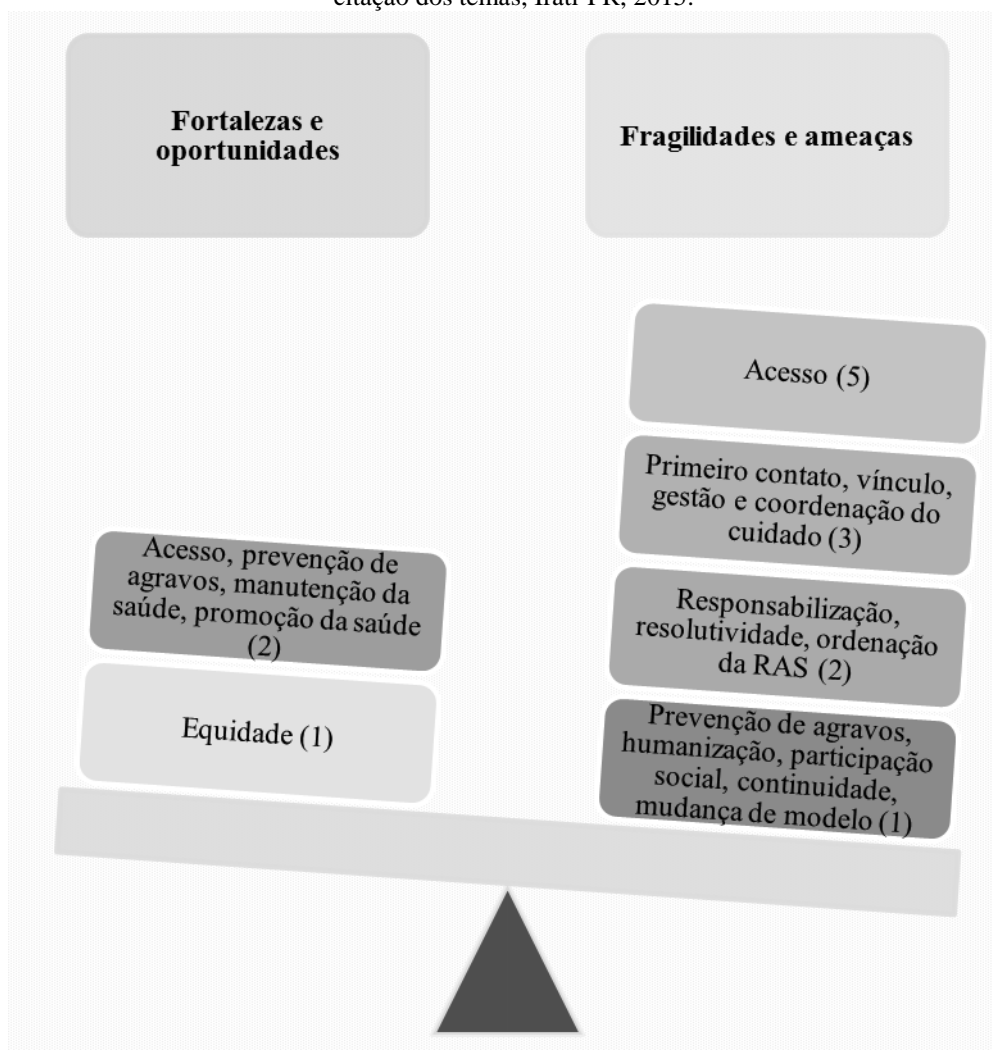
Inegavelmente o saber biomédico produz resultados positivos na atenção à saúde, embora o seu inerente poder tenha sido estrategicamente utilizado para priorizar a classe que o domina, não transformando os indivíduos em cidadãos, desconsiderando a subjetividade do trabalho afetivo, vivo em saúde, que é qualificado pelas relações entre os sujeitos.

Deve-se também considerar que, a multiplicidade de papéis assumidos pelo ACS e sua reprodução dos saberes biomédicos lhes confere liberdade e atende suas necessidades individuais de se encaixar na identidade de profissional de saúde, mas o distancia do pertencimento e identidade comunitária, do sentimento de segurança, de lealdade sólida e incondicional, do entendimento mútuo, da comunicação comunitária naturalizada, e do compartilhamento fraterno (BAUMAN, 2004).

## **2.5 Resultados do trabalho das ACSs**

Os produtos ou resultados do processo de trabalho das agentes trataram dos efeitos da assistência em saúde sobre as alterações na vida das pessoas. Os resultados positivos, que representaram as potencialidades e oportunidades da AB, tiveram menor frequência de citações que os negativos, que representam suas fragilidades e ameaças. Além de dialogarem com os achados dos demais elementos do processo de trabalho das agentes, podem ser o primeiro passo do diagnóstico estratégico local, rumo ao desenvolvimento comunitário (Figura 11).

**Figura 11-** Produtos do processo de trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde, segundo a frequência de citação dos temas, Irati-PR, 2015.



