

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Lívia Napoli Afonso

**O TRABALHO PRESCRITO E REAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Belo Horizonte

2017

Lívia Napoli Afonso

**O TRABALHO PRESCRITO E REAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais,
como critério para obtenção de título de Mestrado em
Enfermagem.**

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

**Linha de Pesquisa: Organização e Gestão dos Serviços de
Saúde e de Enfermagem.**

Orientadora: Prof. Dra. Maria José Menezes Brito

**Belo Horizonte
2017**

Afonso, Livia Napoli.
A257t O Trabalho prescrito e real do agente comunitário de saúde na
estratégia de saúde da família [manuscrito]. / Livia Napoli Afonso. --
Belo Horizonte: 2017.
103f.: il.
Orientador: Maria José Menezes Brito.
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3.
Trabalho. 4. Enfermagem. 5. Saúde Pública. 6. Estudos de Casos. 7.
Dissertações Acadêmicas. I. Brito, Maria José Menezes II. Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 21.5

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação intitulada “O trabalho prescrito e real do agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família”, de autoria da mestranda Livia Napoli Afonso. Aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr^a. Maria José Menezes Brito
Orientadora

Prof. Dr^a. Marília Alves
Membro Titular

Prof. Dr^a. Livia Cozer Montenegro
Membro Titular

Prof. Dr^a. Debora Carvalho Malta
Membro Suplente

Prof. Dr^a. Cláudia Maria de Mattos Penna
Membro Suplente

Belo Horizonte, 19 de abril 2017. Av. Professor Alfredo Balena, 190 - Belo Horizonte,
MG - 30130-100 - Brasil - tel.: (031)3409-9836 - fax: (31) 3409-9853



Dedico este estudo àqueles que encaram

o trabalho como uma arte,

a arte de fazer...



AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por ter me concedido a vida e a oportunidade de entendimento e evolução mediante esta vivência.

A minha **FAMÍLIA**: Pai, Mãe, Irmão, Tios(as), Primos(as) e aos familiares de alma, que **DEUS** me deu de presente para trazer muitas alegrias e me conceder a oportunidade de amar incondicionalmente. Gratidão especialmente aos meus pais, ao meu irmão Felipe e a minha cunhada Lívia, por estarem sempre ao meu lado.

A Professora **MARIA JOSÉ MENEZES BRITO** pela oportunidade, carinho, compreensão e ensinamento, que foram essenciais para a conclusão desta conquista.

Às colegas do **NUPAE**, pelos momentos de apoio e aprendizado.

Às **BICS**, por ter me proporcionado momentos de ensino e aprendizado.

As todas as **DOCENTES** da Escola de Enfermagem -UFMG, por proporcionar bons momentos de reflexões e crescimento. Gratidão especial às Professoras: Claudia Penna, Kênia Lara e Marília Alves, que me concederam momentos de grande aprendizado. Em especial a Lívia Montenegro, que me ofereceu ótimos momentos de trabalho e amizade, foi fonte de inspiração de exemplo profissional.

À **CAPES**, **FAPEMIG** e o **CNPq** por propiciar subsídios para a realização desta conquista.

As **AMIZADES** construídas na Escola de Enfermagem – UFMG: Francisca, Teti, Ana, Mayara, Hanna, Cecília e, Carol, Lilian, em especial, a amiga Dani. Agradeço pelos momentos de alegria e por ter tornado vivência mais leve e prazerosa.

Aos **AMIGOS** Ricardo e Cristiane, que me proporcionaram ótimos momentos de amizade e aprendizado.

Aos **AMIGOS** do Segue o Bloco e os Cabeçudos, por ter me concedido muitos momentos de alegria, que trouxe paz e tranquilidade para os meus dias. Gratidão especial a amiga Cassinha e Mariane, por demonstrar a cada dia a amizade verdadeira.

Agradeço aos novos desafios que **DEUS** tem me ofertado. É isso que me faz caminhar e encarar a vida como uma arte. **GRATIDÃO!**

RESUMO

Introdução: com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas de saúde passaram a priorizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e seus agravos. Neste contexto, o Agente Comunitário de (ACS) é um importante ator para a consolidação destas práticas. O trabalho do ACS, desde a implantação do SUS, foi marcado pela ampliação dos espaços de atuação e de saberes. Este trabalho é prescrito por Leis, Portarias, e Manuais do Ministério da Saúde, sendo vivenciado no contexto real de acordo com as demandas e exigências do cenário da prática profissional. **Objetivo:** compreender o trabalho do ACS na Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando as dimensões prescrita e real. **Metodologia:** trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa realizado na Atenção Primária a Saúde (APS) no Município de Belo Horizonte. O estudo foi realizado em três etapas. Na primeira etapa, a Pesquisa Documental, foram utilizados documentos de cunho Legislativo – Leis, Portarias e Decretos – a cartilha do Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Manual de Trabalho do ACS desenvolvido pelo Ministério da Saúde. A análise documental possibilitou a captação do trabalho prescrito do ACS. Na segunda etapa, entrevistas com questionário semiestruturada com Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Médicos que atuam na ESF. A análise das entrevistas possibilitou a captação do trabalho real do ACS sob a ótica da equipe da ESF. Participaram desta etapa vinte e sete profissionais. Na terceira etapa, Grupo Focal (GF), foi realizado com ACS que atuam na ESF. Foram realizados quatro GF com média de nove participantes por grupo, totalizando trinta e cinco participantes. As entrevistas, realizadas com a equipe de saúde da ESF e os GF, com os ACS, foram gravados e transcritas na íntegra para análise e interpretação dos dados. Na análise dos dados foi utilizada a Análise de Temática de Conteúdo com auxílio do Softwer ATLAS ti. 7.0 para organização dos dados. Todos os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 466/2012 sob o parecer nº 49765715.8.0000.5149. **Resultados:** foi possível identificar que o trabalho prescrito para o ACS perpassa por ações e promoção à saúde e prevenção de doenças e seus agravos a serem dispensadas a um determinado segmento populacional. O trabalho do ACS é considerado pela equipe de saúde da ESF como um fator primordial para a consolidação da ESF. O trabalho realizado por este agente é capaz de modificar a prática de trabalho da equipe de saúde, distanciando-os da prática centrada no modelo biomédico. O ACS vivencia uma dualidade no modo-de-ser na ESF. No modo-de-ser-cuidado, o ACS atua na relação sujeito-sujeito, o que ascende significados e símbolos na vida deste agente. No modo-de-ser-cuidado-dominação, o ACS atua na relação sujeito-objeto, fazendo com que questões objetivas e prescritivas de trabalho dominem este agente na ESF. A falta infraestrutura, recursos materiais e humanos dificultam a concretização do trabalho do ACS. O modo de produção de cuidado centrado no modelo capitalista, o a avanço das tecnologias de trabalho, o despreparo desse profissional diante de algumas atividades são considerada um desencadeador de vivencias e angustia e sofrimento moral no trabalho do ACS na ESF. **Considerações Finais:** a compreensão das dimensões prescrita e real do trabalho do ACS proporcionou reflexões sobre o modo como esses profissionais vivenciam o trabalho, atribuindo sentidos e significados ao seu modo de produção.

Palavras Chaves: Agente Comunitário de Saúde; Enfermagem; Estratégia de Saúde da Família; Trabalho.

ABSTRACT

Introduction: with the creation of the Sole Health System (SUS), the health practices began to prioritize health promotion and disease prevention actions. In this context, the Community Health Agent (ACS) is an important player for the consolidation of such practices. The work of the ACS, since the implementation of SUS, has been marked by the expansion of the performance spaces and knowledge. This paper was guided by Laws, Ordinances and Health Department's Manuals, being applied in the real context accordingly to the demands of the professional practices. **Goal:** to understand the ACS work within the Family Health Strategy (ESF) considering the real and prescribed dimensions. **Methodology:** this paper regards a case study of the qualitative approach, performed in the Primary Health Attention (APS), in the Belo Horizonte County. The study was conducted in three phases. In the first phase, the Document Research Phase, Legislative documents – Laws, Ordinances and Decrees, the Community Agent Program (PACS) best practices and the ACS Work Manual developed by the Health Department were used. The document analysis enabled the understanding of the ACS' prescribed work. In the second phase, semi-structured interviews with Nurses, Nursing Technicians and ESF Doctors were conducted. The analysis of the interviews enabled the understanding of the real ACS' work under the ESF point of view. Twenty-seven professionals participated in this phase. The third phase, Focal Groups (GF), was conducted with ACSs currently working within ESF. Four GF were conducted, with the average of nine participants per group, totaling thirty-five participants in this phase. The interviews conducted with the ESF health team, as well as the GFs conducted with the ACSs, were recorded and transcribed in full for analysis and data interpretation. The Content Theme Analysis was used with the aid of the ATLAS ti. 7.0 Software in order to organize the data. All ethics aspects were fully respected, according to resolution 466/2012, under judgement no. 49765715.8.0000.5149. **Results:** it was possible to determine that the work prescribed to the ACS encompasses health promotion and disease prevention actions and its aggravations dispensed to a determined population segment. The work of the ACS is considered, by the ESF health team, as a primordial factor for the consolidation of ESF. The work performed by this agent is capable of modifying the work practices of the health team, distancing them to the practices centered on the bio-medical model. The ACS lives a duality in the way-of-being within the ESF. In the way-to-be-cared-for, the ACS acts in the relationship subject-subject, which overcomes meanings and symbols in this agent's life. In the way-to-be-cared-for-domination, the ACS acts in the subject-object relations, making objective and prescribed matters govern the agent in the ESF. The lack of infrastructure, material resources and workforce hinder the work of the ACS. The production way, centered in a capitalist model, the insertion of new work technologies and the lack of preparation of these professionals regarding some activities are considered causes for experiences of anguish and moral suffering in the work of the ACS in ESF. **Final Considerations:** the understanding of the dimensions of the prescribed and real work of the ACS enabled reflections regarding the way these professionals live their work, assigning values and meanings to their way of production. **Key-words:** Community Health Agent; Nursing; Family Health Strategy; Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Regiões Administrativas de Belo Horizonte	24
Fluxograma 1: Documentos utilizados na análise documental	32
Fluxograma 2: Composição da Categoria de Análise do Trabalho Prescrito do ACS na ESF.....	33
Fluxograma 3: Composição da Categoria de Análise do Trabalho Real do ACS na ESF	35

LISTA DE TABELAS/QUADROS

Tabela 1: Perfil dos participantes da Equipe de Saúde da ESF.....	37
Tabela 2: Perfil dos participantes dos GF.....	38
Quadro 1: Atribuições do ACS descrita na Portaria 1.886/97.....	39
Quadro 2: Atividades do ACS prescritas pelo decreto 3.198 de outubro de 1999.....	42
Quadro 3: Atividades prescritas na cartilha do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde em janeiro de 2001.....	43
Quadro 4: Atribuições do ACS no controle da Malária prescrito pela Portaria nº 44 de janeiro de 2002.....	46
Quadro 5: Atribuições compartilhadas entre a equipe do PSF prescrito pela Portaria 648 de março de 2006.....	49
Quadro 6: Atribuições do ACS no PACS e no PSF prescritos na Portaria 648 de março de 2006.....	50
Quadro 7: Atividades do ACS prescritas pela Le 11.350 de Outubro de 2006.....	52
Quadro 8: Atividades do ACS prescritas no Guia Prático do ACS/2009.....	53
Quadro 9: Atribuições compartilhadas entre a equipe multiprofissional da ESF prescritas na Portaria 2.488 de outubro de 2011.....	69
Quadro 10: Atribuições do ACS no PACS e na ESF prescrito na Portaria 2.488 de outubro de 2011.....	71

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

DS: Distrito Sanitário

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IVS: Índices de Vulnerabilidade Social

MS: Ministério da Saúde

PACS: Programa Agente Comunitários de Saúde

PNACS: Programa Nacional de Agentes Comunitário de Saúde

PNPS: Política Nacional de Promoção à Saúde

PSF: Programa Saúde da Família

RAS: Redes de Atenção à Saúde

SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica

SMS- BH: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ESTADO DA ARTE	18
2.1 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde	18
3 PERCURSO METODOLÓGICO	23
3.1 Natureza do estudo	23
3.2 Cenário do Estudo	24
3.3 Participantes do Estudo	25
3.4 Coleta de dados	26
3.5 Análise dos dados	29
3.6 Composição da Categoria de Análise do Trabalho Prescrito do ACS na ESF	31
3.7 Composição da Categoria de Análise do Trabalho Real do ACS na ESF	33
3.8 Preceitos Éticos	35
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	37
4.1 Perfil dos Participantes	37
4.2 Compreendendo o Trabalho Prescrito do Agente Comunitário de Saúde	39
4.3 Compreendendo a Dimensão Real do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde	73
4.3.1 <i>A importância do trabalho do ACS na ESF: “É essa ligação, como se o posto de saúde tivesse saído na comunidade para ver o que está acontecendo”</i>	73
4.3.2 <i>Modo-de-ser-cuidado e Modo-de-ser-trabalho-dominação do ACS na ESF: a vivência de uma dualidade no trabalho</i>	81
4.3.2.a <i>Modo-de-ser-cuidado do ACS na ESF: “É ser um líder, é ser um guia, é ser um amigo, um companheiro, é aquele que vai lá, é o olho do serviço de saúde além dos muros”</i>	81
4.3.2.b <i>Modo-de-ser-trabalho-dominação do ACS na ESF: “Por que você vê atendimento, voltou tudo para atendimento e o ACS virou um mecânico”</i>	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICES	100



Introdução

1 INTRODUÇÃO

A necessidade de reorientar o modelo de saúde no Brasil impulsionou, na década de setenta, um movimento político, ideológico e social de reconfiguração da atenção à saúde que culminou com a Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é definida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988 p. 116). Nesta reconfiguração, é fundamental que as inovações institucionais, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a descentralização, a participação social, a consciência do direito à saúde, a formação de trabalhadores e tecnologias, coexistam cotidianamente (PAIM, 2013).

Em meio a esse processo de novos saberes e práticas, o cuidado em saúde prioriza ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, incorporando, em muitas delas, a valorização das experiências da população, no “saber-fazer” os cuidados com sua saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2011). Mediante essas experiências, o Ministério da Saúde (MS), em 1991, criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como uma estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolve atividades relacionadas à prevenção e educação na saúde, que se caracterizou como um modelo de transição para o Programa de Saúde da Família (PSF) (SOUZA; BARCELOS; LANZA, 2013).

O PSF, instituído em 1994, passou a ser considerada uma estratégia em 2011 e denominada, deste modo, Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ambos os programas apresentam-se como um modelo de atenção à saúde que visa reorientar assistência por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2011). Sustentada na perspectiva epidemiológica, a ESF introduz no processo de trabalho, a programação e oferta de serviços com base nos determinantes sociais do território em que se inscreve. Composta por equipe multiprofissional (Médico Generalista ou da Família, Enfermeiro, Auxíliar ou Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde – ACS, podendo acrescentar à equipe, profissionais de Saúde Bucal), a ESF visa à identificação dos diversos fatores de risco à saúde, bem como as possibilidades de intervenção sobre os mesmos, por meio de articulações com diferentes atores e cenários no próprio território (FILGUEIRAS, SILVA, 2011).

Para que seja possível alcançar tais objetivos, a ESF é estruturada para atender uma população adstrita em um território delimitado, sobre o qual os profissionais de saúde assumem responsabilidade sanitária. Nessa dinâmica, para melhor compreensão dos problemas de saúde, é imprescindível conhecer as famílias e a comunidade, sua condição

material e simbólica de vida, o lugar onde vivem e as possibilidades de acessar redes de apoio social (SILVA et al, 2014). Neste contexto, o ACS se apresenta como um importante ator, responsável por tecer uma ponte entre o serviço de saúde e a comunidade, constituindo-se, como principal elo de comunicação entre os profissionais da equipe da ESF e as famílias (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

O trabalho do ACS é considerado uma extensão do serviço de saúde dentro da comunidade, pois, sendo ele um integrante da mesma, vivencia situações semelhantes, o que permite uma compreensão das condições de vida, dos valores socioculturais, bem como das necessidades dessa população (BRASIL, 2009; SOZA; FREITA, 2011). Filgueiras e Silva (2011) discutem que o trabalho do ACS é marcado por algumas singularidades, tendo em vista que, ao mesmo tempo em que ele pertence à comunidade, compartilhando do mesmo universo social e simbólico, ele assume, junto aos demais membros da ESF, a responsabilidade de saúde desta população.

No âmbito da saúde, o trabalho opera sobre o núcleo tecnológico do trabalho morto, no qual o cuidado é centrado em um conjunto de elementos prescritos que exercem sobre a produção do cuidado uma forma rígida; e no trabalho vivo, no qual o trabalhador exerce sua criatividade necessária ao cuidado em saúde, possibilitando mudanças estruturais na produção do cuidado, dando origem ao trabalho real, ou seja, aquele que acontece efetivamente no cotidiano, longe das condições ideais e idealizadas pelo prescrito (FARIA; ARAÚJO, 2010; MERHY; FRANCO, 2012). O trabalho é um mundo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente (FARIA; ARAÚJO, 2010).

O trabalho prescrito do ACS é determinado por documentos de cunho Legislativo do Ministério da Saúde. A Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011 é o último documento publicado que descreve as atividades a serem desenvolvidas por esse profissional da ESF e no PACS. No entanto, a imersão do ACS no cotidiano de trabalho revela experiências singulares. O lugar que este agente ocupa na ESF, de mediador da comunidade e do serviço de saúde, evidencia a complexidade das inter-relações existentes no trabalho (SILVA et al., 2014). Nessa perspectiva, no presente estudo, parte-se do pressuposto de que há uma diferença entre o trabalho prescrito e real do ACS no contexto da ESF.

O interesse pelo trabalho do ACS é advindo desde a graduação. A vivência no campo de estágio obrigatório na APS trouxe a tona uma reflexão sobre a importância do trabalho desse agente para consolidação da ESF. Posteriormente à graduação a experiência como docente de prática na APS em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Belo Horizonte, proporcionou maior aproximação com o trabalho do ACS. Nessa trajetória a

figura do ACS sempre esteve presente nas reflexões geradas junto aos alunos a respeito do trabalho deste agente na ESF. O trabalho da equipe da ESF, direcionada para o território e para a comunidade, para o estabelecimento de vínculos e para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e seus agravos, revelava a importância do trabalho do ACS para a concretização das ações dos demais membros da equipe de saúde da ESF.

Concomitante a supervisão de prática na APS, a atuação no Programa de Educação pelo Trabalho na Rede de Atenção à Saúde (PET- Saúde Redes), proposto pelo Ministério da Saúde com ações intersetoriais, direcionadas para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), proporcionou aproximação com os usuários do SUS nos diferentes pontos da RAS. O contato com esses usuários e seus familiares fomentou a reflexão sobre a importância da disseminação de informações sobre os serviços de saúde ofertados para a comunidade. Neste contexto, em meio a conversar com os usuários do SUS, o ACS aparecia como um ator fundamental para transmissão dessas informações. Ademais, o contato com os usuários durante essa trajetória expressou a importância do vínculo concebido pelos ACS com as famílias, originando uma relação entre o usuário e o ACS que transcendem as questões objetivas do trabalho deste agente.

Atualmente, a inserção no mestrado fomentou reflexões sobre a subjetividade do indivíduo, considerando suas vivências, seus valores e como esses elementos influenciam a maneira de ser no trabalho. Ademais, a participação no grupo de pesquisa do Plano de Carreira Cargos e Salários para os ACS e Agente de Combate a Endemias de Belo Horizonte permitiu uma reflexão sobre o atual contexto da ESF.

Mediante o exposto, emergiu a seguinte inquietação: como tem ocorrido o trabalho do ACS no atual contexto da Estratégia de Saúde da Família considerando as dimensões prescritas e reais?

O trabalho prescrito é definido por Zamboni e Barros (2012) como um conjunto de normas e regras a se cumprir. Portanto, consiste na hierarquia, na organização, no planejamento sobreposto à execução e determinação do trabalho. O trabalho prescrito é um conjunto de registros, burocratização e fiscalização que orienta a prática profissional (ANJOS et al, 2011).

O trabalho real é toda atividade que o trabalhador executa considerando as regras prescritas (ZAMBONI; BARROS, 2012). Para Brito (2008) é a resposta dada pelos trabalhadores às imposições determinadas externamente, nas quais as informações são apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador. No trabalho real, o trabalhador reinventa o trabalho à sua maneira, considerando suas vivências e seus valores a fim de

preencher as lacunas da prescrição, atendendo, deste modo, às exigências da produção do cuidado (REIS, SCHERER, CARCERERI, 2015). Neste sentido, o trabalho real concentra-se na ação do sujeito trabalhador e no modo como ele se mobiliza para realizar suas atividades (ZAMBONI; BARROS, 2012).

Para Chalant (2006), o comportamento humano é decisivo para a compreensão de qualquer fenômeno. Neste sentido, para compreender as dimensões prescrita e real é necessário discutir qual o sentido que as pessoas dão às suas ações (CHANLAT, 2006).

O trabalho do ACS está inscrito em um território de conflitos, subjetividades, desejos, micropoderes que operam, sobre tudo, com base em um recorte de uma realidade (GAVALOTE, et. al., 2011). Segundo estes autores, o ACS é uma figura múltipla, protagonista do seu trabalho, o que torna ingênuas as concepções que o consideram enquanto vítimas amarradas a um trabalho prescrito. O trabalho do ACS é produzido por ele pela sua maneira de agir e é neste espaço que se constrói possibilidades de invenções e inovações na produção do cuidado (FARIA; ARAÚJO, 2010). Neste sentido, compreender o trabalho real do ACS no contexto da ESF é fundamental para refletir sobre a configuração deste agente no trabalho, desvelando suas singularidades, ultrapassando, portanto, a dimensão prescritiva.