**Fonte:** Dados do estudo, 2015.

Dentre os produtos positivos do processo de trabalho das agentes destacou-se a manutenção da saúde, a prevenção de agravos, a equidade e a promoção da saúde, que correspondem às diretrizes da AB e que podem ser aprimorados para o alcance da mudança de modelo de atenção. Os seguintes relatos destacam estes produtos:

*O que a gente aprende neste trabalho se reflete na vida da gente, o cuidado, o olhar diferente (A7).*

*Antes eu não me importava com o consumo de sal porque não sabia, hoje, na minha casa, já reduzi o consumo (A2).*

*A segunda reunião de hipertensos teve mais gente que na outra (A3).*

Os resultados do PMAQ revelaram que, 67% dos brasileiros conseguiram ser escutados por um profissional de saúde da UBS mesmo sem marcar consulta, 79% esperaram até 30 minutos para conversar com algum profissional de saúde, 84% consideraram muito boa e boa

a forma como são acolhidos/recebidos na UBS, 81% tiveram facilidade para saber os resultados de seus exames e 59% disseram ser fácil tirar dúvidas com os profissionais de saúde/equipe sem precisar marcar outra consulta (BRASIL, 2015).

No PR, o PMAQ mostrou que 78% das eSFs tentaram solucionar os problemas dos usuários na própria UBS, 94% dos atendimentos sempre eram registrados, 92% dos profissionais sempre realizam exame clínico nos pacientes atendidos e sempre os orientam sobre a recuperação (67%) e os sinais de melhora e piora (64%), sendo que tais orientações sempre foram adequadas ao contexto dos clientes em 49% dos casos. Porém, 35% dos paranaenses nunca tiveram investigada outra necessidade de saúde além da que motivou o atendimento clínico e 99% gostariam que a UBS funcionasse até as 18 horas e/ou no período noturno (BRASIL, 2015).

Dentre os produtos negativos do processo de trabalho das agentes destacou-se a inadequação do acesso, do vínculo (quanto à rotatividade dos profissionais), da gestão/coordenação do cuidado, da resolutividade, da responsabilização e da AB não ser o contato preferencial da população e não ordenar a RAS:

*A maioria dos casos atendidos no PA poderia ser resolvidos na AB(C4).*

*O paciente morreu desassistido, por falta de interesse, eu contava pra todos, mas ninguém ia lá pra passar um soro, uma sonda ou mandar para internação (A9).*

*Como a gente vai saber quem são os tuberculosos com tantas áreas descobertas?*

*Se tem caso perdido, com certeza está aonde não chegamos (A7).*

*Num curso disseram que era pra ter tantos ACSs, daí eu pensei: Meu Deus, não adianta fazer vinte postos novos se os cinco que tem não funcionam bem (A2).*

*Na teoria era pra ser 100 %, mas na prática não acontece, falam que é uma rede que de tão furada mais parece uma peneira (A8).*

*Há tempos somos cobrados pelo longo tempo de investimento na média ~~ambulatório~~ no serviço especializado, sabemos da responsabilidade de investir fortemente na AB(G1).*

*A população foi se acostumando com o desmantelamento progressivo da AB, que fica muito evidente nos resultados das ações estratégicas, como nas campanhas de vacinação (G2).*

A AB permanece desvalorizada em muitas partes do mundo, com baixa remuneração dos profissionais e repasse público. Nos países onde a AB é sólida, têm populações mais

saudáveis, com melhor percepção do seu estado de saúde e cuidado longitudinal, maior satisfação e adesão do paciente, menor consumo de exames e breves tempos de internação hospitalar. Mesmo assim, alguns desafios devem ser superados, como a disponibilidade de mão de obra qualificada, o financiamento do sistema, entre outros (RAO; PILOT, 2014).

Quando os serviços de AB são escassos, os hospitais encontram-se sobrecarregados, embora pudessem gerir 90% das demandas de cuidados de saúde, conforme os dados do Banco Mundial. Os EUA são um exemplo do desequilíbrio da AB, com grande disponibilidade diagnósticas e terapêuticas especializadas, decorrentes do crescimento de tecnologias médicas e do financiamento da saúde das políticas de pagamento que favorecem cuidado complexo em detrimento de serviços preventivos ou consultas de rotina (RAO; PILOT, 2014).

No RJ, percebe-se que a eSF não supre as necessidades da realização de exames e assistência especializada, com barreiras geográficas e burocráticas relativas à obtenção desses exames e dessas consultas. Sem a oferta de exames pela AB, os usuários se deslocam para lugares distantes ou os aguarda. O excesso de tarefas administrativas também dificultou a obtenção da consulta com os especialistas e de exames mais complexos, sendo necessário um planejamento conjunto entre os três níveis de assistência para fortalecer a atuação em RAS (MORAES *et al.*, 2014).

Coube aqui a abordagem da redução do número de ACSs no município de Irati-PR e, segundo as agentes restantes e os gestores, a principal causa de abandono da profissão foi o aparecimento de melhor oportunidade de trabalho (8), especialmente pela conclusão de cursos técnicos e de graduação, seguido do baixo salário (5), da motivação interna do ACS (5), desvalorização (3) e o vínculo empregatício (2):

*Quando a gestão deixou de investir na AB, houve demissão de muitos agentes, muitos desistiram da profissão e foram para outros empregos, assim como o salário provocou a saída dos médicos (G2).*

*Uns desanimaram, foram para o comércio para ser valorizados e ganhar um pouco mais (A6).*

*Uns diziam: isso não é pra mim, ficar ouvindo ladainha dos outros (A8). Foi se perdendo gente muito boa, mas que não passavam nas seleções (A5).*

*Vários se decepcionaram, entraram pensando que era uma coisa e encontraram uma realidade bem diferente (A9).*

No Quênia e em Bangladesh houve menos desistências entre os ACSs com idade acima de 40 anos, já na Tanzânia a maior chance de abandono foi maior entre as mulheres casadas (KOK *et al.*, 2014).

Quanto a insatisfação no trabalho, nesta pesquisa destacou-se as dificuldades nas relações com os usuários, famílias e comunidade no processo assistencial, nas relações do trabalho em equipe, a jornada, as condições de trabalho-salário, além dos déficits nos instrumentos de trabalho, no ambiente e área física. Estes achados têm consonância com o encontrado na literatura sobre processo de trabalho na saúde (LIMA *et al.*, 2014).

A multiplicidade de vínculos e alta rotatividade dos profissionais representam alguns dos desafios da gestão do trabalho da AB no SUS e para fortalecê-las há algumas iniciativas e programas, destacando-se o Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) e as Diretrizes Nacionais para a elaboração de Planos de Cargos, Carreiras e Salários do SUS (SEIDL *et al.*, 2014).

O DesprecarizaSUS é um programa para a regularização dos vínculos precários dos trabalhadores do SUS, havendo baixa capilaridade, desconhecimento e baixa adesão do mesmo nas SMS. Dentre as propostas de intervenção das Diretrizes Nacionais do Plano de Carreiras estão as ações para sensibilizar e conscientizar os gestores estaduais e municipais da reelaboração da política de recursos humanos, tendo a implantação de planos de carreira esbarrado no impacto financeiro e restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal (SEIDL *et al.*, 2014).

Quase todos os países são desafiados pela escassez de profissionais de saúde e nos mais pobres, esta escassez é alimentada pela migração dos profissionais qualificados para países mais ricos. No ES, 29,9% das unidades não apresentavam médico, 19,0% não possuíam enfermeiro e 40,9% não contavam com cirurgião dentista, 34,0% não possuíam técnicos de enfermagem e 58,1% não dispunham de auxiliares de enfermagem. Esse percentual aumenta para 89,9% quando o profissional é técnico de saúde bucal e para 48,8% para os auxiliares de saúde bucal (GARCIA *et al.*, 2014).

Por fim, a redução no número de ACSs representou a desvalorização da AB no município, logo, o tratamento dos dados indicou ser verdadeira a hipótese do trabalho do ACS refletir a produção em saúde de Irati-PR:

*Eles foram concebidos para ser e são os olhos e pernas da AB[...] (G2).*

*A perda dos ACSs é preocupante, pois representam a AB do município, chegando até*

*as pessoas que nem sempre procuram o serviço de saúde [...] (G1).*

A Reforma Sanitária e a criação do SUS, em 1988, são marcos da reorganização brasileira da AB à saúde e, anteriormente, os movimentos de ampliação do acesso da população aos serviços de saúde já recrutavam pessoas da comunidade para o trabalho social. A universalização do acesso aos serviços de saúde com equidade, a descentralização da gestão do sistema e serviços de saúde e a participação social são os princípios básicos desta reorganização (MENDONÇA, 2004; COELHO, 2012).

Neste sentido, os elementos do processo de trabalho das agentes estudadas permitiram a discussão sobre a expansão da oferta de ações e serviços da AB com priorização dos grupos ditos vulneráveis e sobre a ESF ser a estratégia prioritária da reorganização da AB, com a descentralização de repasses de recursos específicos para o seu custeio, porém pouco abordaram o direito conferido ao cidadão de participar na formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (MENDONÇA, 2004; COELHO, 2012).

O Movimento da Reforma Sanitária rompe com o indiscutível, hierarquizado e legitimado saber biomédico e se compromete com a transformação social pela aproximação da população e de seu saber. Apesar da expectativa de reorientação do modelo assistencial a partir da ESF, a atenção à saúde e a Educação em Saúde ainda têm reproduzido a prática médica tradicional, transmissora de conhecimentos e prescritora de hábitos saudáveis, de onde emerge o ACS como principal personagem da mediação entre o sistema, equipes de saúde e comunidades (BORNSTEIN *et al.*, 2014).

A incorporação dos ACS às unidades básicas de saúde e, posteriormente, às eSFs, representa uma nova dinâmica de atuação no modelo de atenção à saúde para responder à ineficácia dos serviços públicos no combate das doenças já instaladas. Defende-se que o seu pertencimento à comunidade lhe garante a vinculação e identidade cultural de grupo, que são necessárias para fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, através de ações de saúde e de participação em espaços sociais e intersetoriais que discutam os problemas da comunidade (MENDONÇA, 2004).