Diante disso, este estudo tem como objetivo compreender o trabalho do Agente Comunitário de Saúde na ESF, considerando as dimensões prescrita e real.



Estado da arte

2 ESTADO DA ARTE

2.1 O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

O trabalho do ACS foi estabelecido no Brasil em 1991 por meio da institucionalização do Programa Nacional de Agentes Comunitário de Saúde (PNACS), denominado, posteriormente, PACS. Esse programa compreendia, inicialmente, em reduzir os indicadores de morbimortalidade infantil e materna no Brasil, sendo este efetivado primeiramente na região Nordeste. Mediante essa experiência, o PACS passou a ser prioridades do plano de metas do Ministério da Saúde (MS) e em 1997 o referido programa é instituído pela Portaria nº 1.886, no qual estabelece as atribuições do ACS no PACS (BARROS et. al., 2010, BRASIL, 2001).

Posteriormente, em 1994 surge o PSF com vista a substituir o modelo de atenção à saúde tradicional e complementar o PACS, com a finalidade de sustentar uma prática de ações integrais na APS vinculada à comunidade (BARROS, et. al, 2010). Neste contexto, o ACS passa a desenvolver suas atividades nas UBS junto à equipe de saúde do PSF, sobre o qual recaem a ele expectativas de mediação, aproximação, facilitação do trabalho da atenção básica em saúde (BORNSTEIN; STOTZ, 2008). Diante disso, o ACS assume um papel singular, ao constituir um “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde, atuando de forma condizente com atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de orientação, acompanhamento e educação em saúde, visando, sobretudo, à promoção da qualidade de vida e bem-estar da população (GALAVOTE et al., 2011).

Dada a importância da prática profissional deste agente, em 1999 fixa-se as diretrizes para o exercício das atividades do ACS no Decreto 3.189 (BRASIL, 1999). Posteriormente, as atividades deste agente é regulamentada pela Lei nº10.507 de 2002 que foi revogada, para que ajustes pudessem ser feitos, em 2006, por meio da promulgação da Lei 11.350 (BRASIL, 2002). Neste mesmo ano, o ACS é considerado essencial e passa a fazer parte da equipe mínima do PSF, composta por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e o ACS. Essa incorporação é estabelecida por meio da Portaria 648 de março de 2006, que aprova a Política de Atenção Básica e é posteriormente revogada em 2011, pela Portaria 2.488, no qual o PSF passa ser considerada uma Estratégia. Diante da legitimação da profissão do ACS, o trabalho deste agente é sustentado na perspectiva da prevenção de

doenças e agravos e na educação em saúde, tendo em vista o acompanhamento longitudinal das famílias, o qual prescinde da criação de vínculos.

Assis et al (2010) discutem que a construção de vínculo entre o profissional e usuário vai muito além do que conhecer as pessoas e sua área de abrangência. Para que haja tal estabelecimento é necessário criar condições de envolvimento, compromisso e responsabilização. O estabelecimento de vínculo implica na construção de relações próximas e na sensibilização com o sofrer do outro e/ou da população, com vista a permitir a ocorrência do processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, em busca da construção da autonomia do usuário (ASSIS et al, 2010).

O ACS ao desenvolver essa atividade na intimidade do espaço privado dos indivíduos, famílias e comunidade, encontra na sua prática cotidiana a vivência de algumas singularidades no trabalho. O fato do ACS ser morador da comunidade em que atua, pertencendo do mesmo universo social, cultural, existencial e simbólico do usuário, potencializa o fortalecimento de vínculo com a comunidade. Este fato eleva a mobilização interior por parte do ACS em empenhar-se na melhoria da qualidade de vida da comunidade, pelo fato de comungar do mesmo universo de sentido, com quem habita e também participa no processo de cuidado. (FILGUEIRA; SILVA, 2011).

Diante disso, a visita domiciliar é considerada uma atividade primordial para a consolidação do vínculo com a comunidade. Por meio desta atividade o ACS apreendem as informações necessárias, compreende as reais necessidades das famílias, identificando os fatores de risco e agravos à saúde com a finalidade de transmitir à equipe de saúde para que os mesmos possam planejar as ações de saúde a serem dispensadas para a comunidade (JUSTO; GOMES; SILVEIRA 2015).

Entretanto, o fato do ACS estar em contato com a população durante a visita domiciliar, o ACS vivencia diversos tipos de situações e problemas podendo ser encarado pelos mesmos como uma experiência negativa. O envolvimento com as famílias, o contato com as condições adversas podem fazer com que o ACS se sinta impotente diante de tal situação desencadeando sentimentos intensos e contraditórios (WAI; CARVALHO 2009). As atribuições do ACS na ESF implicam na realização de atividades que o expõe a situações conflituosas (JUSTO; SILVEIRA; GOMES, 2015). O esforço a realizar alianças necessárias para conciliação de diferentes interesses, mediar conflitos e impasses, gerados em suas recorrentes aproximações e intervenções na comunidade são alguns exemplos citados por esses autores, que estão presentes no cotidiano de trabalho do ACS.

As atividades atribuídas a esses agentes ajudam a compor um panorama de tensão e sobrecarga. Tal situação atrelada a a falta de reconhecimento, a resistência por parte de algumas pessoas da população e a dificuldade em atender suas expectativas e relaciona-las às exigências impostas pelo trabalho podem desencadear um processo de sofrimento que pode levar ao adoecimento laboral (KRUG et. al. 2015).

O trabalho do ACS preconiza a execução de atividade nos princípios de atenção integral à saúde e a humanização das práticas. No entanto, para que seja concretizado, há uma necessidade de disponibilidade de instrumentos e condições de trabalho que sejam compatíveis com sua função (BENDER et al, 2016). Ademais, estudo de Wail e Carvalho (2009) apontam que a falta de supervisão por parte do enfermeiro podem influenciar diretamente a qualidade do trabalho do ACS, uma vez que é por meio da supervisão que o ACS adquire a habilidade de lidar com as adversidades do trabalho representando um espaço para reflexão. Diante disso, para que o trabalho do ACS na ESF seja efetivado, é necessário uma confluência da disponibilidade de recursos estruturais, materiais humanos atrelado a uma supervisão eficaz.

A atuação do ACS na ESF exige que este trabalhador se disponha na utilização de um conjunto de tecnologias para produção do cuidado. Estas tecnologias, segundo Merhy e Feuerwerker (2009) estão subdivididas em tecnologias duras, caracterizadas por equipamentos, máquinas utilizadas para criação do produto; tecnologias leve-duras, constituídas pelos saberes, protocolos, normas e pelo conhecimento produzido mediante a área do saber; e as tecnologias leves, caracterizadas pelas relações e interações e tem como produto a criação de vínculo. Bender et al (2016) discorrem que o trabalho do ACS tem como base o estabelecimento de vínculo o que pressupõe uma constante contato com a população. Neste sentido, o trabalho deste agente é composto majoritariamente pelo uso de tecnologias leves para produção do cuidado.

Estudos de Gavalote et. al. (2011) evidenciam que o estabelecimento de vínculo entre o ACS e a comunidade constitui um papel singular na ESF. Tal estabelecimento constitui o ACS como um “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde, atuando de forma condizente com os valores requeridos pelas situações de trabalho. O trabalho do ACS é considerado uma extensão do trabalho do serviço de saúde na comunidade. As ações desenvolvidas por esse agente favorece a transformação de situações que afetam a qualidade de vida das famílias. Neste sentido, o ACS labora em uma condição de vigilante na comunidade (BRASIL 2009).

Pinto e Fracolli (2010) discorrem que é possível identificar duas dimensões na sua atuação profissional: técnica e política. O componente técnico se relaciona ao atendimento ao indivíduo, família e comunidade com o objetivo de desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e seus agravos. Já o componente político compreende na atuação do ACS como um propulsor para a reorientação da concepção e do modelo de atenção a saúde, que apoia o autocuidado, fomenta a cidadania e promove a transformação social. Mediante disso, o ACS na ESF é reconhecido como um importante profissional que potencializa a consolidação do SUS no Brasil. Além dessas dimensões, os autores discorrem que o ACS é um educador para a saúde, pois organiza o acesso, capta as necessidades, identifica as prioridades e detecta os casos de risco da população (PINTO; FRACOLLI, 2010). Diante disso, o ACS é considerado um importante agente para a consolidação e implementação do SUS no Brasil, que fortalece a integração dos serviços de saúde da APS e a comunidade (BRASIL, 2009).



Percurso Metodológico

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa tem o objetivo de compreender o sentido ou a lógica interna que os indivíduos atribuem às suas ações, representações, sentimentos, opiniões e crenças (MINAYO; GUERRIERO, 2013). Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois, o ser humano não se distingue apenas pelo modo de agir, mas por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações dentro e a partir do que é vivido e compartilhado com seus semelhantes (MINAYO, 2010). Neste sentido, essa abordagem permite aos indivíduos atribuir significados aos fatos e às pessoas em interações sociais (CHIZZOTTI, 2005).

A pesquisa qualitativa possibilita um olhar do sujeito e da coletividade, em um determinado contexto e, por meio da expressão da fala, é capaz de revelar condições estruturais, sistema de valores, normas e símbolos. Ademais, transmite por meio de um porta-voz as representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2010; MINAYO; SANCHES, 1993).

Diante disso, a escolha da abordagem qualitativa se justifica pela intenção de compreender o trabalho do ACS no contexto da ESF, considerando as dimensões prescrita e real.

A escolha do Estudo de Caso se deu por ser tratar de uma estratégia que investiga, profundamente e exaustivamente, o objeto de maneira que permite seu amplo e detalhado entendimento (GIL, 2002). Segundo Yin (2015) o Estudo de Caso possibilita contribuir com o conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais sociais e políticos. É uma importante estratégia para a pesquisa em ciências humanas, uma vez que esse método oferece uma visão holística da vida cotidiana, destacando-se seu caráter de investigação empírica de fenômenos contemporâneos (Yin, 2005). Para o autor, o estudo de caso representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com lógica de planejamento, coleta e análise de dados, podendo incluir neste processo métodos múltiplos de investigação.

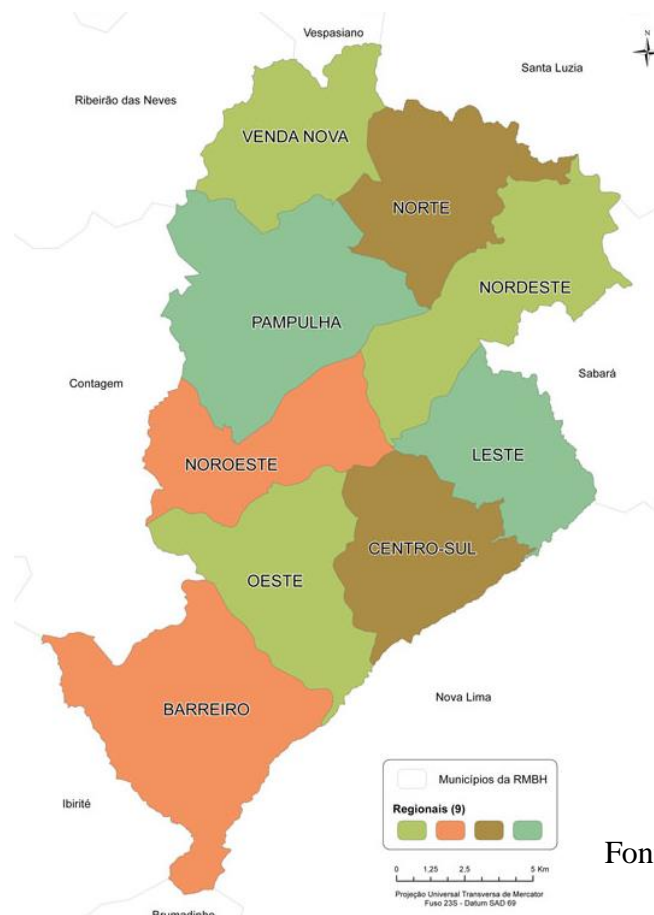
Neste sentido, a triangulação dos dados propicia maior fidedignidade ao estudo justamente pela variação de fontes de evidência, permitindo, deste modo, investigar vários aspectos do mesmo fenômeno (YIN, 2015). Diante disso, a escolha da metodologia trouxe uma riqueza para a compreensão do objeto de estudo, desvelando-o em seu contexto real.

3.2 Cenário do Estudo

Para realização deste estudo delimitou-se como cenário as UBS do Município de Belo Horizonte,

O município em questão, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2015), possui 331,401 Km² com população estimada em 2.502.557 habitantes. A cidade é dividida em nove Regiões Administrativas, sendo estas: Venda Nova, Norte, Nordeste, Pampulha, Noroeste, Leste, Centro-sul, Oeste e Barreiro (BELO HORIZONTE, 2011).

Figura 1: Regiões Administrativas de Belo Horizonte



Fonte: IBGE 2007

A estrutura organizacional de Saúde no município é dividida em redes de APS, de Atenção Especializada, de Urgência e Emergência, de Regulação da Atenção Hospitalar, de Regulação da Alta Complexidade e de Vigilância à Saúde (BELO HORIZONTE, 2016).

A APS no município é reconhecida como uma rede de UBS que se configura como porta de entrada no sistema de saúde municipal. A EFS é concebida como o modelo

assistencial neste ponto de atenção e oferece diversas ações na busca pela atenção integral aos indivíduos e a comunidade (BELO HORIZONTE, 2013).

Atualmente, a APS conta com 147 UBS, distribuídos em nove Distritos Sanitários (DS), correspondentes à organização das regiões administrativa supracitadas. O Município de Belo Horizonte conta com 523 equipes de saúde da família que deveriam ser compostas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis ACS. Dos 147 UBS, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. A rede de APS no município se organiza a partir da definição de territórios ou áreas de abrangência, sobre os quais as UBS têm responsabilidade sanitária (BELO HORIZONTE, 2013).

O processo de estruturação da APS de Belo Horizonte coincide com a história do SUS no município (MATOS, 2007). Segundo o autor, a implantação da ESF possibilitou um incremento de recursos humanos, acompanhado da reorganização do processo de trabalho nas UBS. Para o autor, durante o processo de consolidação da APS no município de Belo Horizonte, a atenção prestada nos domicílios pelos profissionais da equipe da ESF foi ampliada e o vínculo da população com as UBS foi fortalecido, aumentando desta maneira, a responsabilização das equipes e a possibilidade de prestação do cuidado continuado (MATOS, 2007).

Considerando que o ACS é um ator fundamental na construção de vínculo da comunidade com o serviço de saúde e na consolidação da APS no município, cabe ressaltar que há aproximadamente dois anos a prefeitura de Belo Horizonte, junto ao sindicato da categoria profissional, vem discutindo melhores condições de trabalho para esses agentes. Essa discussão é advinda de constantes reivindicações por parte destes trabalhadores em todo município tendo em vista a sobrecarga de trabalho no âmbito da ESF e a consolidação dos direitos trabalhistas da categoria. Diante disso, acredita-se que este cenário de estudo caracteriza-se como um estudo de caso único considerando o momento de constantes reivindicações da categoria.

3.3 Participantes do Estudo

Na pesquisa qualitativa, a seleção dos participantes que vão compor o universo do estudo é algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações, por meio das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado (DUARTE, 2002).

Os participantes que foram convidados para compor o universo deste estudo foram os ACS e a equipe de saúde da ESF (Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem) que atuam nas UBS do município de Belo Horizonte. Considerando a atual estrutura da rede de Atenção Básica de Belo Horizonte, o estudo abarcou as UBS situadas nos nove DS do Município de Belo Horizonte.

O estudo em questão foi dividido em três etapas: pesquisa documental, entrevistas com a equipe de saúde da ESF e Grupos Focais (GF) com os ACS. Os participantes do estudo colaboraram na segunda e na terceira etapa da pesquisa.

Na primeira etapa foram selecionados documentos de cunho Legislativo (Portarias, Leis, Emendas Constitucionais e Decretos) e Manuais do Ministério da Saúde que prescrevem o trabalho do ACS.

Na segunda etapa do estudo foram selecionados, de maneira aleatória e com auxílio do programa online denominado “Sorteador”, uma UBS por DS no município de Belo Horizonte, totalizando nove UBS. Os participantes desta etapa foram um representante por categoria profissional da equipe de saúde da ESF (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem). Neste sentido, o total de profissionais que participam da segunda etapa da pesquisa foram: nove médicos, nove enfermeiros e nove técnicos de enfermagem, totalizando vinte e sete profissionais da equipe de saúde da ESF.

Na terceira etapa do estudo, realizações dos GF, foram selecionados, de maneira aleatória e com auxílio do programa online denominado “Sorteador”, quatro UBS por DS no município de Belo Horizonte, totalizando trinta e seis UBS. Os participantes da terceira etapa foram um representante ACS de cada UBS. Dos convidados apenas um ACS não compareceu no dia da realização do GF, totalizando trinta e cinco ACS participantes do estudo nesta etapa.

Salienta-se que após a seleção das UBS, foi efetivado via telefone, o contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS- BH) para formalização da UBS selecionadas para participar do estudo. Posteriormente, a SMS-BH contactou as UBS selecionadas, informando-as sobre a pesquisa e a importância da participação dos profissionais da equipe da ESF no estudo.

3.4 Coleta de Dados

Conforme proposto pelo método do Estudo de Caso e para alcançar o objetivo proposto pelo estudo, a coleta de dados foi conduzida a partir de três fontes de evidências: Pesquisa Documental, Entrevista Individual e GF. Deste modo, para melhor organização da

coleta de dados, o estudo foi conduzido em três etapas: 1ª Etapa - Pesquisa Documental; 2ª Etapa - Entrevista Individual com representantes das categorias profissionais da Equipe de Saúde da ESF –; 3ª Etapa - GFcom os ACS.

As informações documentais são relevantes nos estudos de casos, uma vez que o uso de documentos tem como objetivo corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes (YIN, 2015). Essa técnica de coleta é obtida de maneira indireta, por meio de documentos livros, registros, dentre outros meios, os quais permitem um conhecimento mais objetivo da realidade e possibilita a investigação dos processos de mudança social e cultural (GIL, 2009).

A Pesquisa Documental apresenta-se como um método de verificação de dados e visa o acesso a informações pertinentes integrando o processo de investigação. Por meio deste método é possível extrair informações que ampliem o entendimento do objeto do estudo, cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA et al., 2009). Segundo estes autores, a Pesquisa Documental pode ser caracterizada como o principal caminho de concretização da investigação ou constituir como instrumento metodológico complementar, possibilitando a compreensão do objeto em questão.

Considerando o método de coleta proposto pela Pesquisa Documental, para captar e compreender o trabalho prescrito do ACS na ESF, foram utilizados como fonte de evidência na primeira etapa da coleta de dados Leis, Portarias e Políticas Públicas que orientam o trabalho do ACS a partir da instituição do SUS.

A segunda e a terceira Etapa da coleta de dados teve o objetivo captar e compreender o trabalho real do ACS no contexto da ESF.

As entrevistas individuais realizadas com os Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, foram conduzidas por meio de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A).

A entrevista envolve o saber ouvir de forma ativa com vista a demonstrar ao entrevistado o interesse pela sua fala, suas emoções e gestos, sendo esses essenciais para a construção da análise (BALEI et al, 2008). Segundo Manzini (2012), a entrevista com roteiro semiestruturada tem como característica um roteiro com perguntas abertas e é indicada para estudar um fenômeno com uma população específica. Nesta fonte de evidência, deve existir flexibilidade na sequência da apresentação das perguntas ao entrevistado e o entrevistador pode realizar perguntas complementares com o intuito de compreender melhor o fenômeno em questão. (MANZINI, 2012).

As entrevistas foram realizadas nas UBS selecionados dentro dos consultórios disponibilizados pela Gerente dos serviços. Anteriormente a realização da entrevista, foi

apresentado o objetivo do estudo, enfatizando a importância da participação do profissional, por meio da exposição do seu ponto de vista, suas ideias e pensamentos a respeito do tema. Salientou-se a importância de manter os relatos dentro do tema proposto, sem julgar respostas certas ou erradas.

Foram realizadas vinte e sete entrevistas com os profissionais de saúde da ESF. As entrevistas foram gravadas em formato de áudio, com média de tempo de vinte e cinco minutos por entrevistas. Após a realização das entrevistas individuais, o material foi transcrito na íntegra com o objetivo de preservar a fidedignidade das falas.

A terceira etapa, realização dos GF com os representantes ACS de cada UBS selecionada. A coleta de dados ocorreu na sede da Secretaria Municipal Adjunta de Recursos Humanos de Belo Horizonte em uma sala reservada, o que permitiu a participação ativa dos participantes na discussão. Os participantes foram convidados previamente pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte por meio de contato direto. Foi informando o dia, o horário e local da realização GF e a importância da participação dos mesmos no estudo.

Anteriormente a realização de cada GF, foi realizada a apresentação do objetivo do estudo e do meio de coleta de dado, enfatizando a importância da participação de todos na discussão por meio de relatos de suas experiências e ponto de vista, sem julgamento de respostas certas ou erradas. Foi solicitado que durante a discussão uma pessoa falasse de cada vez e que todos teriam a oportunidade de falar. Salientou-se também a importância de manter as discussões dentro do assunto e que o objetivo da discussão não era chegar a um consenso, mas sim gerar discussões de ideais sobre o tema proposto.