Para a PNAB, todas as esferas são responsáveis por estimular a participação popular e o controle social e o ACS é responsável por desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade.



Mais do que a participação da comunidade na saúde, estimulada e garantida pelos dirigentes de saúde nos planos municipais de saúde, orçamento participativo e apresentação pública da prestação de contas, os ACSs têm posicionamento estratégico para o controle social, podendo estimular a participação das famílias que acompanha na formulação de políticas, nas decisões públicas e gestão e atenção à saúde. Para tal, o agente utiliza a comunicação para conhecer os interesses populares e transmitir conteúdos, a qual pode possibilitar a participação ativa do cidadão no processo saúde-doença-cuidado.

Como o trabalho do ACS se dá na e para a comunidade ele tem o potencial de fomentar o desenvolvimento comunitário, pois compartilha o cotidiano da população e pode ajudá-la a fortalecer o senso de identidade local, reconhecendo suas necessidades, a mobilizando as estruturas organizacionais de caráter comunitário que podem responder a tais necessidades, além de amadurecer seus potenciais para o exercício de novas práticas de gestão local, participando da eleição de problemas e soluções que promovam saúde e qualidade de vida.

Além da fragilidade já apontada no processo de seleção dos agentes e da desvalorização da AB, a oferta mínima de capacitação, prescrita pelo MS (treinamento introdutório), não se mostrou suficiente para instrumentalizá-los para a reorganização do modelo de atenção, para interagir com outros atores e mobilizá-los para o reconhecimento e combate das desigualdades existentes.

Pode-se inferir que as agentes estudadas não foram devidamente preparadas para que, junto da comunidade, diagnosticassem as necessidades e recursos, descobrissem ou elegessem os líderes locais para que elaborassem e avaliassem um plano de ação local, de modo a atender os princípios da PNH, PNAB e Política Nacional de Promoção à Saúde.

Logo, as agentes precisam conhecer mais sobre o fomento da autonomia e da dignidade humana para então abordá-las no trabalho com as famílias, potencializando a corresponsabilidade entre os sujeitos e o fortalecimento da rede social de apoio, viabilizando a criação de vínculos efetivos e negociação terapêutica, propostos à ESF.

Portanto, em Irati-PR, são necessárias ações para consolidar e manter os progressos alcançados quanto ao acesso, atendimento integral e equidade, ao passo que a adequação dos recursos materiais e humanos, o desenvolvimento do compromisso social de trabalhar em conjunto pelo bem comum e a promoção da solidariedade e do direito ao nível mais alto de saúde merece maior atenção, especialmente quanto ao acolhimento das demandas, com cuidados individuais e coletivos, que abordem também o sofrimento psíquico e os

condicionantes sociais de saúde.

### 3. CONCLUSÃO

Neste estudo, buscou-se compreender as ACSs, as cinco dimensões do seu processo de trabalho e os indicadores da efetividade da AB que delas emergem. Apesar de a representatividade popular ter sido limitada, pela dificuldade em acessar as atas do CMS, e pelos demais profissionais da equipe de saúde não terem feito parte da amostra estudada, com a triangulação dos dados pode-se confirmar a hipótese de que o processo de trabalho dos ACSs representa a produção de saúde de Irati-PR, assim como a situação do desenvolvimento local.

Verificou-se que, no município estudado, o desenvolvimento comunitário está prejudicado, assim como a AB, quanto à fragilidade do acesso universal à saúde, da expansão e consolidação da ESF/PACS, da efetivação da Unidade Básica de Saúde (UBS) como o primeiro contato do usuário, dos dispositivos de saúde funcionarem como rede, da participação social, da interdisciplinaridade e da promoção de qualidade de vida.

As ACS pesquisadas foram perdendo seus pares com o passar dos anos e, as que permaneceram, apresentaram características muito semelhantes às dos agentes de outros estados brasileiros e de alguns países em desenvolvimento, sendo que o despreparo dos profissionais para a atuação na AB no cenário nacional e as repercussões das condições socioeconômicas e do neoliberalismo não podem ser consideradas exclusividades desta categoria.

A recomendação de o agente residir na área em que trabalha não se mostrou consistente, não garantiu o vínculo e pode prejudicar o seu reconhecimento na equipe de saúde e sua vida cotidiana na comunidade. Neste sentido, as experiências internacionais ratificaram que a participação popular na seleção dos agentes conferiu a identidade e o pertencimento comunitário, necessários para o sucesso deste cargo. Embora seja perfeitamente possível a participação popular na seleção dos agentes em nosso país, a legislação vigente sobre a profissão precisa ser revista de modo a respaldá-la e legitimá-la no contexto da AB e do desenvolvimento comunitário.

A baixa cobertura da população pelas agentes e pela ESF reflete o fracasso na ampliação do acesso e o descaso com a AB a nível local e federal. Apesar de isso prejudicar o diagnóstico situacional, as agentes conseguiram identificar os problemas de saúde, a vulnerabilidade à violência e às desigualdades socioeconômicas da população, a qual não os reconhece como necessidades a serem enfrentadas para o alcance do desenvolvimento local. Diante disto, a PNAB deve rever o cálculo da cobertura populacional pelas eSFs e o empoderamento local pode ser trabalhado pela equipe interdisciplinar e outros setores, de modo que a população se

faça ativa na busca pelo seu direito humano à saúde.

O descaso com a AB também pode ser visto na falta de recursos materiais e não materiais, o que traz prejuízo na qualidade do cuidado à população e na saúde do trabalhador, sendo que as agentes estavam acometidas por condições precárias, alienantes e muito distantes dos princípios defendidos pela PNH. Além da falta de recursos materiais, a falta de formação para o trabalho das agentes reforçam a invisibilidade e desvalorização da categoria. A vigente supervalorização do modelo de atenção biomédico e a falta de capacitações, cursos, treinamentos reverbera inclusive na dificuldade de retenção das agentes, no seu despreparo para a função, na manutenção das relações assimétricas na equipe de saúde e não desenvolvimento da educação popular em saúde, almejada pela reorientação do modelo de atenção e pelo desenvolvimento comunitário.

Portanto, para que os sujeitos se sintam valorizados e acolhidos nos encontros do processo de cuidar na AB, sugere-se que as diretrizes da humanização sejam concretizadas por todas as esferas e atores, quanto à ambiência, a transversalidade, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, defesa dos direitos dos sujeitos, além da indissociabilidade entre produção e gestão em saúde. Também são urgentes os investimentos na formação dos profissionais, da formação, graduação, pós-graduação, bem como na educação permanente, em saúde, em serviço sobre conteúdos além do processo saúde-doença, especialmente sobre educação popular em saúde, desenvolvimento comunitário, entre outros, para que as ações em saúde deixem de ser centradas no saber especializado, em procedimentos, remédios e consultas clínicas.

Os investimentos na formação e qualificação dos profissionais da AB poderiam ser tão prioritizados quanto à contratação de pessoal e melhorias de infraestrutura das unidades de saúde, dependendo apenas do interesse, iniciativa e mobilização das equipes e gestão local, já que há verba para o custeio de uma ação com potencial de melhorar as condições de trabalho dos profissionais e instrumentalizá-los para serem o contato preferencial da comunidade e desenvolverem a educação popular, dando condições para que a população também amplie sua concepção de saúde e de recursos necessários para alcançar a qualidade de vida.

As condições de trabalho no SUS e valorização profissional poderiam ter espaço constante na agenda da gestão, especialmente no que diz respeito ao ACS, cujo valor e importância foram se perdendo com os avanços na AB e ESF. O descaso para com estes trabalhadores é tamanho e presente em todas as esferas da gestão em saúde, reforçando a sua

invisibilidade.

O não pagamento do piso salarial da categoria no município estudado, as divergências quanto às condições insalubres e periculosidade da ocupação, às práticas de supervisão e gestão não participativa, à preocupação federal de ampliar a oferta de médicos e de aprimorar e expandir o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), que oferece incentivos aos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas que escolheram atuar na AB, reforçam o desconhecimento, precarização e desvalorização dos ACSs enquanto força de trabalho em saúde potente e digna de um emprego que lhe proporcione o acesso a uma vida digna.

Logo, a inter ou transdisciplinaridade pretendida às novas práticas de saúde e fomentadoras do desenvolvimento comunitário poderiam ser utópicas se as políticas e investimentos públicos continuarem a priorizar alguns segmentos de trabalhadores ou seu arcabouço de saberes e a ditar normas que engessam a criatividade necessária ao trabalho vivo em saúde e que adestram, controlam e vigiam os sujeitos.

Concomitantemente, o perfil de competências dos ACSs poderia ser revistos, pois o processo de seleção no município não se mostrou adequado para os possíveis candidatos ao cargo, assim como a legislação vigente que regulamenta a profissão de ACS e os cursos e capacitações não dialogam com o perfil profissional para atender as expectativas da PNAB.

Por fim, a participação popular poderia ser trabalhada na formação dos profissionais de saúde da AB do município estudado para que, além de efetiva-la enquanto diretriz da PNAB, as agentes de saúde, a população e a gestão municipal possam analisar a produção de saúde local, reconheçam suas potencialidades e pactuem as estratégias de enfrentamento das fragilidades apontadas neste estudo, especialmente quanto à ampliação do acesso e adequação dos recursos necessários para o cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1337-49, 2009.

ALMEIDA, P. F. Mapeamento E Análise Dos Modelos De Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul - Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: UNASUR, 2014.

ALVES, M. R. *et al.* A permanent education for community health agents in a city in the north of Minas Gerais. *J. Res.: Fundam. Care. Online*, v. 6, n. 3, p. 882-88, jul./set. 2014.

ANDRADE, L. O. M. *et al.* Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latino-americanos. *The Lancet*, oct. 2014.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Cad. Saúde Coletiva*, v.22, n. 1, p. 62-8, 2014.

ARVEY, S. R.; FERNANDEZ, M. E. Identifying the Core Elements of Effective Community Health Worker Programs: A Research Agenda. *Am J Public Health*, v. 102, n. 9, sept. 2012.