O GF é uma técnica de coleta de dados que tem sido utilizada nas pesquisas de cunho qualitativo e tem como objetivo compreender, do grupo de informantes, suas opiniões, experiências, valores, por meio da discussão com um pequeno número de participantes (MINAYO, 2006). Durante a coleta de dados no Grupo Focal, o moderador busca focalizar e aprofundar as discussões por meio de uma pergunta norteadora, conduzindo o grupo e fazendo intervenções, quando necessário. Essa técnica tem sido utilizada em pesquisas nas áreas sociais e no campo da saúde, pois podem instigar novos saberes e aproximar a pesquisa do cenário de práticas (BACKES et. al., 2011).

Os GF foram conduzidos por um moderador e um observador. Utilizou-se três perguntas que nortearam a discussão do grupo: O que significa ser ACS? Como é o seu dia-a-dia de trabalho como ACS? Como você gostaria que fosse o seu trabalho? (APÊNDICE B)

Os quatro GF foram realizados em um único dia. As discussões geradas nos GF foram gravadas em áudio, com média de tempo de 90 minutos em cada GF. Posteriormente a

realização dos grupos, os áudios foram transcritos em sua íntegra, na tentativa de preservar ao máximo as informações expressas pelos participantes. Após a transcrição, para identificação dos GF, foram denominados da seguinte maneira: GF 1, GF 2, GF3 e GF4.

3.5 Análise dos Dados

Para a análise documental e das entrevistas foi utilizada a técnica de Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin, utilizando-se como recurso para organização dos dados o *Software ATLAS ti 7.0*.

A Análise Temática de Conteúdo consiste em um conjunto de técnica de análise das comunicações que busca obter a descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 2009). A utilização deste método propicia a análise de informações sobre o comportamento humano, conferindo a verificação de hipóteses e/ou questões, e descobertas do que está por trás dos conteúdos analisados (MINAYO, 2013). Essa técnica de análise aplica a discursos diversificados e busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ela por meio de falas ou de texto (BARDIN, 2009; BARDIN, 2011).

Considerando o objeto deste estudo, a técnica de análise utilizada permitiu compreender os significados das informações e das falas e contribuiu para o alcance do objetivo proposto. Deste modo, a análise dos dados foi direcionada a partir de três etapas cronológicas propostas por Bardin (2011), a saber: pré-análise, destinada a desenvolver as operações preparatórias para análise propriamente dita, a composição do *corpus* da pesquisa; exploração do material, que consiste na transformação dos dados brutos em operações de codificação e unidades de registros, com vista a obter uma representação do conteúdo e sua expressão; e tratamento dos resultados, quando estes tornam-se significativos e válidos (BARDIN, 2011).

Tendo em vista a multiplicidade de dados coletados nesta pesquisa, o *Software ATLAS ti 7.0* foi utilizado como uma ferramenta operacional para a análise dos dados.

O ATLAS ti 7.0 é um *Software* de análise de dados qualitativos (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software – CAQDAS) e seu protótipo inicial foi desenvolvido em uma universidade na Alemanha como parte de um projeto multidisciplinar (WALTER; BACH, 2014). A sigla “ATLAS” em alemão significa Archivfuer Technik, Lebenswelt und Alltagsprache e pode ser traduzida como “arquivo para tecnologia, o mundo e a linguagem cotidiana”. A sigla “ti” advém de text interpretation, isto é, interpretação de texto

(BANDEIRA-DE-MELLO, 2006). Segundo o autor, essa ferramenta apresenta quatro princípios norteadores de análise:

- 1- Visualização: gerenciamento da complexidade do processo de análise, mantendo o contato do usuário com os dados;
- 2- Integração: a base de dados e todos os elementos construídos na análise são integrados em um único projeto, a unidade hermenêutica;
- 3- Casualidade (serendipity): promove a descoberta e os insights casualmente, isto é, sem a busca deliberada por aquilo que foi encontrado;
- 4- Exploração: a interação entre os diferentes elementos constitutivos do programa promove descoberta e insights.

Os *Softwares* de análise qualitativa vêm sendo incorporados no processo de pesquisa e possibilita ao pesquisador dedicar-se à exploração e investigação dos dados, otimizando o tempo, por dispensar tarefas manuais como, por exemplo, a seleção e marcação de blocos temáticos em entrevistas ou documentos impressos em papel (TEIXEIRA; BECKER, 2001). Segundo Teixeira e Becker (2001), a técnica de análise escolhida pelo pesquisador não muda em função do software, o que muda é a maneira como os dados são tratados e processados.

Neste sentido, o *Software* ATLAS ti 7.0 potencializa o processo de análise de conteúdo, por possibilitar a inserção de um grande volume de documentos, de diferentes naturezas e por oferecer ferramentas que otimiza o trabalho do pesquisador. Deste modo, abre-se todo um leque de possibilidades e inovações que tornam a pesquisa, a exploração, o teste de hipóteses e a análise na investigação qualitativa muito mais flexíveis e ágeis (TEIXEIRA; BECKER, 2001).

Cabe ressaltar que a utilização da ferramenta não substituiu a criatividade e o olhar sociológico do pesquisador, uma vez que a análise foi conduzida obedecendo todas as etapas da pesquisa com vista a responder o objetivo proposto (TEIXEIRA; BECKER, 2001; BRITO et al., 2016).

Na etapa da pré-análise, os materiais em formato de texto (documentos legislativos e do Ministério da Saúde que orientam o trabalho do ACS; as transcrições das entrevistas individuais com equipe da ESF e dos GF) foram reunidos e inseridos no *software* ATLAS ti 7.0, compondo uma Unidade Hermenêutica. Posteriormente iniciou-se a leitura flutuante, estabelecendo o primeiro contato com os textos, para conhecimento do material. Após o primeiro contato com este material, foi realizada a leitura exaustiva dos documentos potencializando a análise e determinando recortes textuais que foram agrupados por

semelhança, caracterizando a delimitação do material a ser utilizado na pesquisa, denominado *corpus* (BARDIN, 2011). Nesta primeira fase da análise, a utilização do *Software ATLAS ti 7.0* se delimitou ao armazenamento e organização dos documentos a Unidade Hermenêutica, otimizando tempo do pesquisador.

Na etapa da exploração do material, foi realizada a codificação, a identificação das unidades de registro e a categorização, alcançando, deste modo, a representação do conteúdo e sua expressão. O *Software ATLAS ti 7.0*, nesta fase da análise, possibilitou a utilização de ferramentas para organização dos dados. O programa armazenou os códigos criados pela pesquisadora, denominados no software de *codes*, e as unidades de registros, denominadas *quotations*. O armazenamento dos *codes* e das *quotations* permitiu uma melhor visualização do conteúdo analisado, possibilitando a reformulação dos códigos e das unidades de registro, a fim de alcançar o objetivo proposto para a pesquisa.

Ainda na exploração do material, na fase da categorização, os *codes* foram agrupados em temáticas, mediante suas características comuns ou por sua relevância, gerando o que se chama de *Family* (BRITO, et al., 2016). Na fase da categorização, que é uma forma de pensamento e reflexão da realidade de forma resumida descoberta durante a análise (BARDIN, 2011), o software viabilizou o acesso a todos os *codes*, facilitando o agrupamento dos mesmos por semelhança, formando as *Familys*.

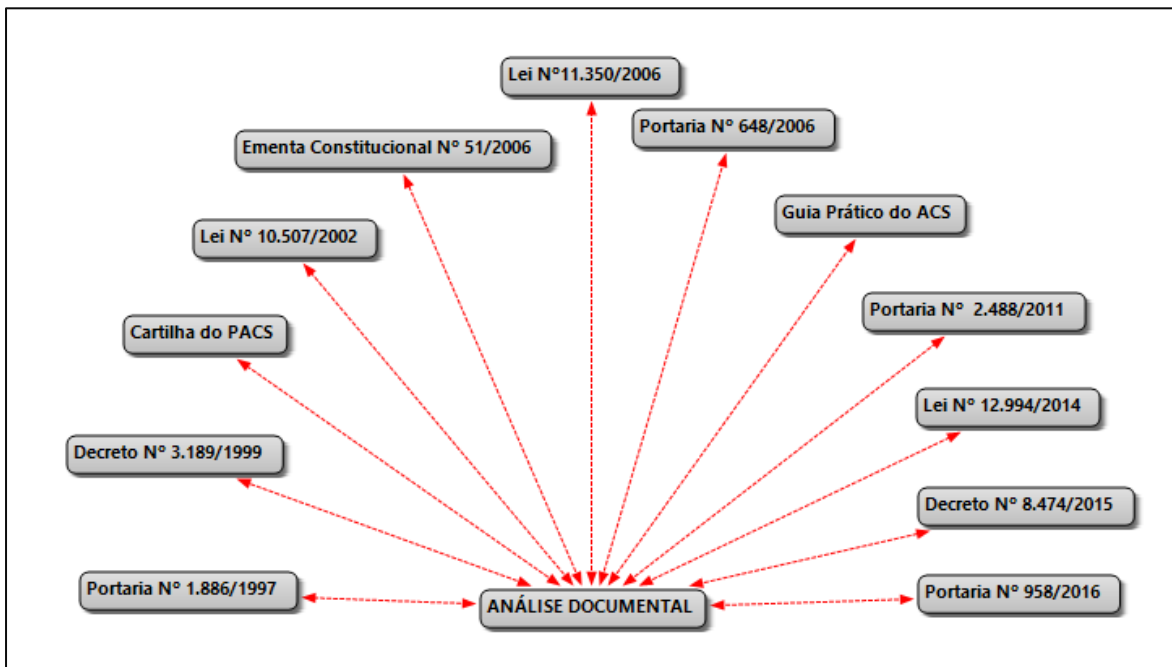
Cabe ressaltar que a regra de exclusividade proposta por Bardin (2011), ou seja, uma unidade de registro (*quotation*) não pode compor categorias distintas (*Family*), foi obedecida. Brito et al. (2016) discutem que essa é uma limitação do software nesta etapa da análise, uma vez que na operacionalização das *Family* os *codes*, que representam as *quotations*, estão disponíveis para serem utilizados, mesmo após já compor uma *Family*. Diante disso, à medida que foram surgindo novas *Family*, os *codes* já utilizados foram registrados em documento formato World para melhor organização.

Na etapa do tratamento dos dados, na qual ocorre as inferências e as interpretações (BARDIN, 2011), as *quotations* geradas e agrupadas em cada *Family*, e já gerenciadas no *Software ATLAS ti 7.0*, foram exportadas para um documento do World, otimizando a organização do conteúdo analisado. A partir das informações extraídas, foi possível ampliar o olhar para o objeto do estudo acrescentando a ele uma análise crítica sustentada por artigos científicos, livros, teses e dissertações acadêmicas.

3.6 Composição da Categoria de Análise do Trabalho Prescrito do ACS na ESF

A análise do trabalho prescrito do ACS emergiu por meio do levantamento de documentos de cunho Legislativo (Portarias, Leis, Emenda Constitucional, Decretos) e a partir da Cartilha do Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e do Guia Prático do ACS, elaborado pelo Ministério da Saúde. Os documentos selecionados para a análise foram aqueles que direcionam o trabalho do ACS a partir da institucionalização do SUS e estão descritos no Fluxograma 1.

Fluxograma 1: Documentos utilizados na análise documental

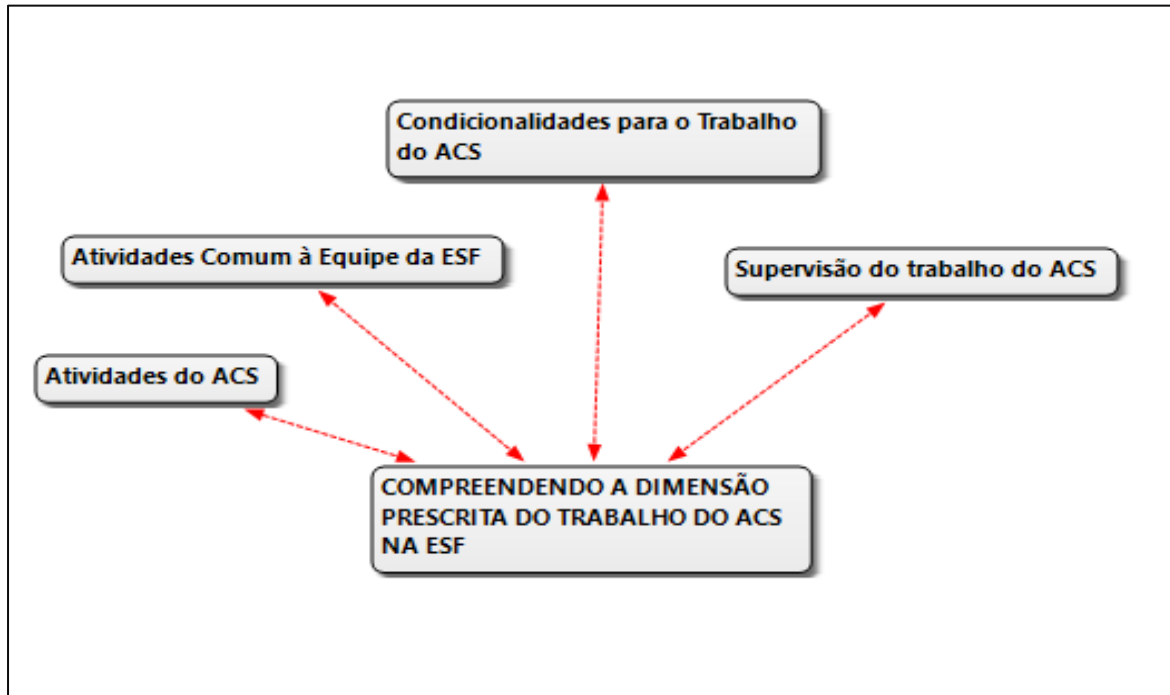


Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Mediante a análise dos documentos, foram identificados 79 *quotations* que foram detectadas a partir de 4 *codes*: Atividades do ACS, Atividades comum à equipe da ESF, Condicionabilidade do trabalho do ACS, Supervisão do trabalho do ACS. Os *codes* integraram a primeira categoria de análise deste estudo (*Family*): “Compreendendo a dimensão prescrita do trabalho ACS na ESF”.

O Fluxograma 2 apresenta a composição da Composição da Categoria de Análise do trabalho Prescrito do ACS na ESF.

Fluxograma 2: Composição da Categoria de Análise do trabalho Prescrito.



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

As informações extraídas dos documentos possibilitaram a análise do trabalho prescrito do ACS, considerando a evolução legislativa.

3.7 Composição da Categoria de Análise do Trabalho Real do ACS na ESF

A análise do trabalho real do ACS na ESF emergiu das entrevistas realizadas com a Equipe de Saúde e dos GF com os ACS. Mediante a análise das entrevistas e dos GF, foram identificados 654 *quotations*, as quais foram detectadas a partir de 8 *codes*: Atividades do ACS, O trabalho na comunidade, O trabalho na UBS, Dificuldades no trabalho, Facilidades no trabalho, Importância do trabalho na ESF, Significado do trabalho do ACS, Ser ACS na ESF.

Os *codes* integraram a segunda categoria de análise (*Family*) deste estudo: “Compreendendo a Dimensão Real do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde”.

Considerando a ótica dos diferentes atores que integraram o estudo, Equipe de Saúde da ESF e ACS, esta categoria de análise foi subdividida em duas subcategorias:

- 1- A importância do trabalho do ACS na ESF: “É essa ligação, como se o posto de saúde tivesse saído na comunidade para ver o que está acontecendo”.

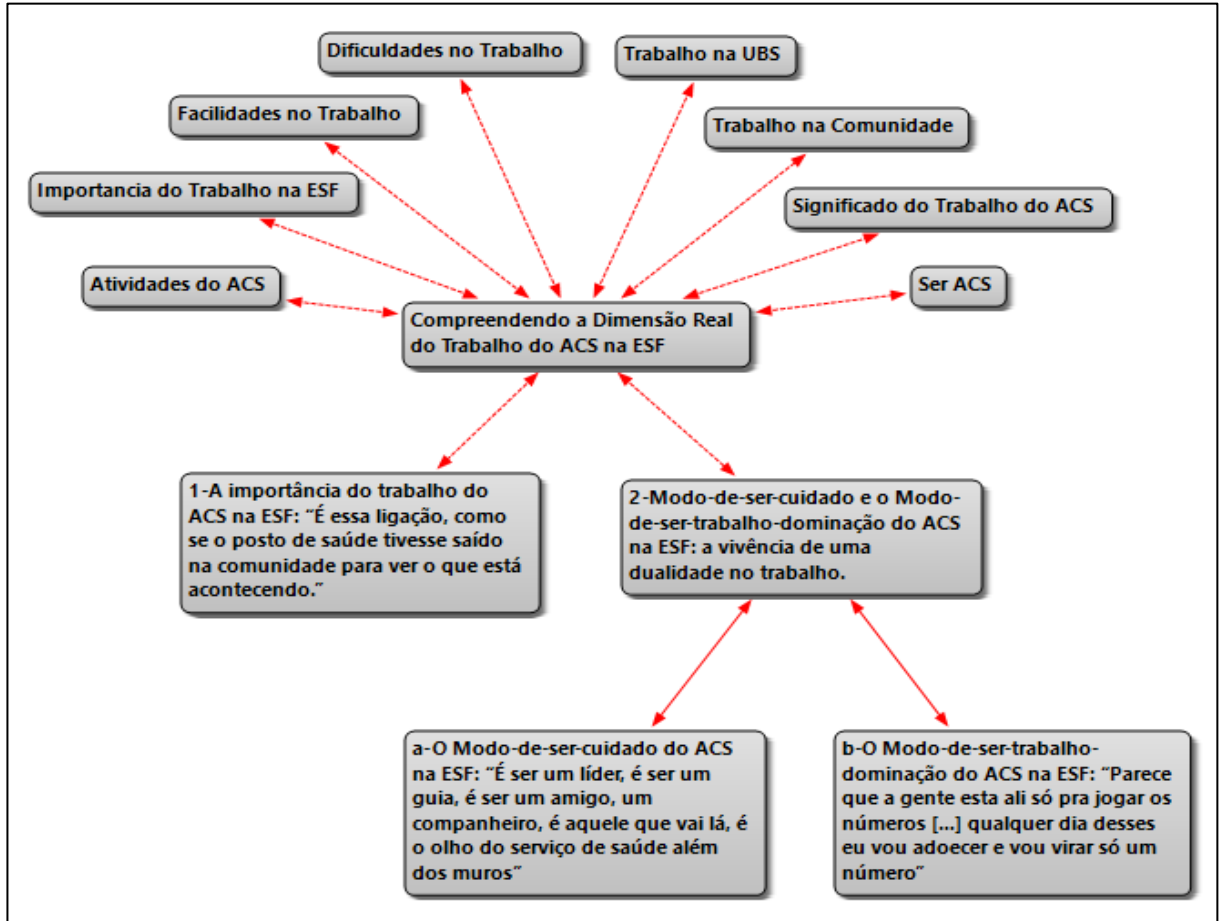
2- Modo-de-ser-cuidado e Modo-de-ser-trabalho-dominação do ACS na ESF: a vivência de uma dualidade no trabalho.

Para melhor organização dos dados, a segunda subcategoria de análise “Modo-de-ser-cuidado e o Modo-de-ser-trabalho-dominação do ACS na ESF: a vivência de uma dualidade no trabalho” foi subdividida em duas partes:

- a- Modo-de-ser-cuidado do ACS na ESF: “É ser um líder, é ser um guia, é ser um amigo, um companheiro, é aquele que vai lá, é o olho do serviço de saúde além dos muros”
- b- Modo-de-ser-trabalho-dominação do ACS na ESF: “Parece que a gente esta ali só para jogar os números [...] qualquer dia desses eu vou adoecer e vou virar só um número”

O fluxograma 3 demonstra a construção da Categoria de Análise do Trabalho Real do ACS na ESF:

Fluxograma 3: Composição da Categoria de Análise do Trabalho Real do ACS na ESF.



Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

3.8 Preceitos Éticos

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, seguindo as recomendações da Resolução 466 (BRASIL, 2012), pelo Parecer nº 49765715.8.0000.5149 juntamente com a carta de anuência assinada pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Prefeitura Belo Horizonte (APÊNDICE C).

Os participantes integrantes da pesquisa foram esclarecidos sobre o objetivo e a participação voluntária no estudo e sobre o direito de abandonar o estudo em qualquer momento, sem prejuízo ou penalidade. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. (APÊNDICE D).

Com vista a preservar o anonimato dos participantes do estudo, estes foram identificados por categorias profissionais e numerados de acordo com o número de entrevistados: Enf. 1, Enf. 2, Enf. 3...; Med. 1, Med. 2, Med. 3...; Tec. Enf. 1, Tec. Enf. 2, Tec. Enf. 3...; GF1, GF2, GF3 e assim sucessivamente.

Ressalta-se que o estudo em questão integra o projeto “Plano de Cargos Carreira e Salários para os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias”. A investigação sobre o trabalho do ACS no contexto da ESF compreende um dos objetivos específicos do estudo.



Apresentação e Discussão dos Dados

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A apresentação e discussão dos dados encontram-se organizados em três etapas: a primeira descreve o perfil dos participantes; a segunda apresenta a dimensão prescrita do trabalho do ACS na ESF, advindo da análise documental; a terceira apresenta a dimensão real do trabalho do ACS na ESF, resultante das entrevistas com a equipe de saúde da ESF e dos GF com os ACS.

4.1 Perfil dos Participantes

Este estudo foi realizado em UBS do Município de Belo Horizonte, nos nove DS. A equipe da ESF que atua no Município de Belo Horizonte nos nove DS são: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. O perfil dos participantes foi delineado por meio de um questionário estruturado. Ressalta-se que o referido questionário introduziu o roteiro semiestruturado da entrevista e do GF.

Os dados do perfil dos participantes da entrevista (médico, enfermeiro, técnico enfermagem) revelam que do total dos participantes do estudo 20 participantes são do sexo feminino e 7 do sexo masculino. A faixa etária variou entre 27 e 66 anos. O tempo de serviço foi de 1 ano e 8 meses a 40 anos.