ASCOM/Bira. Agentes de Saúde recebem uniforme e kit de trabalho. Blog Beto do Igaracy, 2013. Disponível em: <http://bioacs.blogspot.com.br/2013/07/agentes-de-saude-recebem-uniforme-e-kit.html>> Acesso em maio, 2015.

BARBOSA, S. P. *et al.* Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, Aug. 2013.

BARDIN, L. Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006.

BAUMAN, Z. *Identidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BINDA, J. *et al.* O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 389-402, jun. 2013.

BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, abr. 2014.

BORNSTEIN, V. J. *et al.* Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1327-39, dez. 2014.

\_\_\_\_\_. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Histórico da cobertura da Saúde da Família. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Vários acessos 2015.

BRAUN, R. *et al.* Community Health Workers and Mobile Technology: A Systematic Review of the Literature. *PLoS ONE*, v. 8, n. 6, 2013.



CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. Manual de Práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 p.

CARMO, H. A atualidade do desenvolvimento comunitário como estratégia de intervenção social. In: Actas da I conferência sobre desenvolvimento comunitário e saúde mental. ISPA, 2001.

CARVALHO, B. G.; *et al.* Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1453-1462, jul. 2014.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 117-130.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Memo da Câmara Técnica de Assistência CTA nº 09/2008, de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/Memo%20CTA%20n%C2%B0%2009-2008%20Artigo%20sobre%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20press%C3%A3o%20arterial%20por%20agente%20comunit%C3%A1rio%20de%20sa%C3%BAde..PDF>. Vários acessos.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN) DE RONDÔNIA. Parecer nº 001/10, sobre a realização de procedimento de aferição de pressão arterial por Agente Comunitário. 2013. Disponível em: <http://www.coren-ro.org.br/index.php?s=agente+comunit%C3%A1rio+de+sa%C3%BAde>. Vários acessos.

COREN DO DISTRITO FEDERAL. Parecer nº 012/2002, sobre a subordinação técnica e administrativa dos Agentes de Saúde Pública. 2002. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/index.php?s=agente+comunit%C3%A1rio>. Vários acessos.

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, jul. 2013.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DE CARVALHO, M. L. *et al.* Análise das famílias em risco: pesquisa-ação do pet saúde na unidade de saúde da família do bairro nordeste, em Natal-RN. Cadernos De Educação, Saúde E Fisioterapia, v. 1, n. 1, 2014.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A. Processo de trabalho em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2009.

FELISBERTO, D. F. *et al.* Qualidade dos serviços oferecidos em uma unidade de saúde da família: avaliando a conformidade com os padrões do programa avaliação para melhoria da qualidade. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 37, n. 2, p. 473-485, abr./jun. 2013.

FERNANDES, H. N. *et al.* Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. *Rev. Pesq. Cuidado é fundam.*, online, v. 7, n. 1, p. 1915-26, jan./mar. 2015.

FERREIRA, C. F. *et al.* Organização Mundial da Saúde (OMS): guia de estudos. Brasília: SINUS, 2014.

FERRER, A. P. S. *et al.* The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services—Brazilian evidence. *Health Policy Plan.*, v. 9, n. 12, 2014.

FILHO, C. O. B.; XAVIER, J. M. V. Eficiência de tecidos fotoprotetores como equipamento de proteção individual contra os efeitos nocivos da radiação ultravioleta. In: *Safety, Health and Environment World Congress, XIV, 2012, Cubatão. Anais, Cubatão, SHEWC, 2014*, p. 38.

FLISCH, T. M. P. *et al.* Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?. *Interface (Botucatu), Botucatu*, v. 18, supl. 2, p. 1255-1268, dez. 2014.

FRAGA, L. S.; MONTEIRO, S. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 993-1006, set. 2014.

FONSECA, A. F. *et al.* Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem, Santa Catarina*, v. 21, n. 3, p. 519-27, 2012.

FONSECA, A.; FAGNANI, E. Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania: economia, distribuição da renda e mercado de trabalho. v. 1. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

FONSECA, A. F. F.; MENDONÇA, M. H. M. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 343-357, out. 2014.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 7 ed. São Paulo: Forense Universitária, 2012.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des) velando cenários. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 221-236, out. 2014.

GIOVANELLA, L. Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Isags/Unasur, 2015.

GOICOLEA, I. *et al.* Developing a programme theory to explain how primary health care teams learn to respond to intimate partner violence: a realist case-study. *BMC Health Services Research*, v. 15, n. 228, 2015.

GRANJA, G. F. *et al.* O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Rev. Ciência E Saúde Coletiva*, 2009.

GREENSPAN, J. A. *et al.* Sources of community health worker motivation: a qualitative study in Morogoro Region, Tanzania. *Human Resources for Health*, v. 11, n. 52, 2013.

GRUIDL, J.; HUSTEDDE, R. Towards a robust democracy: the core competencies critical to community developers. *Community Developers*, v. 46, n. 3, p. 273-93, 2015.

GRUPO DE PESQUISA CULTURA E PROCESSOS INFOCOMUNICACIONAIS (CULTICOM). *Almanaque do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, Brasil Ltda, 2014.