O perfil detalhado dos participantes dessa etapa do estudo está exposto na Tabela 1.

Tabela1: Perfil dos participantes da Equipe de Saúde da ESF

VARIANTES	NÚMERO	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	20	74,08%
Masculino	7	25,92%
<i>Idade:</i>		
25-35 anos	5	18,51%
35-45 anos	11	40,75%
45-55 anos	8	29,63%
> 55 anos	3	11,11%
<i>Tempo de serviço</i>		
1-5 anos	7	25,92%
5-10 anos	9	33,33%

10- 15 anos	4	14,82%
15-20 anos	2	7,41%
> 20 anos	5	18,52%
Estado Civil		
Casado (a)	19	70,38%
Solteiro (a)	6	22,22%
Divorciado (a)	2	7,40%

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Observa-se que o perfil dos participantes da equipe de saúde da EFS foi composta predominantemente por adultos jovens, do sexo feminino e possuem mais de dez anos de tempo de trabalho na APS.

Os dados coletados do perfil dos participantes dos GF (ACS) revelam que do total do estudo, trinta e dois participantes são do sexo feminino e três do sexo masculino. A faixa etária variou de 32 a 68 anos e o tempo de serviço foi 4 à 36 anos na APS.

O Perfil detalhado dos participantes dos GF encontra-se detalhado na Tabela 2.

Tabela 2: Perfil dos participantes dos GF

VARIANTE	NUMERO	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	32	91,42%
Masculino	3	8,58%
<i>Idade</i>		
30-40 anos	7	20%
40-50 anos	11	31,43%
50-60 anos	14	40%
> 60 anos	3	8,57
<i>Tempo de Serviço</i>		
5-10 anos	4	11,42%
10-15 anos	7	20%
15-20 anos	10	28,58%
20-30 anos	12	34,29%
> 30 anos	2	5,71%

Fonte: Elaborado para fins deste estudo

Observa-se que o perfil dos participantes ACS foi composta predominantemente por adulto, do sexo feminino e possuem mais de quinze anos de tempo de trabalho na APS.

4.2 Compreendendo o Trabalho Prescrito do Agente Comunitário de Saúde

O trabalho do ACS começou a ser discutido no Brasil em 1990, com a criação do PNACS, posteriormente denominado PACS (BARROS et. al., 2010). O referido programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças, por meio de orientações e informações de cuidados de saúde e, apresentava como objetivo primário, reduzir os índices de morbimortalidade infantil e materna, inicialmente no Nordeste do Brasil (BRASIL, 2001; BARROS et. al. 2010). Em dezembro de 1997, o programa foi instituído e regulamentado pela Portaria 1.886, que aprovou as normas e diretrizes do PACS e do PSF.

O PACS passou a ser reconhecido pelo Ministério da Saúde como importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS, por meio da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 1997). A Portaria 1.886/1997 apresenta as diretrizes operacionais do PACS, e descreve as atribuições do ACS no território de atuação, expostas no Quadro 1.

Quadro 1: Atribuições do ACS descrita na Portaria 1.886/97

ATRIBUIÇÕES BÁSICAS DO ACS - PORTARIA 1.886/1997
<ul style="list-style-type: none"> • Realização do cadastramento das famílias; • Participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do perfil sócio econômico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência; • Realização do acompanhamento das micro áreas de risco; • Realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial; • Atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias; • Execução da vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco; • Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos; • Promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao

serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso;

- Promoção do aleitamento materno exclusivo;
- Monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral;
- Monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência;
- Monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças;
- Orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;
- Identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;
- Realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação;
- Seguimento do pré-natal; sinais e sintomas de risco na gestação; nutrição;
- Incentivo e preparo para o aleitamento materno; preparo para o parto;
- Atenção e cuidados ao recém-nascido e cuidados no puerpério;
- Monitoramento dos recém-nascidos e das puérperas;
- Realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de saúde de referência;
- Realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar;
- Realização de ações educativas referentes ao climatério;
- Realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
- Realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil;
- Busca ativa das doenças infectocontagiosas;
- Apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória;
- Supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;
- Realização de atividades de prevenção e promoção de saúde do idoso;

- Identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;
- Incentivo a comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psicofísica;
- Orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas;
- Realização de ações educativas para preservação do meio ambiente;
- Realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos;
- Estimulação da participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade;
- Outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.

Fonte: Portaria 1.886/1997

As atribuições do ACS, na instituição do PACS, abrangem características estabelecidas no início do trabalho deste agente. O trabalho deste agente iniciou-se no final da década de 80, no estado do Ceará, quando instaurado um programa emergencial para atender vítimas da seca. Neste período, o trabalho do ACS alcançou resultados expressivos na redução da morbimortalidade infantil com por meio da realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e seus agravos dirigidos à população materno-infantil. As ações desenvolvidas integravam a promoção ao aleitamento materno, a terapia de reidratação oral e de vacinação (REIS; BORGES, 2016).

Posteriormente, em 1994, com a instituição do PSF, o trabalho do ACS foi sofrendo modificações, com o intuito de responder as demandas de saúde da população e o escopo das atribuições desse agente ganhou novas dimensões, a fim de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997). O PSF, diferente do PACS, não se restringia a uma estratégia para atenção da mulher e criança. O programa propunha o trabalho centrado no princípio da vigilância à saúde com atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1997).

As atividades desenvolvidas pelo ACS, segundo a Portaria 1.886/97 eram realizadas exclusivamente na comunidade, sendo vedada ao ACS desenvolvimento de atividades e serviços internos das unidades básicas de sua referência, sendo este agente responsável pelo

acompanhamento de 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 1997). A Portaria 1.886/97 descreve que as atividades do ACS deveriam ser planejadas, coordenadas, supervisionadas e avaliadas pelo enfermeiro instrutor/supervisor. Ademais, o enfermeiro era responsável por planejar e coordenar a capacitação e a educação permanente dos ACS, executando-as com participação dos demais membros da equipe do serviço local de saúde (BRASIL, 1997).

Posteriormente ao surgimento da Portaria 1.886/97, foram editadas as primeiras diretrizes das atividades do ACS, fixadas no Decreto 3.189, em outubro de 1999. O documento descrevia que no PACS, cabia ao ACS “desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente” (BRASIL, 1999). O documento considerava as seguintes atividades no seu escopo de atuação, descritas no Quadro 2:

Quadro 2: Atividades do ACS prescritas pelo decreto 3.198 de outubro de 1999.

ATIVIDADES DO ACS PRESCRITAS PELO DECRETO 3.198/99
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação; • Executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva; • Registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; • Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; • Realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; • Participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida; • Desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde.

Fonte: Decreto n.º 3.189, de 4 de outubro de 1999.

As atividades descritas no Decreto n.º 3.189/1999, compreendem o controle e monitoramento da saúde da população. Inicialmente, o controle é efetivado por meio do diagnóstico populacional, sendo este, um método capaz de identificar as características

populacionais e demográficas, captando as particularidades existentes em determinados grupos sociais (MAGALHÃES et al., 2015).

O trabalho do ACS no PACS apresenta-se como uma forma de intervenção que tem por finalidade não “esperar” a demanda “chegar” para intervir e sim agir de maneira preventiva (ALVES; SANTOS, 2007; MACHADO et al, 2015). Diante disso, o monitoramento da família por meio das visitas domiciliares é considerado uma importante estratégia de Vigilância em Saúde da população.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais. É considerado o referencial para mudanças no modelo de atenção. A Vigilância em Saúde proporciona o desenvolvimento de habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar ações programadas e de atenção a demanda espontânea, que garantam o acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde. Neste contexto, há uma mudança na qualidade de vida daquela comunidade e um impacto gradativo sobre os principais indicadores de saúde desta população (BRASIL, 2008).

O ACS, ao acompanhar no território as famílias identifica as necessidades de saúde daquela população em articulação com suas condições sociais, culturas e subjetivas, proporcionando uma visão ampla do processo saúde-doença (IMBRIZI et. al. 2012).

No mesmo ano do Decreto nº 3.189/1999, o MS publicou a cartilha do PACS. Este documento descreve de maneira mais detalhada o desenvolvimento das atividades do ACS no PACS, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3: Atividades prescritas na cartilha do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde em janeiro de 2001

ATIVIDADES PRESCRITAS NA CARTILHA DO PROGRAMA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – PACS/2001
<ul style="list-style-type: none"> • Visitar no mínimo uma vez por mês cada família da comunidade; • Identificar situações de risco e encaminhar a setores responsáveis; • Pesar e medir mensalmente as crianças menores de dois anos e registrar a informação no cartão da criança;

- Incentivar o aleitamento materno;
- Acompanhar a vacina periódica das crianças por meio do cartão de vacinação e de gestante;
- Orientar a família sobre o uso de soro de reidratação oral para prevenir diarreias e desidratação em crianças;
- Identificar as crianças e encaminha-las ao pré-natal;
- Orientar sobre os métodos de planejamento familiar
- Orientar sobre a prevenção de AIDS;
- Orientar a família sobre prevenção e cuidados em situações de endemias;
- Monitorar dermatose e parasitoses em crianças;
- Realizar ações educativas para prevenção do câncer cérvico uterino e de mama.
- Realizar ações educativas referentes ao climatério;
- Realizar ações de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
- Realizar atividades de educação na saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil;
- Supervisionar eventuais componentes na família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;
- Realizar atividades de promoção e prevenção da saúde do idoso;
- Identificar portadores de deficiência psicofísico com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio.

Fonte: Cartilha do Programa dos Agentes comunitários de Saúde – PACS/2001

O trabalho do ACS é realizado junto à comunidade, tendo como ponto de partida o cadastro das famílias e o diagnóstico sócio demográfico territorial. Na etapa do cadastramento, as ações do ACS perpassam por registrar, na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), as informações sobre os membros da família, considerando as variáveis que influenciam na qualidade de saúde dos indivíduos, como as condições de moradia e de saúde (BRASIL, 2001).

No território, o ACS, ao realizar a vista domiciliar, tem como atribuição mapear a área de atuação, isto é, identificar a localização das residências, as áreas de risco, os pontos de referência na comunidade como igrejas, escolas, dispositivos sociais, com o objetivo de

planejar o desenvolvimento de suas ações de trabalho de maneira coletiva e intersetorial (BRASIL, 2001).

O território é lugar de construção; espaço das sociabilidades cotidianas dos usuários. Fazer parte deste espaço é fator determinante na construção das identidades dos habitantes, como um grupo específico que define suas necessidades básicas. Dentre as necessidades básicas, a saúde é considerada essencial, tendo em vista sua permeabilidade e influência, não só no perfil sociodemográfico populacional, mas, sobretudo, no potencial de desenvolvimento societário (JUNGES; BARBIANI, 2013). Segundo estes autores, o território, socialmente configurado, determina a situação sanitária da população, surgindo deste modo, as redes sociais de apoio, recursos e ferramentas, a fim de suprir as necessidades da população. Assim, o reconhecimento e o diagnóstico do território e comunidade são fundamentais para o planejamento das ações a serem desenvolvidas de maneira intersetorial, potencializando os dispositivos existentes neste território.

A continuidade do trabalho do ACS efetua-se por meio das visitas domiciliares, que devem ser realizadas mensalmente, junto às famílias sob sua responsabilidade. As visitas domiciliares podem variar de acordo com as condições de saúde de seus habitantes e da existência de crianças e gestantes, as quais recebem atenção especial por comporem grupos prioritários (BRASIL, 2001). A visita domiciliar é considerada uma das principais atividades do ACS (BRASIL, 2001). É por meio desta que o ACS estabelece vínculo com as famílias, conhece o contexto de vida das mesmas, se aproxima dos determinantes sociais, do processo saúde doença e reconhece as necessidades das famílias (BARBOSA et al, 2015; KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Mediante as atividades elencadas no PACS, identifica-se que o trabalho do ACS é demarcado por grupos prioritários que são considerados grupos de risco, sendo esses: crianças, adolescentes, gestantes, puérperas, idosos, portadores de deficiência e pessoas que possuem doenças crônicas (BRASIL, 2001). Para Cesar (1998), a estratégia de risco baseia-se em dois fatos fundamentais:

O primeiro é a constatação de que há uma distribuição desigual dos 'danos' à saúde entre os diversos grupos populacionais, como decorrência de que alguns indivíduos apresentam características próprias ou estão sujeitos a determinadas circunstâncias, as quais fazem com que a probabilidade de ocorrência de um dano à saúde seja maior do que para outros indivíduos sem as mesmas características, ou não expostos às circunstâncias (fatores de risco). O segundo fato importante é que esses fatores de risco são observáveis ou identificáveis antes do evento a que estão associados (CESAR, 1998 p. 81).

Segundo o autor, a estratégia de risco abre uma ampla possibilidade operacional, por meio da previsão de aparecimento do dano, tendo neste sentido, uma finalidade preventiva. Ademais, é possível identificar os grupos de risco que devem ser objeto de atenção especial por parte do serviço de saúde (CESAR, 1998). Assim, a estratégia de risco possibilita uma análise face às prioridades do território de atuação, fornecendo sustentação no direcionamento do trabalho do ACS.

O monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas pelo ACS no PACS, se dá por meio da alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que contempla os dados cadastrais do ACS e das famílias acompanhadas pelo PACS. Ressalta-se que o trabalho do ACS no PACS é acompanhado e orientado pelo enfermeiro alocado na unidade de saúde, na qual atua como instrutor-supervisor (BRASIL, 2001).

Considerando a importância do trabalho do ACS no controle e na prevenção de doenças que podem acometer à comunidade, em janeiro de 2002, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 44, na qual o ACS passou também a desenvolver atividades de ações epidemiológicas e de controle da malária e da dengue, por meio de orientações das famílias e da comunidade, descritas no Quadro 4.

Quadro 4: Atribuições do ACS no controle da Malária prescrito pela Portaria nº 44 de janeiro de 2002.

ATRIBUIÇÕES DO ACS NO CONTROLE DA MALÁRIA - PORTARIA Nº44/2002

- Atividades em zona urbana:
- Realizar ações de educação em saúde e de mobilização social; Orientar o uso de medidas de proteção individual e coletiva;
- Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;
- Identificar sintomas da malária e encaminhar o paciente à unidade de saúde para diagnóstico e tratamento;
- Promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento, ressaltando a importância de sua conclusão;
- Investigar a existência de casos na comunidade, a partir de sintomático;
- Preencher e encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde a ficha de notificação dos casos ocorridos.
- Atividades em área rural, além das atribuições relacionadas na zona urbana:

- Proceder à aplicação de imunotestes, conforme orientação da coordenação municipal do Pacs e PSF;
- Coletar lâminas de sintomáticos e enviá-las para leitura ao profissional responsável e, quando não for possível esta coleta de lâmina, encaminhar as pessoas para a unidade de referência;
- Receber o resultado dos exames e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde da Fundação Nacional de Saúde;
- Coletar lâmina para verificação de cura, após conclusão do tratamento, e encaminhá-la para leitura, de acordo com a estratégia local;

ATRIBUIÇÕES DO ACS NO CONTROLE DA DENGUE - PORTARIA Nº44/2002

- Atuar junto aos domicílios informando os seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – e o agente transmissor;
- Informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue na casa ou redondezas;
- Vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquito transmissor da dengue;
- Orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para formação de criadouros do *Aedes aegypti*;
- Promover reuniões com a comunidade para mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue;
- Comunicar ao instrutor supervisor do PACS/PSF a existência de criadouros de larvas e ou mosquitos transmissor da dengue, que dependam de tratamento químico, da interveniência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;
- Encaminhar os casos suspeitos de dengue à unidade de saúde mais próxima, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: Portaria nº 44/2002.

Por meio da Portaria nº44/2002, o trabalho do ACS alcançou outra dimensão: o controle epidemiológico de doenças endêmicas. O ACS, neste contexto, começou a exercer controle no ambiente do usuário, por meio de ações educativas e mobilização social para que as referidas doenças não acometam a população. Ademais, o ACS passa a identificar e a informar aos usuários sobre os sintomas das doenças e, caso haja identificação, o ACS é

responsável por encaminhar o usuário para o tratamento, enfatizando a importância de sua conclusão (BRASIL, 2002).

As mudanças nos perfis epidemiológicos das populações ao longo dos anos tem suscitado discussão para a incorporação das doenças não transmissíveis e de seus agravos ao escopo das atividades da vigilância epidemiológica. Neste contexto, identifica-se a necessidade de ampliar as estratégias de atuação no campo do surgimento das doenças endêmicas por meio de desenvolvimento de ações de prevenção e controle dessas doenças, como uma maneira a alcançar respostas efetivas às emergências epidemiológicas (BRASIL, 2008). Diante disso, o trabalho do ACS é reconhecido como uma importante estratégia de vigilância epidemiológica, uma vez que este agente encontra-se próximo da população e é capaz de promover ações de saúde e de prevenção das doenças e de seus agravos.

Dada a importância das atividades do ACS no PACS e em decorrência de seu papel estratégico no fortalecimento da Atenção Básica, como política pública para a saúde, em junho de 2002, foi instituído a profissão ACS. A profissão desse agente foi estabelecida na Lei nº 10.507, na qual as descrições das atividades profissionais do ACS foram mantidas, acrescentando as especificidades de ser desenvolvida em conformidade às diretrizes do SUS, sob supervisão do gestor local e exclusivo do âmbito do SUS (BRASIL 2002).

Em fevereiro de 2006, a profissão do ACS foi introduzida na Constituição Federal, por meio da Emenda Constitucional nº51. Este documento acrescentou no Art. nº 198 o parágrafo 4º, 5º e 6º, os quais discutem a admissão dos ACS por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para a sua atuação; o regime jurídico e a regulamentação de suas atividades; e, por fim, dispõe que o servidor que exercer função equivalente ao ACS, poderá perder o cargo, no caso de descumprimento dos requisitos específicos e fixados em lei, para o exercício da sua profissão (BRASIL, 2006).

No mesmo ano da instituição da Emenda Constitucional nº 51, em março de 2006, criou-se a Portaria 648, que revoga a Portaria 1.886/97 e aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. A portaria estabeleceu o ACS como componente da equipe mínima do PSF, sendo essa composta por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou um técnico de enfermagem e ACS. A partir da portaria 648/2006, o trabalho do ACS ganha uma dimensão de atividades compartilhadas entre a equipe de saúde, ou seja, atividades comuns a todos os membros da equipe do PSF descritas no Quadro 5.

Quadro 5: Atribuições compartilhadas entre a equipe do PSF prescrito pela Portaria 648 de março de 2006.

ATRIBUIÇÕES COMPARTILHADAS ENTRE A EQUIPE DE PSF -PORTARIA 648/2006
<ul style="list-style-type: none"> • Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; • Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; • Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; • Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; • Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; • Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; • Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; • Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; • Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS; • Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; • Participar das atividades de educação permanente; • Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Fonte: Portaria 648/2006.

O trabalho do ACS passou a ser incorporado ao PSF, no qual algumas atividades, que anteriormente eram executadas exclusivamente por esse agente ou pelos demais membros da equipe de saúde, passam a ser compartilhados entre os ACS, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem. Para Viegas e Penna (2013) o trabalho em equipe representa um dos principais pilares para uma assistência integral na saúde. Essa abordagem pode ser potencializada pela soma de olhar dos distintos profissionais que compõe as equipes da ESF favorecendo uma ação interdisciplinar (VIEGAS; PENNA, 2013). Esta multidisciplinaridade da equipe propõe ações e práticas que extrapolam a assistência centrada no âmbito clínico, permitindo a integração de diferentes percepções e saberes das diversas profissões, ampliando o objeto de trabalho (BRASIL, 2015).

Além das atribuições comuns à equipe do PSF, a Portaria 648/2006 descreve as atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais. As atribuições do ACS no PACS e no PSF estão descritas no Quadro 6.

Quadro 6: Atribuições do ACS no PACS e no PSF prescritos na Portaria 648 de março de 2006.

ATRIBUIÇÃO DO ACS NO PACS E NO PSF - PORTARIA 648/2006
<ul style="list-style-type: none"> • 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; • Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; • Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; • Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; • Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; • Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;
- Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Fonte: Portaria 648/2006.

Na Portaria 648/2006 são descritas as atividades de prevenção e promoção à saúde a serem desenvolvida pelo ACS na comunidade e inclui as atribuições descritas na Portaria 44/2002, que discute a prevenção e o controle da malária e da dengue. Entretanto, o trabalho do ACS, anteriormente desenvolvido de maneira isolada, passa a ser desenvolvido junto a equipe do PSF, somando-se a sua responsabilidade, o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS. Assim o ACS passou a ser o agente de vinculação entre a equipe do PSF e a comunidade, sob sua responsabilidade.

O vínculo proporcionado pelo ACS da equipe de saúde com a comunidade é facilitado pela atuação do ACS frente às problemáticas comuns vivenciadas pela população. O ACS, por ser morador da área em que trabalha, é capaz de trazer informações à equipe, identificando particularidades do contexto em que vivem as famílias, fazendo-se imprescindíveis para a atuação da equipe, e ajudando os profissionais a compreenderem fatores desencadeadores dos problemas de saúde da população (LANZONI; CECHINEL; MEIRELLES, 2014).

Contribuindo para a legitimação do trabalho do ACS, em outubro de 2006, instituiu-se a Lei 11.350, na qual foi revogada a Lei nº 10.507/2002 e, as atividades do ACS passaram a reger-se por meio desta. O exercício das atividades do ACS, segundo o documento, continua sendo desenvolvido no âmbito exclusivo do SUS. O ACS continuou a ter como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS. No entanto, a supervisão do trabalho do ACS que antes ficava sob responsabilidade do gestor local, passou a ser da responsabilidade do gestor municipal distrital, estadual ou federal. As atividades que os ACS devem exercer na área sob sua responsabilidade estão descritas no documento, de acordo com o Quadro 7.

Quadro 7: Atividades do ACS prescritas pela Lei 11.350 de Outubro de 2006.

ATIVIDADES DO ACS - LEI 11.350

- Utilizar de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- Promover ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- Registrar, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- Estimular à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- Realizar de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- Participar em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Fonte: Lei 11.350/2006

Nas atividades prescritas na Lei 11.350 não houve modificações. No entanto, a Lei dispõe que a jornada de trabalho de 40 horas deva ser dedicada exclusivamente para ações e serviços de promoção da saúde, em prol das famílias e comunidades assistidas nos respectivos territórios de atuação. Ademais, os requisitos mínimos para atuar como ACS foram também mantidos (BRASIL, 2006).

Com a finalidade de subsidiar o desenvolvimento do trabalho do ACS, o Departamento de Atenção Básica publicou o Guia Prático do ACS com informações atualizadas, sobre aos temas mais frequentes no seu cotidiano de trabalho.

O trabalho prescrito do ACS foi direcionado pelas informações contidas no documento e perpassou por ações centradas no cuidado com a família, com a saúde da criança e do adolescente, com a saúde do adulto, com a saúde de portadores de sofrimento mental, na atenção a pessoas com deficiência, pessoas acamadas e violência familiar e, por fim, o trabalho centrado no cuidado com doenças transmitidas por vetores (BRASIL, 2009).

O trabalho a ser desenvolvido pelo ACS foi direcionado pelas especificidades de cada grupo referido no documento. Neste contexto, o trabalho prescrito do ACS foi identificado por meio das ações programadas para cada um desses grupos, exposta no Quadro 8.

Quadro 8: Atividades do ACS prescritas no Guia Prático do ACS/2009

ATIVIDADES DO ACS - GUIA PRÁTICO DO ACS/2009**1. Cuidado com a família:**

- Realizar o diagnóstico familiar por meio da identificação das potencialidades e fragilidades das relações familiares;
- Garantir que as pessoas possuam documentos que garantam os direitos de cidadão.

2. Cuidado com a saúde da criança:

- Verificar os dados do nascimento na caderneta da criança;
- Verificação da realização do teste do pezinho;
- Verificação da administração das primeiras vacinas do calendário vacinal;
- Verificar e orientar na identificação dos sinais fisiológicas do recém-nascido;
- Orientar a respeito do cuidado com o coito umbilical;
- Orientar sobre a presença de sinais comuns no corpo do recém-nascido (pele, cabeça, tórax, abdome e genitália),
- Orientar a respeito da regurgitação, soluço, espirros, presença de assaduras, a higiene do corpo, higiene bucal, frequência das trocas de fralda;
- Orientar a respeito da alimentação por meio da amamentação exclusiva ou de outra maneira, identificando problema e dificuldade em relação ao aleitamento;
- Orientar sobre o sono e o choro do recém-nascido
- Orientar sobre o agendamento de consultas na UBS.
- Verificar o calendário de vacina da criança, checando se as vacinas estão em dia;
- Verificar o crescimento e desenvolvimento da criança de acordo com os parâmetros da caderneta da criança.
- Orientar sobre sobrepeso, obesidade na infância;
- Orientado sobre a importância de praticar atividades físicas;
- Orientar sobre o consumo de alimentos saudáveis através dos diferentes grupos de alimentos (leguminosos, cereais, proteínas e carboidratos) e evitar certos tipos de alimento.
- Orientar sobre os fatores genéticos que podem influenciar no ganho de peso da criança.
- Orientar sobre a prevenção de doenças diarreica aguda e seus agravos, abordando a identificação dos sinais clínicos da doença, o tratamento e a alimentação a ser

consumida durante o quadro agudo da doença.

- Desenvolver atividades de prevenção e controle da doença em locais que possuem maior incidência da doença, por meio de orientações de cuidado com a água, destino adequado do lixo, higiene no preparo de alimentos, ações de controle de animais que podem contaminar os alimentos como moscas, formigas, baratas a família.
- Promover ações de saúde em escolas, creches, hospitais, penitenciários para o desenvolvimento de orientações e m campanhas específicas.
- Observar sinais de risco de acidentes no domicílio orientando a família da criança sobre a importância de manter o ambiente seguro, evitando acesso a objetos considerados perigosos e que as colocam em risco a vida.
- Orientar sobre situações de acidentes em que a família deve procurar um serviço de saúde mais próximo.
- Identificar sinais de violência na infância;
- Verificar se a família está inscrita no Programa Bolsa-Família ou tem os requisitos para fazer parte do programa.

3. Cuidado com a saúde do adolescente:

- Identificar os adolescentes que residem na área de responsabilidade;
- Identificar sinais de alerta que podem trazer risco para saúde do adolescente;
- Estabelecer uma relação de vínculo e confiança com o adolescente;
- Escutar o adolescente sempre que necessário;
- Orientar sobre os serviços de saúde disponíveis e a importância de procurar esses serviços sempre que necessário;
- Orientar o adolescente sobre o esquema vacinal;
- Orientar sobre a sexualidade abordando o comportamento de risco, as doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, planejamento reprodutivo, anticoncepção e gravidez na adolescência;
- Orientar sobre o perigo do uso de álcool, cigarro e outras drogas;
- Orientar sobre a importância da educação;
- Orientar sobre a prevenção de acidentes de trânsito;
- Orientar sobre a importância da atividade física e a manutenção de hábitos saudáveis ficando atento para sinais de transtornos alimentares e estado nutricional de risco.

- Orientar sobre a saúde bucal abordando a importância de manter da higiene bucal, as alterações bucais mais frequentes na adolescência e a importância de visitar regularmente o dentista;

4. Cuidado com a saúde do adulto:

- Orientar quanto a quantidade de refeição a ser realizada por dia incluído a ela alimentos saudáveis nas refeições como frutas, verduras, cereais, carnes magras etc.
- Orientar sobre a importância de diminuir o sal e o açúcar na alimentação e o consumo de alimentos industrializado, enfatizando a importância da leitura do rótulo do alimento na hora da compra; o consumo adequado de água por dia e a importância de ingerir a quantidade certa;
- Orientar sobre a importância da atividade física, de evitar consumo de álcool e tabaco e a manutenção do peso dentro dos limites saudáveis por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal.
- Caso o ACS identifique alguma pessoa da comunidade com algum distúrbio alimentar, deve incentiva-lo o a buscar o serviço de saúde.

4.1 Hipertensão

- Estimular a adoção de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física;
- Orientar quando a redução do consumo de bebidas alcoólicas ou a suspensão do mesmo;
- Orientar quanto a importância de verificar a Pressão Arterial regularmente; e orientar quanto ao agendamento de consultas na UBS.
- Identificar os hipertensos de sua área de atuação preenchendo a ficha correspondente no SIAB;
- Verificar o comparecimento nas consultas agendadas na UBS;
- Realizar busca ativa dos faltosos; perguntar as pessoas que possuem o diagnóstico da doença e que tenha medicamentos prescritos sobre a utilização correta e regular do medicamento;
- Identificar se há dificuldade na utilização do medicamento e avisar quem são as pessoas e planejar ações de enfrentamento;
- Estimular o desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida como alimentação saudável com baixo teor de sal, prática de atividade física, controle do peso redução ou

suspensão do consumo de bebidas alcoólicas;

- Orientar sobre a importância da adesão do tratamento e seguir as orientações oferecidas pela equipe de saúde; estimular a participação em grupos de autoajuda;
- Orientar sobre a importância de fazer o acompanhamento da pressão arterial conforme a orientação da equipe de saúde.

4.2 Diabetes:

- Identificar na área de atuação membros da comunidade com maior risco para diabetes,
- Orientando-os a procurar a UBS para avaliação da equipe de saúde; estimular a adoção de hábitos saudáveis como alimentação saudável, redução ou abandono de bebidas alcoólicas e a prática de atividade física;
- Orientar sobre medidas de prevenção da doença; estimular as pessoas a buscarem a UBS para orientações médicas e/ou da enfermeira.
- Identificar as pessoas com diabetes de sua área de atuação e preencher a ficha B-DM do SIAB;
- Verificar o comparecimento às consultas agendadas na UBS;
- Realizar busca ativa dos faltosos; perguntar, sempre, à pessoa com diabetes e quando prescritos se ela está tomando com regularidade os medicamentos;
- Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável: se está cumprindo as orientações de dieta, atividade física, controle de peso, se reduziu ou parou de fumar e de consumir bebidas alcoólicas; estimular a adoção de hábitos alimentares saudáveis baseados no consumo de frutas, verduras, derivados de leite desnatado; orientar a redução do consumo de bebidas alcoólicas ou seu abandono;
- Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento e seguir as orientações da equipe de saúde;
- Estimular a realização de atividades físicas regulares; estimular a organização de grupos de ajuda mútua, como grupos de caminhada, de estímulo à alimentação saudável, entre outros; estimular a participação em grupos de orientação;
- Fazer acompanhamento da glicemia conforme orientação da equipe de saúde;
- Orientar para escovar corretamente os dentes após as refeições – o diabetes mal controlado facilita a inflamação das gengivas, podendo prejudicar a saúde bucal;
- Orientar para ter o cuidado corporal redobrado, especialmente com os pés – examinar

os pés diariamente – e, constatando qualquer alteração, comunicar a equipe de saúde.

4.3 Tuberculose

- Identificar os sintomáticos respiratórios (pessoas apresentando tosse com expectoração há pelo menos três semanas) nos domicílios e na comunidade; encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe de Saúde da Família ou à UBS;
- Orientar e encaminhar os comunicantes (pessoa que tem contato com o doente) à UBS para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário; orientar a coleta do escarro, quando solicitado pela UBS;
- Orientar para consumir alimentos saudáveis, estimular o consumo de líquidos e manter o ambiente limpo e arejado;
- Verificar, na Caderneta de Saúde da Criança, a sua situação vacinal: se faltoso, encaminhar à UBS/SF;
- Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança. Caso não exista e não haja comprovante na Caderneta, encaminhar a criança para vacinação.
- Supervisionar a tomada da medicação, conforme planejamento da equipe e as recomendações do Ministério da Saúde (pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses, e duas observações por semana, até o seu final);
- Realizar busca ativa de faltosos e aqueles que abandonaram o tratamento; realizar ações educativas junto à comunidade;
- Orientar que os medicamentos precisam ser tomados juntos para que façam o efeito desejado, por isso, deve informar para que a pessoa não estranhe a quantidade de medicamentos;
- Orientar quanto a tomar os medicamentos preferencialmente em jejum; informar algumas vezes que os medicamentos podem causar reações ruins ou efeitos colaterais, e se caso ocorra deve procurar imediatamente a UBS;
- Comunicar a situação à UBS e, ainda, verificar o seu comparecimento e aumentar o número de visitas domiciliares à família e ao doente;
- Orientar mulheres em idade fértil que estão em tratamento para tuberculose que esses medicamentos interferem na ação dos contraceptivos orais (pílulas) e que elas devem buscar novas orientações sobre anticoncepção com a equipe de saúde;
- Nas visitas domiciliares, atender os usuários em ambientes arejados (com ventilação de ar) e de preferência com luz solar (varandas, perto de janelas);

- Orientar sobre a importância da continuidade do tratamento até a alta e seguir as orientações da equipe de saúde; orientar a coleta do escarro, quando solicitado pela UBS;
- Orientar para consumir alimentos saudáveis, estimular o consumo de líquidos e manter o ambiente limpo e arejado; reforçar com os familiares a importância de procurar o serviço de saúde para avaliar a sua situação de saúde;
- Orientar e estimular a pessoa com tuberculose para deixar de fumar e procurar a Unidade Básica de Saúde, para busca de apoio nesse sentido;
- Preencher a ficha B-TB do SIAB, mantendo-a atualizada.

4.4 Hanseníase

- Detectar em sua área de atuação pessoas com sinais e sintomas compatíveis com hanseníase e orientá-las a procurar a UBS;
- Orientar a buscar atendimento na UBS quando alguma pessoa se queixar de manchas sem sensibilidade local ou locais sem manchas, mas sem sensibilidade local;
- Encaminhar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos (contatos intradomiciliares) para avaliação na UBS e estimulá-la a realizar o autoexame, mesmo depois da avaliação, de acordo com a orientação da equipe;
- Verificar a presença de cicatriz da BCG no braço direito do contato intradomiciliar. Caso exista uma ou nenhuma cicatriz vacinal e não haja comprovação na caderneta de vacina, orientar a procurar a Unidade Básica de Saúde para orientação, pois as situações devem ser avaliadas caso a caso;
- Realizar busca ativa dos contatos faltosos;
- Desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo a comunidade e equipamentos sociais (escolas, conselhos de saúde, associações de moradores etc.), abordando a importância do autoexame, o controle da hanseníase e o combate ao preconceito.
- Realizar busca ativa de faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento;
- Supervisionar o uso dos medicamentos, quando indicado e conforme planejamento da equipe;
- Orientar sobre a importância do tratamento correto;
- Nas visitas domiciliares, atender os usuários em ambientes arejados

- (com ventilação de ar);
- Compartilhar com a equipe informações colhidas durante a visita domiciliar;
- Preencher a ficha B-HAN do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), mantendo-a atualizada;
- Orientar sobre os cuidados que a pessoa com hanseníase pode ter (autocuidado), para evitar complicações.

4.5 Doenças Sexualmente Transmissíveis

- Orientar as pessoas com DST para não se automedicar; não interromper o tratamento prescrito pelo médico; se não for possível evitar as relações sexuais, utilizar a camisinha; procurar conversar com o(a) companheiro(a) ou parceiro(a) sexual sobre a situação e levá-lo(a) até uma UBS.
- Orientar que os soropositivos podem viver normalmente, mantendo as mesmas atividades físicas, profissionais e sociais de antes do diagnóstico, contanto que sejam seguidas as recomendações da equipe de saúde;
- Orientar sobre o uso do preservativo em todas as relações sexuais, mesmo naquelas onde ambos os parceiros estejam infectados, pois existe mais de um tipo de vírus do HIV e durante a relação sem preservativo ocorre a contaminação por outros vírus, dificultando o tratamento pela resistência que pode ser adquirida aos medicamentos;
- Não se devem compartilhar agulhas e seringas nem mesmo com outras pessoas sabidamente infectadas pelos motivos já citados;
- Orientar sobre a não doação de sangue;
- Orientar sobre a importância de comparecer regularmente à UBS para avaliação;
- Orientar a família e comunidade que a convivência com uma pessoa portadora do HIV deve ser tranquila. Beijos, abraços, demonstrações de amor e afeto e compartilhar o mesmo espaço físico são atitudes a serem incentivadas e que não oferecem risco;
- Receber com respeito e afeto o portador que vive com HIV/Aids, para melhor resposta ao tratamento;
- Estimular para que tenha hábitos saudáveis. Se necessitar de orientações nutricionais, orientar para procurar a UBS.
- Estimular a adesão ao tratamento e o uso correto dos medicamentos;
- Explicar que o tratamento é feito com uma combinação de remédios, chamados

antirretrovirais. Esses remédios não curam, mas diminuem a quantidade de vírus HIV no corpo;

- Informar que o tratamento pode ser feito em casa. O hospital só é indicado quando a pessoa precisa de tratamento especializado, por estar muito doente. Esclarecer suas dúvidas a respeito da doença para orientar melhor o portador de HIV ou um doente Aids, sua família e as pessoas de sua comunidade sem medo e sem preconceito; Prestar informações de forma clara sobre como o serviço de saúde está organizado para atendimento ao usuário;
- Ser um educador em saúde, orientando como as pessoas podem se proteger e que, apesar de a Aids não ter cura, é possível viver com qualidade;
- Lembrar que a solidariedade com quem está doente é a melhor arma na luta contra a doença.

4.6 Saúde Bucal:

- Orientar a higienização da boca de forma correta;
- Orientar para procurar o serviço de saúde bucal regularmente para avaliação e tratamento conforme orientação do cirurgião-dentista;
- Orientar sobre alimentação saudável;
- Orientar para que evitem o uso de tabaco/derivados e demais drogas;
- Evitar para que não abusem de bebidas alcoólicas;
- Orientar para procurar o serviço de saúde bucal o mais rápido possível, quando a pessoa apresentar: Dentes cariados; Dentes quebrados; Dentaduras frouxas, mal adaptadas ou quebradas; Feridas nos lábios, língua, gengiva bochechas que não cicatrizam há vários dias; Dificuldade para falar, sorrir e comer; Dor, inchaço e vermelhidão na boca ou no rosto.

4.7 Saúde do Homem

- Promover reuniões para discutir o tema, desmistificando a realização do exame de toque, que será necessário em alguns casos;
- Discutir também o tema com as mulheres para que possam conversar com seus parceiros, companheiros, irmãos;
- Orientar para que os homens com mais de 50 anos fiquem atentos a sintomas urinários;

- Orientar para que os homens com mais de 50 anos com histórico familiar de câncer de próstata procurem a UBS;
- Conscientizar os homens de que diante de algum problema urinário seja procurada a unidade.

4.8 Saúde da Mulher

- Investigar se as vacinas preconizadas para faixa etária da mulher estão em dia;
- Investigar se os exames preventivos de câncer de colo de útero estão em dia e orienta sobre a importância de realizar o mesmo;
- Investigar se a mulher realiza autoexame das mamas e orientar sobre a importância do mesmo e da realização da mamografia caso a mulher tenha idade acima de 50 anos;
- Orientar sobre hábitos saudáveis de vida, com alimentação saudável e prática de atividade física, não fumar e não abusar da bebida alcoólica;
- Orientar sobre a importância de procurar a UBS se identificar alguns sinais que indicam alteração no corpo;
- Investigar se a mulher tem o desejo de engravidar e orientar a respeito do planejamento familiar;
- Orientar sobre os métodos contraceptivos;
- Orientar sobre os sinais de gravidez;
- Realizar o acompanhamento da mulher durante a gestação;
- Orientar sobre a importância de realizar o pré-natal, realizando busca ativa caso a mesma falte às consultas agendadas;
- Orientar sobre os preparativos do parto, tais como os objetos a serem levados para a maternidade;
- Orientar sobre: alimentação, exercícios físicos, sexualidade, amamentação e os sinais de perigo na gravidez, as queixas mais frequentes, cuidados com a higiene da boca e dentes, amamentação, conversa e estímulos positivos para o bebê ainda na barriga e importância do envolvimento do companheiro nesse momento.
- Orientar sobre os sinais de trabalho de parto;
- Acompanhar a mulher durante o puerpério, orientando sobre as consultas a serem realizadas;
- Orientar sobre as consultas a serem realizadas na puericultura;

- Orientar sobre a realização do teste do pezinho, teste da orelhinha e esquema vacina da criança;
- Orientar sobre a importância da amamentação, sobre a posição da mamada e a pega adequada;
- Orientar sobre os cuidados com a mama e higiene durante o período de amamentação;
- Orientar sobre a doação de leite humano.

4.9 Saúde do Idoso:

- Investigar as condições de moradia do idoso e com quem que o mesmo reside;
- Investigar o grau de dependência nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária;
- Investigar se tem cuidador e quem é esse cuidador;
- Investigar se as vacinas para a faixa etária estão em dia;
- Investigar risco de acidentes e quedas e se a residência oferece um ambiente seguro para o idoso;
- Investigar uso contínuo de medicação orientando aos familiares, caso o idoso não seja responsável pela sua saúde, sobre a importância do uso correto do medicamento;
- Investigar se o idoso é acamado e os cuidados necessários.
- Investigar as relações familiares do idoso;
- Investigar a escolaridade do idoso;
- Investigar sobre s hábitos de vida do idoso como alimentação, ingestão hídrica adequada, fumo, álcool, sedentarismo e presença de doenças crônicas.
- Oferecer maior atenção aos idosos que apresentem: queda nos 6 últimos meses; diabetes e/ou hipertensão sem acompanhamento; se o idoso não faz uso regular do serviço de saúde; idosos que residem sozinhos e consideram sua saúde ruim ou muito ruim; idosos acamados ou com dificuldades de se locomover até UBS.
- Orientar sobre os serviços de telefones úteis caso ocorra alguma emergência;
- Orientar sobre a saúde bucal do idoso;
- Orientar sobre as políticas de assistência social disponíveis para o idoso.

5 Saúde Mental

- Identificar na comunidade pessoas com sintomas de sofrimento mental como:

ansiedade; depressão; depressão pós-parto; depressão no idoso;

- Identificar na comunidade pessoas que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas;

6 Atenção à pessoa com Deficiência:

- Identificar situações de risco para o desenvolvimento de deficiências como condições de trabalho, violência, acidentes de trânsito, doenças crônicas (hipertensão, diabetes, hanseníase, entre outras);
- Identificar e descrever os tipos de deficiência encontrados: física, mental, auditiva, visual, múltipla;
- Conhecer as condições de vida das pessoas com deficiência: como é a família, atividades de vida diária, moradia, benefícios sociais, transporte, escolaridade, idade, estado de saúde geral, ocupação, se usa bengala, cadeira de rodas, lentes etc.;
- Identificar se é totalmente dependente; Se precisa de auxílio;
- Identificar formas de participação das pessoas com deficiência na comunidade.
- Identificar na comunidade movimentos organizados de pessoas com deficiência e lideranças comunitárias, suas reivindicações, propostas e atividades;
- Perceber e orientar para procurar os serviços de saúde, prestando atenção se estão tendo o acesso à Unidade Básica de Saúde e se têm oportunidades iguais aos outros usuários em todos os atendimentos e atividades (vacinação, consultas, pré-natal, planejamento familiar, puericultura, saúde bucal e outros).
- Promover a inclusão social começando pela família, estimulando sua participação nas diferentes atividades, valorizando os conhecimentos da família adquiridos pela convivência diária pelas orientações de outros profissionais, permitindo sua participação e colaboração na comunicação nas relações de saúde.
- Orientar sobre os serviços de reabilitação disponíveis;
- Registrar o tipo de deficiência encontrada e acrescentar informações de sexo e idade;
- Registrar as condições de acessibilidade (se existem rampas, se o local é plano, se é de barro ou de asfalto, se crianças com deficiência frequentam o ensino regular, entre outras);
- Registrar se a pessoa recebe algum benefício: Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social/BPC, Bolsa-Família;
- Registrar se a pessoa faz uso de algum equipamento assistivo: órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção;

- Registrar as dúvidas mais frequentes e buscar informações antes mesmo de encaminhar a pessoa a uma Unidade Básica de Saúde. Muitas situações podem ser resolvidas com a sua ajuda;
- Identificar se há movimentos de liderança, formação de associação de pessoas com deficiência na comunidade ou mesmo Conselho de Direitos da Pessoa com Deficiência no município;
- Incentivar para que as pessoas com deficiência participem das atividades da comunidade.