HAILE, F. *et al.* Assessment of non-financial incentives for volunteer community health workers – the case of Wukro district, Tigray, Ethiopia. *Human Resources for Health*, v. 12, n. 54, 2014.

INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA À SAÚDE (IABAS). DIRETORIA DE CONTRATOS E COMPRAS. Concorrência Simplificada Nº 120/2014: registro de preço para contratação de empresa especializada em fornecimento de vestuários e acessórios de ACS, 2014. Disponível em: <http://iabas.org.br/wp-content/uploads/2014/03/CS-120-2014-UNIFORMES-ACS.pdf>. Acesso em: maio, 2015.

JATOBA, A. Acolhimento com classificação de risco em saúde da família: uma abordagem para apoiar a tomada de decisão. *Rev. Ação Ergonômica*, v. 9, n. 2, 2014.

JAVANPARAST, S. *et al.* Community Health Workers' Perspectives on Their Contribution to Rural Health and Well-Being in Iran. *American Journal of Public Health*, v. 12, n. 101, p. 2287-92, 2011.

JESUS, A. S. *et al.* Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 239-44, mar./abr. 2014.

JOHNSON, C. D. *et al.* Learning from the Brazilian Community Health Worker Model in North Wales. *Globalization and Health*, v.9, n. 25, 2013.

KURFI, A. M. *et al.* Barriers to use of primary health care in a low-income setting in Nigeria: a cross-sectional descriptive study. *The Lancet*, v. 382, special issue, p. 19, oct. 2013.

KOK, M. C. *et al.* Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy Plan.*, dez. 2014.

LABONTÉ, R. *et al.* Is the Alma Ata vision of comprehensive primary health care viable? Findings from an international project. *Global Health Action*, v. 10, n. 7, 2014.

LEHMANN, U.; SANDERS, D. *Community health workers: What do we know about them?* Geneva: World Health Organization, 2007.

LIMA, L. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-24, mar. 2014.

LIMA, R. N. *et al.* Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 7, n. 24, [s. 1], p. 164-170, out. 2012.

LOPES, S. C. *et al.* Community health workers: To train or restrain? A longitudinal survey to assess the impact of training community health workers in the Bolama Region, Guinea- Bissau. *Human Resources for Health*, v. 12, n. 8, 2014.

LUBASKY, M. R. As atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde sob o crivo do anexo 14, da NR 15, da Portaria N° 3.214/78 do Ministério do Trabalho. Revista Âmbito Jurídico, n. 111, ano 16, 2013.

MACINKO, J. *et al.* Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. Health affairs, v.34, n.6, jun. 2015.

MARIN, M. J. S. *et al.* Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-8, jul.-set. 2013.

MARTELETO, R. M.; DAVID, H. M. S. L. Community Health Agent's Handbook: an experience of shared knowledge production. Interface (Botucatu), v. 18, supl. 2, p. 1211- 1226, 2014.

MARTINS, E. F.; MARTINS, C. J. O uniforme enquanto objeto sócio na área da saúde. Verso e Reverso, v. 25, n. 59, p. 100-8, maio-ago. 2011.

MENEGUSSI, J. M. *et al.* O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 87- 106, abr. 2014.

MINAYO, M. C. S. Atenção Básica à Saúde no SUS: uma herança com testamento. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Brasília: 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria De Atenção À Saúde. Núcleo Técnico Da Política Nacional De Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico. 2 ed. Brasília: 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS. O HumanizaSUS na Atenção Básica. Brasília: 2009b. 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: 2009f. 84 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Saúde da Família: um retrato. Brasília: 2009i. 76 p. il. (Série I. História da Saúde no Brasil).

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: 2010.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à

saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília: 2010a. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: 2010i. 144 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

\_\_\_\_\_. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, out. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Vários acessos 2015.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Satisfação dos usuários da atenção básica [recurso eletrônico]. Brasília: 2015. 2 v. (Retratos da Atenção Básica no Brasil – 2012, n. 1).

MORAES, V. D. *et al.* Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, mar. 2014.

MPEMBENI, R. N. M. *et al.* Motivation na satisfaction amog community health workers in Morogono region, Tanzânia: nuanced needs and varied ambitions. *Human Resources of Health*, v. 13, n. 44, 2015.

NAJAFIZADA, S. *et al.* Community health workers of Afghanistan: a qualitative study of a national program. *Conflict and Health*, v. 8, n. 26, 2014.

NAVARRO, A. S. S. *et al.* Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev. Rene*, v. 17, v. 1, 2013.

NORA, C. R. D; JUNGES, J. R. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev. Saúde Pública*, v.47, n.6, p.1186-200, 2013.

OLIVER, M. *et al.* What do community health workers have to say about their work, and how can this inform improved programme design? A case study with CHWs within Kenya. *Global Health Action*, v. 8, [s. 1.], may. 2015.

OLIVEIRA, M. J. S. P. Universidade Sênior de Oliveira do Bairro: contributos para a qualidade de vida e para o desenvolvimento local. 2014. 138 f. Dissertação (Mestrado em Educação de Adultos e Desenvolvimento Local). Escola Superior de Educação de Coimbra. Coimbra, 2014.