7 Cuidados com pessoas acamadas:

- Orientar a família sobre os cuidados de posicionamento, alimentação, higiene e à saúde;

8 Violência Familiar:

- Atentar-se para o tipo de violência familiar, sendo elas: violência contra a mulher, contra criança e adolescente, contra o idoso, contra pessoas com deficiência física e mental;
- Estar atento aos sinais de violência, durante a realização das visitas domiciliares de rotina, não se esquecendo de que a família é um espaço íntimo e que é preciso ter cuidado na forma de fazer as perguntas, de abordar as pessoas e de fazer as anotações;
- Procurar verificar se há situações que podem levar a casos de violência;
- Orientar que os pais ou responsáveis devem manter a calma, não ser agressivos e entender que o choro do bebê é a forma dele se comunicar; Ouvir com atenção o que as pessoas comentam sobre seus problemas;
- Dar apoio para aquelas que querem falar, mas não têm coragem;
- Observar mudanças de hábitos, se alguém está agindo de forma diferente, aproximar-se para entender suas reações;
- Evitar censurar comportamentos que lhe pareçam estranhos ou comentar com terceiros o que você está percebendo;
- Evitar conclusões precipitadas ou distorcidas. É necessário considerar um conjunto de sinais, e não sinais isolados;
- Realizar o mapeamento de famílias de risco com relação à violência, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde à qual está vinculado;

- Apoiar, quando necessário, o Conselho Tutelar, as escolas e as creches, na avaliação de situações que indiquem violência a partir da pactuação com a equipe;
- Registrar o acompanhamento familiar de casos notificados pela UBS, observando se a violência continua, prestando orientações às famílias ou responsáveis;
- Encaminhar os casos com fortes suspeitas de violência à Unidade Básica de Saúde para, em conjunto com o supervisor e a equipe de saúde, definir qual a conduta mais adequada à situação. O que pode envolver a participação de outros profissionais e instituições;
- Planejar e organizar com a ajuda da equipe de saúde atividades que permitam à comunidade refletir e debater sobre comportamentos violentos: reuniões com homens e mulheres, com crianças e adolescentes, com professores, oficinas, teatro, palestras com especialistas, entre outras ações;
- Envolver um maior número possível de grupos e instituições da comunidade escolas, igrejas, associação de moradores, de futebol, grupos de defesa dos direitos humanos. Discutindo que todas as pessoas têm direito a viver como cidadãos e que é possível lidar com os conflitos de maneira equilibrada.

9 Doenças transmitidas por vetores:

- Identificar sinais e sintomas dos agravos/doenças e orientar os casos suspeito para procurarem a Unidade Básica de Saúde para diagnóstico e tratamento de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde;
- Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual, familiar e da comunidade para a prevenção das doenças;
- Planejar e programar as ações de controle das doenças em conjunto com o agente comunitário de endemias e a equipe de Atenção Primária/Saúde da Família;
- Promover reuniões com a comunidade com o objetivo de incentivar a realização das ações de prevenção e controle da dengue, malária, esquistossomose e tracoma, bem como conscientizar quanto à importância de que todas as residências de uma área infestada por vetores sejam trabalhadas (trabalhar em cooperação com o ACE);
- Incentivar e mobilizar a comunidade para desenvolver ações simples de manejo ambiental para controle de vetores (insetos, roedores, moscas, entre outros);
- Atuar nas residências, informando os seus moradores sobre as doenças – seus sintomas e riscos –, os agentes transmissores e as medidas de prevenção;

- Realizar ações de educação em saúde e de mobilização social.

9.1 Dengue

- Vistoriar a casa e o quintal, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de objetos que sejam ou possam se transformar em criadouros de mosquito transmissor da dengue, conforme o roteiro anterior;
- Orientar e acompanhar o morador na retirada, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos; Caso seja necessário, retirar os ovos e larvas do mosquito;
- Encaminhar ao ACE os casos de verificação de criadouros de difícil acesso ou que necessitem do uso de larvicidas/biolarvicidas;
- Comunicar à Unidade Básica de Saúde e ao ACE a existência de criadouros de larvas e/ou do mosquito transmissor da dengue que dependam de tratamento químico/biológico, da interferência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;
- Comunicar à Unidade Básica de Saúde e ao ACE os imóveis fechados, a existência de moradores que não autorizaram ações de vigilância ou são resistentes às orientações de prevenção;
- Conhecer sinais e sintomas da dengue, identificar as pessoas que os apresentarem e orientar para que procurem a Unidade Básica de Saúde, e que comecem a tomar muito líquido imediatamente;
- Reunir semanalmente com o agente de controle de endemias e equipe da Unidade Básica de Saúde para planejar ações conjuntas, trocar informações sobre suspeitos de dengue que apresentam febre, evolução dos números de infestação por *Aedes aegypti* da área de abrangência, criadouros preferenciais e medidas que estão sendo ou deverão ser adotadas para melhorar a situação.

9.2 Esquistossomose

- Supervisionar a tomada em dose única da medicação para esquistossomose, quando indicada;
- Agendar o controle de cura, que consiste na realização de três exames de fezes em dias seguidos, após o quarto mês de tratamento;

- Investigar a existência de casos na família e comunidade, a partir do caso confirmado por meio do exame parasitológico de fezes, conforme planejamento e programação da Unidade Básica de Saúde;
- Distribuir recipientes de coleta de material para exame parasitológico de fezes;
- Orientar a população sobre a forma de evitar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros de caramujos;
- Comunicar à Unidade Básica de Saúde a existência de criadouros de caramujos;
- Encaminhar ao ACE os casos em que haja necessidade do uso de equipamentos e produtos específicos, como moluscocidas.

9.3 Malária

- Promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento, reforçando a importância de concluí-lo;
- Investigar a existência de casos na comunidade, a partir das pessoas que apresentem algum sintoma da doença;
- Preencher e encaminhar para a Unidade Básica de Saúde a ficha de notificação dos casos ocorridos;

9.4 Tracoma

- Identificar pessoas com queixa de cílios tocando o globo ocular, lacrimejamento, sensação de cisco dentro do olho, coceira, sensibilidade à luz e secreção com pus e orientar que procure a Unidade Básica de Saúde;
- Acompanhar as pessoas em tratamento e orientá-las quanto à importância da necessidade de terminá-lo;
- Orientar quanto à necessidade de lavar a face várias vezes ao dia, evitar dormir em camas com várias pessoas e dividir lençóis e toalhas, para prevenir tracoma;
- Realizar busca de casos, em domicílio, escolas, creches, orfanatos, entre outros, após a notificação de um caso na sua área;
- Registrar os casos confirmados, em ficha específica – e no Sinan NET, informando a Unidade Básica de Saúde;
- Acompanhar os demais profissionais da equipe de saúde nas visitas de controle de casos positivos após o tratamento, para avaliação da sua evolução;
- 1ª visita de controle do caso – deve ser realizada 6 (seis) meses após início do

tratamento;

- 2ª visita de controle do caso – deve ser realizada 12 (doze) meses após o início do tratamento;
- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à promoção à saúde, prevenção e ao controle do tracoma em sua área de abrangência;
- Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de higiene, especialmente orientar a lavagem frequente do rosto das crianças e de melhorias de hábitos no cuidado com o corpo e das condições sanitárias e ambientais.

Fonte: Guia Prático do ACS/2009

O trabalho desenvolvido pelo ACS para o grupo de populações descritas no Guia Prático foi pautada nos princípios da promoção à saúde. Esses princípios estão descritos na Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) e tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Para Malta e al (2014), o desenvolvimento de ações de promoção a saúde deve ser articulado ao conjunto de Políticas Públicas existente. Neste sentido, o Guia Prático do ACS oferece informações sucintas sobre as atividades a serem desenvolvidas pelo ACS e, o ACS deve levar em conta as especificidades das Políticas Públicas disponibilizadas para os diferentes grupos populacionais para planejar e desenvolver suas ações de trabalho.

Com a experiência acumulada, do conjunto de atores envolvidos historicamente e com o desenvolvimento e a consolidação SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2012), em outubro de 2011 institui-se, por meio da Portaria 2.488, a nova Política Nacional de Atenção Básica. Neste documento houve a mudança de nomenclatura, no qual o PSF passa ser considerada uma estratégia. Ademais, o documento estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, ESF e PACS e revogou a Portaria 648/2002. A Portaria 2488/2011, acrescentou à equipe multiprofissional da ESF o cirurgião-dentista e o auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal e estabeleceu as novas atribuições comuns a todos os membros da equipe multiprofissional e as especificidades de cada membro, incluindo as do ACS, exposta no Quadro 9.

Quadro 9: Atribuições compartilhadas entre a equipe multiprofissional da ESF prescritas na Portaria 2.488 de outubro de 2011.

**ATRIBUIÇÕES COMPARTILHADAS ENTRE A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
DA ESF - PORTARIA 2.488/2011**

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- Garantir da atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

- Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- Realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- Participar das atividades de educação permanente;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Fonte: Portaria 2.488/2011

Observa-se que as atividades comuns à equipe da ESF, dispostas na Portaria 2.488/2011, sofreram algumas modificações. O trabalho centrado no acolhimento com classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos consiste em uma das atividades acrescidas. A importância do trabalho interdisciplinar, reuniões periódicas entre a equipe para planejar as ações, foram pontos abordados como atividades da equipe da ESF. Tornou-se de responsabilidade da equipe, a identificação de parceiros e de recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais. As atividades específicas atribuídas ao ACS no contexto do PACS e da ESF estão expostas no Quadro 10.

Quadro 10: Atribuições do ACS no PACS e na ESF prescrito na Portaria 2.488 de outubro de 2011.

ATRIBUIÇÕES DO ACS NO PACS E NA ESF - PORTARIA 2.488/2011
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; • Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; • Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; • Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; • Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês; • 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; • Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e • Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

Fonte: Portaria 2.488/2011

O documento ressalta que o desenvolvimento das atividades nas Unidades Básicas de Saúde, só é permitido ao ACS, se estiverem vinculadas às atribuições mencionadas na Portaria 2.488/2011.

Quanto às atividades prescritas para o ACS na portaria 2.488/2011, observou que a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, que antes deveriam ser

planejadas, passam a ser obrigatórias para as demandas espontâneas. A visita domiciliar também sofreu alterações e o profissional passou a ter um número programado, sendo pelo menos uma visita a cada mês, para cada família.

Ademais, o ACS ficou responsável por acompanhar as condicionalidades do Programa Bolsa Família ou qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidade. O acréscimo da equipe de saúde bucal na equipe da ESF, acrescentou ao trabalho do ACS atividades relacionadas com a promoção da saúde e prevenção de doenças e de seus agravos à saúde bucal. Destaca-se que a responsabilidade de supervisão das atividades do ACS, neste âmbito, foi do cirurgião dentista e do técnico em saúde bucal. Além disso, a Leishmaniose entrou no escopo do controle de doenças endêmicas.

Considerando as atribuições do ACS no PACS e na ESF, a Portaria em questão manteve o número máximo de 750 pessoas que o ACS pode ter sob sua responsabilidade. A carga horária de trabalho do ACS, assim como de todos os membros da equipe da ESF, com exceção do médico, foi de 40 horas semanais. O planejamento, o gerenciamento, a coordenação e a avaliação das atividades desenvolvidas pelo ACS que, na portaria revogada (648/2006), era de responsabilidade do Enfermeiro, na portaria vigente passa a ser responsabilidade compartilhada entre os membros da equipe da ESF. Entretanto, a realização de atividades de educação permanente continuou sendo de responsabilidade do Enfermeiro da ESF.

Em junho de 2014 estabeleceu a Lei 12.994, com o piso salarial profissional, nacional e diretrizes para o Plano de Carreira dos Agentes Comunitários de Saúde. O documento acrescentou sete artigos na Lei 11.350/2006, a qual discutiu-se o piso salarial do ACS, incentivos financeiros e as diretrizes para o Plano de carreira. O documento reafirmou que a jornada de trabalho de 40 horas era exigida para a garantia do piso salarial previsto nesta Lei e deveria ser integralmente dedicada a ações e serviços de promoção da saúde, vigilância epidemiológica e combate a endemias, em prol das famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação (BRASIL, 2014).

Em maio de 2016, a Portaria nº958 alterou o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. A portaria trouxe a possibilidade de substituição do ACS pelo técnico de enfermagem devido “à necessidade de adequar a oferta das equipes da Atenção Básica à transição demográfica e ao perfil epidemiológico da população” (BRASIL, 2016). O intuito foi aumentar a capacidade clínica nas UBS e no cuidado em domicílio, fortalecendo a

continuidade da relação clínica na construção de vínculo e responsabilização, bem como aumentar a resolutividade da atenção básica. Neste sentido, a portaria estabelece:

Existência de equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A esta composição deverão ser acrescentados, como parte da equipe multiprofissional: agente comunitário de saúde e/ou técnico de enfermagem [...] (BRASIL, 2016).

A portaria em questão redefiniu as atribuições específicas do ACS a seguinte redação: “acompanhar, por meio de visita domiciliar, as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade” (BRASIL, 2016).

Considerando a trajetória do trabalho do ACS na consolidação do SUS, seus avanços e desafios, o surgimento de novas demandas de saúde e, conseqüentemente, as constantes mudanças de processos de trabalho, a instituição da Portaria 958/16, que considera o ACS um profissional complementar a equipe, reforçou o retrocesso na construção da Atenção Básica no Brasil.

O trabalho do ACS, na APS é de fundamental importância para a concretização da ESF e efetivação do conceito ampliado de saúde (COSTA et al, 2013). Diante disso, o ACS é considerado primordial no desenvolvimento das ações de promoção a saúde e prevenção de doenças e seus agravos na comunidade. O fato deste agente vivenciar as mesmas condições da população e acompanhar de perto a família e a comunidade, potencializa a concretização das ações a serem desenvolvidas para determinado grupo da população.

4.3 Compreendendo a Dimensão Real do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Esta categoria diz respeito ao trabalho real do ACS, na ESF. A análise foi desenvolvida por meio da triangulação dos dados da pesquisa documental e das entrevistas com Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, bem como dos GF realizados com os ACS.

4.3.1 A importância do trabalho do ACS na ESF: “É essa ligação, como se o posto de saúde tivesse saído na comunidade para ver o que está acontecendo”.

Esta subcategoria foi construída por meio dos dados obtidos nas entrevistas realizadas com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na ESF, o que possibilitou captar a importância do trabalho do ACS na ESF.

Os relatos dos participantes enunciam que o trabalho realizado pelo ACS é norteado pelo prescrito. O ACS, ao desenvolver o seu trabalho na ESF, realiza atividades que perpassam pelo diagnóstico sócio demográfico da comunidade, buscas ativas, comunicação entre o serviço de saúde e a comunidade, realização de visitas domiciliares, estabelecimento de vínculo e cadastro das famílias que residem na área de abrangência.

Eles que fazem o mapeamento da própria área em que eles têm que atuar. Tem que identificar a população da área que podem estar em maior situação de risco. (Enf. 5)

Eles que trazem a situação toda da família e aí que a gente vai ver a gravidade, o que está acontecendo em cada núcleo de cada família. Porque, na verdade, visitam uma casa, mas engloba a família inteira, não é só um paciente, caso a caso de cada um. Eles buscam avaliar todos os membros da família, o quê que está ocorrendo, qual risco que está ocorrendo. Por exemplo, se é uma visita na casa de um idoso que eles vão visitar, eles olham não só propriamente o idoso, olham de um todo, o físico da casa, o quê que está acontecendo, se o idoso está num ambiente favorável, tudo isso e a importância dessas visitas do ACS. Não olham não só propriamente a pessoa física, olha o que está ocorrendo. E nisso aí é que a gente começa a descobrir o que causa. (Tec. Enf. 1)

A visita domiciliar é considerada uma das principais atividades do ACS, pois possibilita conhecer o contexto social do usuário e identificar as necessidades de saúde das famílias (KEBIAN; ACIOLI, 2014). A referida visita é um instrumento de atenção à saúde que fortalece a compreensão das necessidades de saúde da comunidade, uma vez que favorece a ampliação do olhar sobre o modo de vida dos indivíduos, considerando suas diversidades e a complexidade do processo saúde-doença (MARIN et al 2011). Segundo Barbosa et al (2016), essa atividade deve ser executada de maneira interdisciplinar, a despeito de apresentar maior regularidade da presença do ACS. Por meio da visita domiciliar, o ACS realiza o cadastramento das famílias buscando conhecer as condições de vida e saúde, identificando características sociais e epidemiológicas, situações de vulnerabilidade e risco de agravo à saúde (BARBOSA et. al, 2016).

Destaca-se o depoimento de Med. 2, ao considerar o cadastro como uma atividade primordial do trabalho do ACS, na ESF. Essa atividade, ao ser realizada no momento da visita domiciliar, viabiliza a construção do vínculo e a identificação de demandas da população:

O ACS na equipe ele tem várias funções. A função primordial é cadastrar os pacientes da área e depois fazer o vínculo, trazer buscas ativas, trazer demandas da área de trabalho, essas coisas. (Med. 2)

Para o Ministério da Saúde (2009), o cadastro é considerado a etapa inicial do trabalho do ACS. Por meio deste, a equipe de saúde toma conhecimento das reais condições de vida das famílias, condições de habitação, prevalência de doenças, o diagnóstico sócio demográfico, dentre outras informações pertinentes para a compreensão da realidade da comunidade. O ACS, ao realizar o cadastro, contribui para o planejamento e a organização das ações a serem ofertadas para a população, respeitando suas necessidades (COSTA et. al., 2013).

Os relatos a seguir sinalizam que os membros da equipe de saúde consideram o cadastro uma atividade relevante para o trabalho na ESF.

O ACS cadastra o usuário. Por exemplo, o usuário novo que chegou na área de abrangência, o ACS que chega aqui e fala que mudou para a área, faz o cadastramento da família, ele faz a escuta da família para ver alguma demanda e trás demanda da comunidade pra gente. (Enf. 4)

[...] Por que essa questão do cadastro muda muito a nossa conduta, por que a gente tem alguns protocolos que a gente tem que seguir. Se algum cadastro tiver incompleto, a farmácia, por exemplo, não libera medicamento. Libera no agudo, se for uma dor de garganta, beleza. Agora se for um medicamento hipertensivo, o cadastro da paciente está incompleto, não vai liberar, a paciente vai ficar sem remédio e aí? Então a gente quer um cadastro bem feito. (Med. 4)

[...] A gente espera que os cadastros sejam bem feitos e as informações no sistema sejam bem lançadas, por que às vezes o ACS não está perto e se a gente tem alguma dúvida da família, a gente abre o prontuário da família, vai em um em cada um dos familiares que estão lá, vê o que que tem, se tem paciente tuberculoso, se há hipertenso, diabético. (Tec. Enf. 9)

Observa-se que a realização do cadastro viabiliza o conhecimento das demandas da comunidade, o planejamento das ações de saúde a serem dispensadas pela equipe, bem como, o preenchimento de protocolos para que se possa dar continuidade à assistência a população.

Na ótica de Franco e Merhy (2012), ao realizar o cadastro dos usuários, o ACS o faz com alto grau de liberdade e auto-governo do seu processo de trabalho. O trabalho realizado pelo ACS, no momento da visita, tem a centralidade no trabalho vivo, ou seja, o produto que ali se realiza advém das relações do produtor – ACS - e do consumidor – população (FRANCO; MERHY, 2012). Estes autores afirmam que a produção advinda do trabalho vivo, ao interagir com instrumentos, máquinas e protocolos, passa por um processo de captura. Essa captura não é efetivada pelas máquinas, mas pela própria ação do profissional, que muitas vezes adota práticas baseadas em modelos assistências centradas no ato prescritivo, a fim de corresponder às exigências do mercado. (FRANCO; MERHY, 2012; FRANCO, MERHY, 2013).

Considerando a perspectiva de Michael Foucault, Certeau (2003) discute que a realização de procedimentos técnicos se desloca para “instrumentalidades menores”, capazes

de transformar uma multiplicidade humana em sociedade “disciplinar” e de gerir, diferenciar, hierarquizar e classificar todos os desvios (CERTEAU, 2003). Diante disso, o cadastro produz informações sobre as condições de saúde dos usuários da área de abrangência da equipe da ESF e, ao ser utilizado pela equipe de saúde como fonte de informação, proporciona um olhar massificado, por meio do qual os usuários são classificados de acordo com seu estado de saúde.

Os dados provenientes do trabalho do ACS no cadastro da população, no âmbito gerencial da saúde, são os mais relevantes para alcançar as metas estabelecidas para o serviço de saúde. Os indicadores gerados são baseados em instrumentos de pactuação junto ao Ministério da Saúde, que quando alcançados garantem o repasse de verbas para o serviço. Entretanto, planejar as ações de saúde centrada nessas informações é insuficiente para tomada de decisão e avaliação do serviço (OHIRA; CORDONI; NUNES, 2014).

Diante disso, apesar da equipe reconhecer a importância do cadastro para a continuidade da assistência do usuário, considerá-la como uma única fonte para obter informações da população, intensificaria o trabalho centrado no modelo biomédico. O modelo biomédico, centrado no âmbito curativo e no tratamento de doenças, distancia dos aspectos éticos da população, o que implica na incapacidade de compreender a multidimensionalidade do indivíduo no processo saúde-doença, oferecendo limites na assistência ao usuário (FERTONANI et. al, 2015).

Concedendo continuidade a importância do trabalho do ACS, destaca-se que a equipe de saúde o considera como porta voz e elo da comunidade com a unidade de saúde:

Ele é o nosso contato bem rápido e próximo à população. Antes da população vir até a gente, eles já estão nos trazendo demandas dessa população. E tem ACS, assim, na minha equipe, eles conhecem os pacientes que precisam de demandas e eles trazem pra gente. (Enf. 7)

Olha, o ACS tem um trabalho muito importante, que é a ligação do CS com a população. Que a gente vê que isso interfere muito, por que eles vão atrás para captar a gestante, a criança asmática, os hipertensos, os diabéticos... tem um acompanhamento melhor. Até mesmo fazer busca ativa quando eles não veem ao CS, fogem um pouquinho do CS. É essa ligação, como se o posto de saúde tivesse saído na comunidade pra ver o que está acontecendo. (Tec. Enf. 7)

Até as questões dos fluxos nossos mesmos aqui da unidade eles também transmitem pra eles lá. Então ele vai nos representando na comunidade toda. Mudança de fluxo, ou então: “Ah, o grupo funciona de tal forma”. E eles já orientam. (Med. 4)

Os relatos possibilitam compreender que o ACS oferece aos usuários e a equipe, informações capazes de proporcionar a continuidade do fluxo da assistência, pois, ao mesmo tempo em que fornece informações sobre o funcionamento do serviço, este profissional encaminha as demandas da população para a equipe de saúde. Para Pinto e Fracolli (2010), o

trabalho do ACS mantém-se como “ponte” entre o serviço e a comunidade, tendo como finalidade facilitar o diálogo entre o conhecimento de caráter popular e o conhecimento científico. Neste sentido, o ACS é considerado um agente facilitador na garantia do direito a informações, favorecendo o acesso aos serviços de saúde ofertados a esta população.

Ademais, para a equipe, o fato de o ACS residir na comunidade em que atua, potencializa o acesso aos usuários.

Ser moradora da comunidade eu acho que é o maior benefício que elas têm, por que elas conhecem o ambiente em que ela trabalham. E ao mesmo tempo de ser moradora, ela tem a facilidade de acessar uma casa, por exemplo, sem tanta restrição, sem um olhar desconfiado. (Med. 7)

O que facilita é que a área que eles trabalham e a área que eles moram. Então é uma área, vamos dizer assim, que eles conhecem todo mundo, conhecem as ruas. Tem ACS que a gente fala assim: “- fulano de tal deu esse endereço falando que mora lá.” E aí eles já falam: “- Não! Não mora não. Eu sei quem que mora lá, é essa tal pessoa que mora lá.” Esse conhecimento eles tem que passar da área deles. (Tec. Enf. 7)

Na perspectiva da equipe, o ACS por residir na área onde atua, tem facilidade de acesso às residências dos usuários, obtendo informações sobre a realidade para além do que é registrado no prontuário médico, viabilizando uma compreensão dos modos de vida e os dilemas enfrentados por essa população (IMBRIZI, et. al. 2012; SILVA; RIBEIRO, 2009).

Ao estar em contato permanente com a população, o ACS ganha capacidade de observação do seu modo de vida. Na ótica de Foucault (1999), o trabalho do ACS opera como uma espécie de Panóptico, no qual o mecanismo de observação viabiliza a capacidade de penetração no comportamento dos homens (FOUCAULT, 1999). No panoptismo, é exercida uma constante vigilância que coloca em funcionamento mecanismos de Poder Disciplinar.

[...] permite ao poder disciplinar ser absolutamente indiscreto, pois está em toda parte e sempre alerta, pois em princípio não deixa nenhuma parte às escuras e controla continuamente os mesmos que estão encarregados de controlar; e absolutamente “discreto”, pois funciona permanentemente e em grande parte em silêncio. A disciplina faz “funcionar” um poder relacional que se auto-sustenta por seus próprios mecanismos e substitui o brilho das manifestações pelo jogo ininterrupto dos olhares calculados (FOUCAULT, 2012, p. 170).

Neste sentido, a presença do ACS na comunidade gera jogos de olhares, em que, ao mesmo tempo em que o ACS observa é também observado. A constante vigilância da população e o conhecimento de estar sendo vigiado, proporciona modificação nos modos de vida desta população.

Ademais, o Panoptismo funciona como uma espécie de poder, no qual o aumento do saber, vem se implantar em todas as fontes de poder, descobrindo objetos que devem ser

conhecidos em todas as superfícies que esse se exerça (FOUCAULT, 1999). Diante disso, o ACS, ao observar constantemente a população, adquire saberes que podem ser utilizados em prol da efetivação do seu trabalho na ESF.

Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico; (...) um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso; (...) um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam; (...) finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (FOUCAULT, 2008, p.204).

Os relatos da equipe apontam a importância do olhar do ACS na comunidade como forma de aquisição de conhecimento sobre seus modos de vida. Por meio conhecimento adquirido pelo ACS, os profissionais da equipe planejam as ações de saúde a serem dispensadas para a população.

Porque a partir do momento em que a ACS sabe identificar um risco, sabe identificar alguma coisa que o paciente está fazendo de errado e que vai trazer algum malefício pra ele também pode nos ajudar. Por que às vezes a consulta não é o suficiente, a informação que ele recebe ali na farmácia ou na sala de vacina não é suficiente, e você tendo esse ACS como um canal e estando preparado para dar essa informação, isso é muito útil. (Tec. Enf. 7)

Então o trabalho do ACS hoje pra mim é um trabalho de vigilância, ela consegue me dar informações sobre uma determinada família, informações sobre determinado paciente, indivíduo aqui da comunidade, ela me da aquela noção família. Ela trás algumas informações importantes sobre o paciente, se eu vou consegui deixar um idoso restrito ao leito, restrito ao domicílio sob o cuidado de uma família sem ficar tão vigilante, tão preocupado em dar um suporte aquela família. O ACS tem essa informação que eu não tenho, que muitas vezes uma primeira impressão pode ser enganosa. (Med. 7)

Sem eles é bem difícil para a gente poder trabalhar, porque a gente está cuidando aqui no Centro de Saúde, a gente cuida na unidade dos pacientes. Aqui a gente está vendo mais ou menos, vê a doença, o médico vai fazer o diagnóstico e tal. Mas a importância do ACS é que eles conseguem ver as coisas mais profundamente, na residência, o que que está ocorrendo. (Tec. Enf. 1)

Ao disponibilizar o saber para os profissionais da equipe de saúde da ESF, o ACS transfere também, o poder de utilização do saber. O saber adquirido pelos profissionais pode ser utilizados com a finalidade de modificar o comportamento dos usuários, para que estes sejam condizentes com o que é esperado pelos profissionais. A esse respeito, de acordo com Foucault (2012), a equipe de saúde ao se empoderar do saber, exerce um controle normatizante, o que permite qualificar, classificar e punir os desviantes, ou seja, os que não estão saudáveis, configurando a *Sansão Normalizadora*. A *Sansão Normalizadora* “Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são sancionados” (FOUCAULT, 2012, p. 177). Diante disso, este saber advindo do trabalho do ACS permite que a equipe de saúde exerça o Poder Disciplinar na população e, as ações de saúde dispensadas à essa

população são planejadas mediante o conhecimento dos desvios.

A adoção de vários saberes de forma integrada propicia a percepção mais abrangente da realidade (DIAS et. al., 2014). Neste contexto, o saber gerado no trabalho do ACS, juntamente com o saber dos profissionais da equipe de saúde, proporciona o planejamento de ações que respondam às necessidades da população. Ressalta-se que a justaposição dos profissionais, com formação distintas, não garante a continuidade das ações. A equipe de saúde deve valorizar e buscar a polifonia, decorrente de diversas vozes e discursos que se fazem presentes nos diferentes saberes profissionais (GOMES; PINHEIRO; GUZARDI, 2005).

Neste sentido, considerar o saber profissional do ACS proporciona mudanças nas práticas de trabalho da equipe da ESF.

O ACS ele abre a minha visão como médica, para eu não só ver essa parte clínica, mas mais contextualizada. Às vezes você faz tudo certinha aqui, passa todos os remédios, medica adequadamente, orienta adequadamente, mas lá na casa do paciente não tem uma estrutura física, funcional, o próprio paciente não segue. Nesse ponto ele dá um retorno bom pra gente contextualizar esse atendimento. (Med. 1)

Eu imagino que, antes de realizar qualquer coisa, é fundamental o olhar dele sobre a comunidade, olhar dele sobre aquela família. Então, assim, antes de executar qualquer função, eu acho que é fundamental a percepção que ele tem daquela família, dos elementos daquela família, daquele ambiente familiar, até do ambiente físico que ele visita que, muitas vezes, são ambientes que não são muito saudáveis por conta da própria ventilação do ambiente. E, muitas vezes, a partir dessa observação do agente comunitário, a gente tem condições de intervir muito mais do que simplesmente através de uma medicação ou através de uma orientação, porque é uma questão clara e objetivo. (Med. 5)

O ACS passa muitos detalhes que nos ajudam no diagnóstico, na propedêutica. Ele trás demanda que às vezes a gente nem tá imaginando, casos graves, casos de pacientes acamados, paciente que nunca foram atendidos, que a gente nem conhecia, que nunca buscaram o serviço. É o agente de saúde que tem essa sensibilidade, por meio da visita e de fazer esse elo de ligação do paciente que tá lá na moradia dele com o CS. Eu acho que o papel dele é fundamental, é enriquecedor para o programa de saúde da família. E o programa é um programa coletivo, é um programa em conjunto né? É cada um fazendo a sua parte e a parte dele é fundamental no programa. (Enf. 6)

Os depoimentos dos profissionais que compõem a equipe da ESF refletem a importância do trabalho do ACS para a contextualização dos modos de vida dos usuários, proporcionando maior compreensão de suas reais necessidades. Mediante tal compreensão, a equipe de saúde reconfigura sua “maneira de fazer” no trabalho.

Sob a ótica de Certeau (2003), “as maneiras de fazer” intervêm em um campo que os regula em um primeiro nível – compreendido como o trabalho prescrito - mas introduzem uma maneira de tirar partido dele, que obedece outras regras e constitui como um segundo nível atrelado ao primeiro – compreendido como o trabalho real. Essa ação cria para si um espaço de jogo em que, sem sair do lugar que lhe impõe, instaura-se neste espaço uma pluralidade e criatividade. O emprego de tal operações, ou melhor, o reemprego, se multiplica

com a extensão de aculturação, ou seja, com o deslocamento que substituem as maneiras ou os métodos de transitar a partir da identificação com o lugar (CERTEAU, 2003).

Diante disso, a equipe de saúde da ESF, ao se apropriar do conhecimento do contexto do modo de vida da população, mediante o trabalho do ACS, reassignifica o seu trabalho e modifica suas ações. Merhy e Cecin (2009) discutem que em meio a essa micropolítica, práticas pedagógicas operam intensamente construindo um universo de processo educativo em ato, em um fluxo contínuo de intensas convocações, desterritorializações e invenções. A desterritorialização significa romper com o lugar de origem e adotar novos territórios existenciais, ético, e politicamente identificados com a produção de uma nova realidade social, que pode revelar novos sentidos para o sujeito (FRANCO; MERHY, 2013). Diante disso, as falas da equipe expressam a importância do trabalho do ACS neste processo de desterritorialização do trabalho centrado no modelo prescritivo e biomédico.

Os relatos dos profissionais revelam a importância do trabalho do ACS para a consolidação da ESF e diminuição das demandas de saúde nos níveis de atenção de média e alta complexidade.

Eu fico resumindo e repetindo que sem elas (ACS) não existe ESF. E se tirasse o ACS, simplesmente voltaria àquele modelo antigo, ficar aqui atendendo e pronto. Sem elas não tem jeito. O ESF funciona por causa delas. Eu tenho pra mim isso muito claro, que se tirar o ACS volta ao modelo antigo, não tem ESF. (Med. 8)

Acho o trabalho do ACS fundamental, não tem jeito de trabalhar sem o ACS. Já ficou sem ACS aqui, por motivos de reivindicações, de greve e foi extremamente difícil a ESF existir de uma forma bem feita sem a presença do ACS, por que ele é o que vincula a equipe à comunidade. (Med. 2)

Se eu fosse definir o serviço do ACS para a ESF em uma palavra, eu diria fundamental, se fosse uma definição. Porque o serviço deles é fundamental, mesmo, é a base mesmo. Se ele não tiver não tem como funcionar, vai ficar como era antigamente, pessoas procurando já em fase avançada da doença. Porque a ideia da ESF é você prevenir doenças que podem ser prevenidas e melhorar quem já está doente. Então, isso que eles fazem. Antigamente, as pessoas iam só muito doentes. Quem não está doente ainda não fazia nada para não adoecer, o que acaba sobrecarregando os outros níveis de atenção, porque vem uma fase mais avançada das doenças. (Med. 6)

Para que a ESF seja implementada é necessário que haja um trabalho em equipe (VIEGAS; PENNA, 2013). A ideia do trabalho em equipe na saúde se apresenta, principalmente, pela noção de atenção integral ao paciente, considerando os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação. A assistência ao usuário, no trabalho em equipe, deve obedecer à necessidade de junção dos diferentes saberes profissionais (PEDUZZI, 2009). Diante disso, considerar o saber/fazer do ACS na ESF é imprescindível para o desenvolvimento das ações integrais de saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

Rezende (2015), discute que a integralidade é a base para a universalidade e a equidade e “propõe um trabalho multiprofissional com o olhar ampliado no usuário,

considerando sua cultura, história e modo de ver a vida” (REZENDE, 2015 p. 16). Neste sentido, o trabalho do ACS é fundamental para que a ESF, assim como os princípios e diretrizes do SUS se efetive no âmbito da atenção à saúde.

4.3.2 Modo-de-ser-cuidado e Modo-de-ser-trabalho-dominância do ACS na ESF: a vivência de uma dualidade no trabalho

Esta subcategoria foi construída com base nos GF realizados com os ACS, possibilitando compreender os modos de ser ACS na ESF, considerando os desafios por eles enfrentados cotidiano de trabalho.

O modo de ser é a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros, é “um modo-de-ser-no-mundo que funda as relações que estabelecem em todas as coisas” (BOFF, 1999 p. 92). Nesse jogo de relações, o ser humano vai construindo seu próprio ser, sua autoconsciência e sua própria identidade (BOFF, 1999). Segundo este autor, há dois modos de ser-no-mundo: o trabalho e o cuidado.

Considerando a concepção de Modo-ser-no-mundo, discutido por Boff (1999), foi possível identificar, nos GF, a vivência dessa dualidade: Modo-de-ser-cuidado e Modo-de-ser-trabalho do ACS na ESF. Diante disso, para melhor organização dos dados, esta subcategoria foi dividida em duas partes:

- a- Modo-de-ser-cuidado do ACS na ESF: “É ser um líder, é ser um guia, é ser um amigo, um companheiro, é aquele que vai lá, é o olho do serviço de saúde além dos muros”
- b- Modo-de-ser-trabalho-dominância do ACS na ESF: “Parece que a gente está ali só para jogar os números [...] qualquer dia desses eu vou adoecer e vou virar só um número”

4.3.2.a Modo-de-ser-cuidado do ACS na ESF: “É ser um líder, é ser um guia, é ser um amigo, um companheiro, é aquele que vai lá, é o olho do serviço de saúde além dos muros”

Os relatos dos GF sobre o trabalho do ACS condizem, em partes, com os relatos dos demais membros da equipe, ao apontarem que, ser ACS é ser a porta de entrada para o

serviço de saúde, é ser a ponte deste serviço com a comunidade, é desenvolver ações de cuidado de promoção da saúde e prevenção de agravos às famílias.

O ACS, ele é a porta de entrada, tanto que se chegar uma pessoa assim, um usuário, que não conhece, na hora ele fala: sou da equipe tal, então tem que chamar o ACS da equipe tal (GF1).

ACS pra mim é aquele que é a ponte da família com o centro de saúde, é aquele que promove, é aquele que leva prevenção, é aquele que tem esse cuidado com a família. (GF3).

O trabalho que prescrito para o ACS, assim como o olhar da equipe de saúde da ESF, para com o trabalho deste agente, corroboram com as discussões geradas nos GF. No entanto, a construção deste elo transcende questões objetivas do trabalho, expressado como este agente o entende e o concretiza no dia a dia.

Então ser ACS pra mim é ser esse cara que está ali presente na comunidade com um olhar hospitaleiro, com uma escuta ativa, pronto pra ajudar mesmo. Se colocando no lugar daquela pessoa, deixando de ser profissional e se posicionando no lugar da pessoa e se olhando ali como alguém que vai mediar, um mediador que vai estar ali trazendo aquela demanda para o serviço. Se possível e, por que não, ser taxativo com aquele caso e priorizando às vezes até então aqueles que são realmente prioritários. Então ser ACS neste momento e até o dia de hoje é isso, essa pessoa de confiança, essa pessoa que eu posso contar. (GF3)

Eu vejo o ACS como aquele cara né? Aquela musica que fala do cara, é como se fosse: “esse cara sou eu!” Esse cara somos nós que está ali escutando todos os dias. Ser ACS é ser o cara da comunidade, é ser um líder da comunidade em prol dela. É ser um líder, é ser um guia, é ser um amigo, um companheiro, é aquele que vai lá, é o olho do serviço de saúde além dos muros. (GF2)

Os depoimentos apontam que ser ACS na ESF é ser um líder, um amigo e companheiro, uma pessoa de confiança, que se coloca no lugar do outro para compreender as necessidades dos indivíduos da comunidade. O ACS atua como um mediador social, o que por um lado revela como ele traduz as necessidades da população para a equipe de saúde e de outro lado o modo como ele garante essa vinculação (FIGUEIRA, SILVA, 2011).

Na perspectiva de Boff (1999), a atuação do ACS na ESF não opera meramente em um processo sujeito-objeto, ou seja, o seu trabalho não é reduzido apenas na comunicação do serviço de saúde com a comunidade. A atuação do ACS na ESF opera na relação sujeito-sujeito, na qual este agente experimenta a comunidade como valores e símbolos. O Modo-de-ser-cuidado do ACS na ESF permite a vivência de uma valor fundamental, não como valor utilitarista, apenas para responder os anseios do serviço de saúde, mas atribui um valor intrínseco as coisas, emergindo uma dimensão de alteridade, respeito, reciprocidade e de complementaridade (BOFF, 1999).

Diante disso, o Modo-de-ser-cuidado do ACS na ESF potencializa a construção de vínculo, uma vez que este é estabelecido por meio da relação mútua entre os indivíduos

(ILHA et al, 2014). Os relatos a seguir expressam o estabelecimento do vínculo entre o ACS e a comunidade.

Você se torna tudo aquilo, igual falamos da questão de intimidade, principalmente a gente que mora próximo à comunidade. Pode ser até no fim de semana: - O médico tá lá? Tem consulta amanhã? Independente de você estar no seu horário. Então eu me vejo assim, como um vínculo mesmo, de apoio mesmo, aquele elo entre a comunidade e a unidade de saúde. (GF2)

O vínculo que a gente faz com a família é por que às vezes o médico, o enfermeiro eles são rotativos né? Não fica um tempo na unidade, vai embora. Mas o ACS não, você tá vendo que o mínimo que temos aqui são nove anos, outros dezesseis, imagina você trabalhando dezesseis anos com uma família? Você vê o filho nascer, crescer, pessoas morrerem, casarem. E às vezes o que a própria equipe não consegue o ACS consegue. Traze-lo para dentro de um tratamento, prevenir outros. (GF2)

Os participantes relataram que a construção deste vínculo se deve ao fato de estar em contato permanente com a população, seja este por pertencer à comunidade ou ao tempo de serviço. Para Horta et al (2009), o vínculo entre o profissional e o usuário deve ser dotado de fatores inter-relacionais, desencadeada a partir das relações dialógicas horizontalizadas. O estabelecimento de vínculo com o usuário torna-se uma ferramenta eficaz nas ações de saúde, uma vez que este é “um alicerce constitutivos do processo de produção de saúde” (BRASIL, 2010 p. 14). O vínculo contribui para a autonomia dos usuários e profissionais, proporcionando educação efetiva para a saúde (GEHN et al, 2011).

O relato do GF3 exemplifica como a inter-relação entre uma usuária e um ACS efetivou ações de saúde no ACS, desencadeando a produção de saúde na sua vida.