PEREIRA, R. C. A. *et al.* O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327- 340, jun. 2013 .

PERES, M. A. A.; PADILHA, M. I. C. S. Uniforme como signo de uma nova identidade de enfermeira no Brasil (1923-1931). *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 112- 121, mar. 2014.



PERRY, H.B. *et al.* Community health workers in low, middle, and high income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annu Rev Public Health*, v. 35, n. 18, p. 399-42, 2014.

PESERICO, A. *et al.* Atuação dos agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família: percepções dos trabalhadores. *Rev Enferm UFSM*, v. 4, n. 3, p. 488-97, jul./set. 2014.

PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Software, versão 1.0.0. Brasília, PNUD; São Paulo, IPEA; Belo Horizonte, Fundação José Pinheiro, 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Vários acessos.

POLAK, R. *et al.* Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde de Irati e região. In: Salão de Extensão e cultura da UNICENTRO, n. 3. Irati. Anais do III Salão de Extensão e cultura da UNICENTRO. Online, UNICENTRO, 2010. Disponível em: [http://anais.unicentro.br/sec/iiiisec/pdf/trabalho\\_269.pdf](http://anais.unicentro.br/sec/iiiisec/pdf/trabalho_269.pdf)>. Vários acessos.

PORTELA, L. R. *et al.* Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: análise da auto avaliação em Sobral, Ceará. *Sanare, Sobral*, v. 12, n. 1, p. 40-45, jan./jun. 2013.

QUEIROZ, D. M. *et al.* Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. *Interface (Botucatu), Botucatu*, v. 18, supl. 2, p. 1199-1210, dez. 2014.

RASELLA, D. *et al.* Impact of primary health care on mortality of heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a national analysis of longitudinal data. *BMJ*, v. 349, jul. 2014.

RAMOS, M. N. Processo de trabalho em saúde - Verbete. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - FIOCRUZ. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2006, p. 77-80.

RAO, M.; PILOT, E. The missing link – the role of primary care in global health. *Global Health Action*, v. n. 10.3402, 2014.

ROCHA, N. *et al.* Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. *Interface (Botucatu)*, v. 17, n. 47, p. 847-857, dez. 2013.

SANTOS, I. E. R. *et al.* Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. *Rev. Psicol. Organ. Trab.*, Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2014.

SEIDL, H.; *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 94-108, out. 2014.

SILVA, M. M. Oportunidade do Desenvolvimento Comunitário em Portugal. *Análise Social*, Lisboa, v. 2, n. 7/8, p. 498-510, semestre 2, 1964.

SOUZA JUNIOR, S. O. *et al.* Expressão da humanização no campo da atenção básica à saúde. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, v. 9, n. 1, 2015.

SOUZA, M. B. *et al.* Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 33, n. 3, p. 190-195, mar. 2013 .



SHARMA, R. *et al.* Factors affecting the performance of community health workers in India: a multi-stakeholder perspective. *Global Health Action*, v. 7, n. 25352, 2014.

SWEDISH AGENCY FOR GROWTH POLICY ANALYSIS. China's healthcare system. Stockholm: 2013. Disponível em: <<http://www.growthanalysis.se/>>. Acesso em maio, 2015.

TEJADA DE RIVERO, D. A. What a primary health care is: some considerations after almost thirty five years of Alma-Ata. *Rev. Peru Med. Exp. Salud Publica*, Lima, v. 30, n. 2, June, 2013.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 3, [s. 1], p. 869-883, set. 2014.

VIEIRA, A.; AMARAL, G. A. A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 403-414, 2013.

VITORIA, A. M. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [s.1], v. 8, n. 29, p. 285-293, out. 2013.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2011. Os jovens do Brasil. Brasília: Ministério da Justiça/ Instituto Sangari, 2011.

WALLEY, J. *et al.* Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*, v. 372, n. 9642, p.1001-7, sep. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: WHO, 2008.



# A AUTORA



## **Cristiane de Melo Aggio**

Enfermeira, Pós-doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário da UNICENTRO; Bolsista de Apoio Técnico à Pesquisa do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS, Edição 2020/2021 (Fundação Araucária-PR / SESA-PR / CNPq / MS- Decit); Pesquisadora do Grupo de pesquisa Vulnerabilidades dos processos de vida e de morte e Professora do Departamento de Medicina da UNICENTRO.

www.editorapublicar.com.br  
contato@editorapublicar.com.br  
@epublicar  
facebook.com.br/epublicar

# Cristiane de Melo Aggio

ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE

# SAÚDE

NO MUNICÍPIO DE IRATI-PR,  
POR MEIO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS  
AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE



2022

[www.editorapublicar.com.br](http://www.editorapublicar.com.br)  
[contato@editorapublicar.com.br](mailto:contato@editorapublicar.com.br)  
[@epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)  
[facebook.com.br/epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)

# Cristiane de Melo Aggio

ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE

# SAÚDE

NO MUNICÍPIO DE IRATI-PR,  
POR MEIO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS  
AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE



2022