Tem um caso muito interessante na minha área de uma senhora que tinha o sonho de ser mãe, toda gravidez dela ela perdia, ela tinha trombose. Ela engravidava, tinha trombose e perdia a criança. E um dia ela chegou para mim e falou: - Eu estou grávida mas estou com medo de perder esse filho. Mas aí mandaram ela tomar um medicamento, heparina. Ela aplicava heparina nela e eu fiquei supervisionando pra ver se ela tomava esse medicamento direito. Então eu levava a heparina pra ela sempre e hoje ela é mãe. Ela perdeu muita criança, nunca pode engravidar e teve Viviane, que hoje está com seus doze, treze anos. Ela vira e fala pra ela: - Olha, ele é seu tio, é o tio Nando, ele te acompanha desde que você nasceu. Então toda vez que ela me vê passando: - Oi tio! Mas eu não sou tio dela, mas fica essa consideração. (GF3)

As ações de saúde dispensadas pelo ACS concretizaram o segmento da gravidez da usuária. Neste processo de relação entre esses sujeitos gerou novos sentidos e símbolos que transcenderam as ações objetivas do trabalho da ESF. Neste contexto, o Modo-de-ser-cuidado “não se opõe ao trabalho, mas lhe confere uma totalidade diferente” (Boff, 1999 p. 95). Partindo da perspectiva deste auto, a natureza do trabalho do ACS na ESF não é muda, ele escuta e interpreta esses sinais que são produzidos no trabalho. Este agente coloca-se ao pé das coisas, junto delas e a elas se sentem unidos. A relação estabelecida não é de domínio sobre, mas de convivência. Não é uma mera intervenção de saúde, mas uma inter-ação e comunhão entre esses indivíduos (BOFF, 1999).

Assim, o modo-de-ser-cuidado do ACS na ESF se concretiza nas relações de trabalho com a comunidade, na qual o agente, ao produzir no trabalho, gera significados e símbolos que são incorporados na sua própria identidade.

4.3.2.b Modo-de-ser-trabalho-dominação do ACS na ESF: “Por que você vê atendimento, voltou tudo para atendimento e o ACS virou um mecânico”

A despeito dos aspectos apresentados na discussão do modo-de-ser-cuidado do ACS na ESF, observa-se que o ACS se depara com alguns obstáculos no cotidiano de trabalho, o que produz um diferente modo-de-ser na ESF.

Os relatos dos participantes apontaram que a escassez de pessoal, a falta de recursos materiais, o trabalho burocrático e o trabalho produtivo distancia o ACS do seu modo-de-ser-cuidado na ESF.

Ser agente de saúde para mim é trabalhar em um sistema de saúde que está aí deixando a desejar em todos os sentidos, questões de insumos, RH, a gente não tem. A gente tem equipe descoberta lá, a gente não tem equipe completa no Centro de Saúde há mais ou menos quatro a cinco anos. Aí o que mais me preocupa nessas questões todas, a gente fica pensando, a gente discute que o agente de saúde tem que trabalhar com o coração, é tudo muito lindo quando você está com a família, acompanhando aquela família, mas se você não for humano, você não segura aquela barra. Até por que muitas vezes você pega a demanda e chega no Centro de Saúde e não consegue resolver, por que tem barreiras, tem protocolos, tem isso, tem aquilo, falta, o que a gente está falando, recursos. (GF4)

Lá no meu CS a gerente ela cobra é quantidade, ela quer que a gente cobre a área de qualquer maneira por causa desse problema do E-SUS, se não a gente não vai receber o pagamento. Ela não quer qualidade. Aí eu falo com ela: eu sinto muito, eu vou fazer é qualidade, eu não quero cobrir a área e chegar lá e falar bom dia, boa tarde e acabou, não! Eu vou continuar meu trabalho, aí o dia que você quiser ir lá você vai ver que foi com qualidade, não é quantidade. (GF2)

As mudanças no mundo contemporâneo, motivadas pelo atual contexto econômico, aliadas ao desenvolvimento tecnológico têm gerado impacto na organização da produção, causando problemas, principalmente nas áreas do trabalho (MARTINS; MILINARO, 2013). As “revoluções no mundo tecnológico de produção”, não se fazem apenas com a entrada de novas máquinas, mas também de novos modos de gerir as organizações. Neste processo há uma captura do trabalho vivo em ato na produção, permitindo que os autogovernos tenha que ser coerentes com a natureza do processo produtivo (FRANCO; MERHY, 2013).

Boff (1999) discute que desde a mais remota antiguidade, assistimos a uma ruptura entre o trabalho e o cuidado e que, a partir do processo industrial, o trabalho se caracteriza pela ditadura do modo-de-ser-trabalho intervenção, produção e dominação. O trabalho não é mais relacionado com a natureza, mas com o capital (BOFF, 1999).

Diante disso, observa-se que o modo de organização de trabalho na ESF, a introdução de novas tecnologias e novos processos de trabalho têm gerado insatisfação nos trabalhadores.

O Agente comunitário de saúde, pelo o que eu entendia, ele era uma ponte entre as famílias até a Unidade Básica de Saúde. Eles seriam uma ponte onde levaria a prevenção e a promoção da saúde. Aonde aquela família, que muitas vezes leiga, não tem o entendimento de recorrer a um centro de saúde, de ter uma referência de onde procurar o seu cuidado. O ACS era esse que estava dentro das casas, que ia promover a saúde, a prevenção, o cuidado daquela família e direcionar as famílias a uma equipe. Só que de uns tempos pra cá, mudou muito esse perfil do ACS. O ACS virou o agente administrativo, ele virou o reforço, o refúgio de tudo. Tudo agora se refere ao ACS. Então assim, muitas atribuições que quando o ACS entrou não tinha, e atribuições colocadas sem a gente entender por que tem que fazer. Ele agora tem que fazer o cartão do SUS, ele agora tem que digitar suas famílias, o serviço dele né?! Tem que fazer o cadastro, que antes ele acompanhava, dele direcionava, ele fazia busca ativa. As coisas pessoais dentro daquela casa, dentro da micro área, daquela comunidade tudo era discutido para trazer uma solução, para trazer uma promoção à saúde, uma prevenção. Só que juntou um tanto de coisa para o ACS, que ninguém tem tempo de fazer o que é do ACS. (GF1)

Considerando a trabalho prescrito para o ACS desde a instituição do SUS, discutido na primeira categoria de análise, observa-se que no decorrer do tempo foram sendo acrescentadas ao trabalho do ACS na ESF novas atividades. Esse fato distanciou o ACS do seu modo-de-ser-cuidado na ESF, prevalecendo o modo-de-ser-trabalho-dominação. Neste modo-de-ser as pessoas vivenciam uma estrutura de trabalho produtivo, racionalizado, objetivado e despersonalizado, submetidos a lógica das máquinas (BOFF, 1999). Os relatos a seguir expressam o trabalho do ACS na ESF centrado nesta lógica.

Então assim, é uma história, as coisas vão mudando, outras coisas vão aparecendo, o serviço aumentou. Igual agora com o E-SUS, a gente tem uma demanda de ter que digitar a produção. Então assim, chegou e caiu, e agora é assim. Então assim, todo dia é uma novidade, todo dia é uma coisa nova. (GF2)

É desgastante! Toda hora: “Olha o E-SUS, olha o E-SUS, oh o E-SUS, oh os números, a regional tá cobrando” Não pode deixar de fazer isso, por que se não o dinheiro não vem, é por causa de dinheiro. [...] E ainda fala: “se a sua colega não fizer você não recebe”. Ameaças! Então imagina o psicológico? (GF1)

Vem aquela cobrança: E-SUS, E-SUS! Alimenta o sistema! Parece que a gente esta ali só pra jogar os números. Eu falo assim: gente, qualquer dia desses eu vou adoecer e vou virar só um número. O prefeito não sabe quem que eu sou, não sabe quais são as minhas necessidades, as minhas angústias. Você é um número para entrar na estatística dele. Então é todo dia, a gente chega, gente alimenta o sistema. (GF3)

Lá no meu CS a gerente ela cobra é quantidade, ela quer que a gente cobre a área de qualquer maneira por causa desse problema do E-SUS, se não a gente não vai receber o pagamento. Ela não quer qualidade. (GF4)

No cenário da saúde estão vinculados diferentes objetivos, interesses e redes de relações sociais que caracteriza o modo como se produz o cuidado. Na micropolítica da produção, os processos e as tecnologias de trabalho vinculadas a mudanças efetivas no processo produtivo, impactam diretamente o modo como o indivíduo utiliza as tecnologias na produção do cuidado. (MERHY, 2009). Observa-se pelas falas dos GF que a incorporação

dessas novas tecnologias no trabalho na produção na ESF, tem sido vivenciada como um objetivo final de trabalho, constituindo um processo de dominação do trabalho deste agente. Partindo da perspectiva de Franco e Merhy (2013), o modo de organização do trabalho do ACS atualmente o leva a desenvolver ações de autogoverno colocando-o o tempo a serviço da lógica produtiva, capitalista, previamente definida.

Boff (1999) discute que “a ditadura do modo-de-ser-trabalho-dominação está atualmente conduzindo a humanidade a um impasse crucial: ou impomos um limite à voracidade produtivista associando trabalho e cuidado, ou vamos ao encontro do pior” (BOFF, 1999, p. 98). O relato a seguir explicita que a inserção de tecnologias de trabalho e o trabalho centrado no modo produtivo, tem distanciado os profissionais do objetivo da ESF, retrocedendo o cuidado na saúde centrado no modelo médico hegemônico. Neste sentido, o trabalho do ACS, que tem como objetivo de prevenir e promover saúde, passou a ser mecanizado a fim de responder a demanda do modo produtivo de trabalho.

E também uma coisa que não é só o ACS que se perdeu, até as equipes de saúde se perderam, por que hoje não se vê ESF mais. Se tiver um lugar fazendo ESF me fala! Por que você vê atendimento, voltou tudo para o atendimento e o ACS virou um mecânico. Antigamente era tão gostoso, eu fazia grupo operativo, eu fazia dinâmica com as pessoas que estavam indo na consulta de hipertensão. Hoje não, é tudo mecânico: - por que que o senhor não foi? Tudo mecânico. É consulta, é consulta e mais consulta. É sentar no computador e digitar. Então eu acho assim, ficou tudo mecânico, ficou muito cansativo e até o ACS está se perdendo também. (GF3)

Igual assim, eu gostaria de fazer muitas coisas, eu gostaria de fazer grupos. - Ah faz! Mas como que eu faço grupo nas 4 micro áreas? Nós somos de baixo risco, mas o enfermeiro tem que visitar os pacientes acamados, o médico também tem que ir. Então assim, é muita cobrança e a gente vai ficando até desanimado. Já tem ACS doente, temos 2 ACS afastada, teve uma que perdeu uma das visões. Não, você tem que digitar! Vê que a menina tá passando mal, precisava chegar nesse ponto? Se está passando mal o tanto que fez tanto faz, a outra está afastada mais de 6 meses, por fim ela se esgotou. (GF2)

O relato do GF2 revela que o processo tem dominado o profissional de tal maneira que gera adoecimento no trabalho. O desenho de novas organizações de trabalho por meio da introdução de novas atividades não é suficiente para sustentar a efetiva transformação se não estiver acompanhada de um processo de mudança nos modos de ser dos profissionais de saúde. Exercer uma atividade por obrigação, e não porque se acredita que isso deva ser feito, não alcança a virtude moral da prática profissional (CAÇADOR, 2015). Os profissionais que enfrentam tais problemas possuem diferentes condições de decisões e competências técnicas morais, as quais influenciam as formas de atribuir significados às relações e resultados de atuação, construir perspectiva de carreira e alcançar relações subjetivas satisfatórias do próprio trabalho (RAMOS, 2016).

Neste contexto, a vivência do modo-de-ser-trabalho-dominação do ACS na ESF pode desencadear problemas neste agente. “O modo-de-ser-trabalho-dominação mata a ternura,

liquida o cuidado e fere a essência humana” (BOFF, 1999). Diante disso, o modo-de-ser-trabalho-dominação pode ser considerado um desencadeador de vivências de sofrimento/angústia moral. O Sofrimento Moral é compreendido como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando o indivíduo não pode executar situações moralmente adequadas, segundo suas consciências (BARLEM, 2012).

Ademais, a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos materiais e estruturais impactam diretamente na concretização do trabalho deste agente.

Eu não trabalho para a saúde da família, eu trabalho para a população de 9.000 pessoas. São 2 ACS, eu da equipe vermelha e o outro da equipe Marrom para 9.000 pessoas. Então assim, eu acho um absurdo a gente ter que dar conta desse serviço, você tem que cadastrar, você tem que saber que fulano foi internado por que teve aquele problema. Gente vocês não tem noção do que são 9.000 pessoas. A gente chega lá e tem consultas pra gente entregar: - hoje eu não entrego. Eu tenho minhas atribuições e nas minhas atribuições falam que só se for no último caso e se o enfermeiro permitir. (GF4)

Nós tivemos uma reunião com a gerente lá da regional Noroeste, foi até em relação ao nosso trabalho, mês passado. Então ela colocou pra gente como que estava sendo o trabalho. Eu falei que o meu trabalho já tinha sido melhor, que do ano passado pra cá, quando a gente passou a ter que digitar os cadastros e depois o E-SUS, a qualidade da gente caiu. Por quê? Por que a gente esta com muita coisa pra fazer. Você chega no CS você quer jogar sua produção pelo computador, mas não tem computador disponível pra gente lançar. A gente não consegue. (GF2)

Os computadores de lá são dos tempos da nossa vó, aí você tem que ficar ali tentando. Ontem mesmo eu fiquei, mas não tenho tempo de ficar o dia inteiro digitando não, toda hora que eu estava digitando uma família, o sistema caia. Falei assim: não, chega! Eu tô cansada. (GF1)

Os relatos também indicam que o fato de se sentirem despreparados para exercer algumas atividades geram insegurança em sua prática de trabalho.

Foi uma novidade pra nós e que quando a gente começou a digitar o cadastro, no Gestão era uma coisa, agora nós dependemos do CAD-web, que é um sistema do Ministério da Fazenda que nós temos uma senha. Nós mexemos com CPF, Título de Eleitor da pessoa, todos os documentos dela. É sigilo, nós temos que ter uma ética pra isso. A pessoa do Gestão foi no CS uma vez e ensinou uma agente comunitária de como mexer no CAD-web, o restante das coisas aprendeu fazendo. Aí aquela agente comunitária ensinou as demais. (GF2)

O E-SUS eu acho um desrespeito muito grande, por que ela veio assim, do nada, surgiu a folha, a partir de agora é essa folha. Vocês vão fazer a produção e vão digitar. Gente, tem ACS lá na minha unidade que tem 60 anos, cinquenta e poucos anos, perto de aposentar, nunca mexeram com computador, não tiveram nenhum treinamento, não tiveram nada. E assim, aprenderam, aprenderam não, com toda dificuldade que ainda tem, conseguem digitar, mas assim, - oh fulano, pelo amor de Deus, me ajuda aqui pelo menos a ligar o computador. (GF1)

Embora não são todos que saibam fazer, alguns dependem de nós que temos um acesso melhor à internet, nos damos mais né? Mas nunca foi nos dado curso sobre isso. Então agora aparece na tela do CAD-web que “todas as ações no sistema são gravadas pelo departamento de informática do SUS para fins de auditoria, tudo que nós fazemos lá. Na tela aparece a mensagem: “de acordo com o artigo 313 A, do código penal brasileiro, constitui-se crime contra a administração pública a inserção de dados falsos, a alteração ou exclusão de dados corretos com fim de obter vantagem indevida ou causar dano, sob pena de reclusão de dois à doze anos e multa, você confirma alteração de dado?”. Eu sou obrigada a confirmar que sim, por que se eu não confirmar o usuário não é inserido no Gestão da prefeitura, ele não é atendido em lugar nenhum em BH se eu não for no CAD-web, por os dados dele lá, pegar o número do cartão nacional do SUS, colocar no gestão, ele não consegue pegar um remédio, ele

não consegue dar uma vacina na criança, o exercito agora exige isso aqui, vários rapazinhos novos. Então assim, nunca foram nos dados curso nenhum sobre CAD-web e agora a gente responde perante a lei que se inserir qualquer dado que não seja fidedigno. (GF3)

O problema moral também surge quando a confiança é frágil e quando a regra instituída e a ação rotinizada não correspondem às escolhas a serem feitas e quando remetem a valores pessoais e profissionais (RAMOS, 2016). Os relatos dos GF evidenciam que a digitação no CAD-Web gera um problema moral no cotidiano do trabalho deste agente, uma vez que o ACS não se sente preparado para exercer esta atividade. Ademais, o fato do ACS relatar a obrigação de executar uma atividade contra a sua vontade, o faz refletir sobre os desdobramentos da sua não-ação, ou seja, se esta atividade não for concretizada, o usuário ficará sem o direito ao serviço de saúde e direitos sociais. Esse fato pode ser considerado um desencadeador de um problema moral vivenciado pelo ACS, uma vez que a medida que sua ação interfere no direito de acesso aos serviços de saúde e de direitos sociais, o ACS vivencia uma ruptura no seu modo-de-ser-cuidado na ESF.

Para Boff (1999), o ser humano interage na natureza do trabalho de modo a conhecer suas leis, isto é, o trabalho prescrito, e intervém nele para tornar sua vida mais cômoda, concretizando o trabalho em sua forma real. É pelo trabalho que o individuo constrói o seu habitat e adapta o meio ao seu desejo (BOFF, 1999). O autor discute que é um grande desafio combinar o trabalho com o cuidado. Esses elementos não se opõem, mas se complementam. Juntos se constituem a integralidade dada experiência humana, por um lado ligado à matéria e, por outro, a espiritualidade (BOFF, 199).

Contemplar o modo-de-ser-cuidado e o-modo-de-ser-trabalho do ACS sem que ocorra dominação na ESF torna-se um desafio para a gestão no âmbito do desenvolvimento profissional do ACS. É necessário atrelar um conjunto de ações como a disponibilidade de pessoal, de recursos físicos, materiais e a educação continuada para que o ACS possa desenvolver seu trabalho a ESF. A análise revelou a importância do ACS na efetivação da ESF, sendo que o desenvolvimento profissional deste agente é uma importante estratégia para a consolidação da mudança assistencial no Brasil.



Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou compreender as dimensões prescrita e real do trabalho do ACS na ESF. A abordagem qualitativa do estudo propiciou a compreensão e a discussão do trabalho do ACS nessas dimensões.

O trabalho prescrito para o ACS está disposto nas Legislações, Portarias, Guias práticos, designados pelo Ministério da Saúde, que descrevem as atividades a serem desenvolvidas por este agente na ESF.

Ao longo dos anos, desde a institucionalização do SUS, o trabalho prescrito do ACS foi ganhando novas campos de práticas e saber. Atualmente o ACS é responsável por desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e seus agravos para os seguintes grupos populacionais: crianças, adolescentes, mulheres, gestantes, puérperas, homem, idoso, deficientes, e pessoas com doenças mentais. O campo de saber que o ACS desenvolve as ações de prevenção e promoção está vinculada a doenças crônicas, doenças endêmicas, DST/AIDS, saúde bucal, álcool e drogas, violência, direitos humanos e sociais. O ACS no trabalho prescrito deve desenvolver as suas atividades no na comunidade e, quando vinculada a esta e se necessário, pode desenvolver atividades dentro das UBS.

Neste estudo, a compreensão do trabalho real do ACS partiu sob a ótica da equipe de saúde da ESF e do próprio ACS. Evidenciou-se que a equipe de saúde considera o trabalho do ACS primordial para a consolidação da ESF.

Para a equipe de saúde, o ACS desenvolve as atividades na ESF de acordo com que é prescrito. As visitas domiciliares e o cadastro das famílias no território são considerados as atividades primordiais no trabalho do ACS. Por meio dessas que a equipe de saúde obtém informações a despeito da população para planejar as ações a serem dispensadas para a população. Ademais, a equipe considera que o cadastro efetivado pelo ACS é o ponto de partida para efetivação das demais ações na ESF, como o acesso ao serviço de saúde, distribuição de medicamentos e na continuidade de outros protocolos existentes no serviço. Além da importância do trabalho do ACS para a efetivação de tais ações, a equipe de saúde da ESF considera o ACS um “porta voz” do serviço que saúde, que leva e trás informações da/para comunidade.

O fato do ACS residir na comunidade e estar em contato permanente com a mesma, é considerado pela equipe como um ponto facilitador no estabelecimento de vínculo com a população, o que potencializa a compreensão da suas reais necessidades. Tal compreensão, ao ser ofertada a equipe de saúde da ESF é considerado um determinante para a ressignificação

da prática profissional desta equipe. A equipe de saúde ao considerar o saber do ACS institui um processo de desterritorialização do campo prescritivo e biomédico, desenvolvendo novos sentidos ao trabalho provocando mudanças práticas de trabalho.

Sob a ótica do ACS, no trabalho real identificou-se a vivência de uma dualidade no modo-de-ser do ACS na ESF: modo-de-ser-cuidado e modo-de-ser-trabalho-dominação.

No modo-de-ser-cuidado o ACS atua sob a relação sujeito-sujeito, o que faz com que este agente atribua significados ao trabalho que vão além das questões objetivas e prescritivas. No trabalho real do ACS evidencia-se a construção de fortes laços com a comunidade, o que acendem significativos valores e símbolos na vida deste agente.

No modo-de-ser-trabalho-dominação o ACS estabelece a relação sujeito-objeto, o que faz com que questões objetivas do trabalho se sobressaiam no cotidiano do ACS da ESF. A insuficiência de recursos estruturais, matérias e humanos dificultam a concretização do trabalho deste agente. Evidenciou-se que este modo de ser organiza a produção de cuidado na ESF centrado no modo de produção capitalista. A utilização de tecnologias como um meio de concretizar o trabalho do ACS levam este agente a desenvolver ações de autogoverno colocando-o a serviço da lógica produtiva, havendo um processo de dominação do trabalho do ACS. Tal dominação e a insegurança, gerada pela falta de preparo do agente em desenvolver determinadas atividades no trabalho, provoca vivências de angústia e de sofrimento moral, podendo culminar com processos de adoecimento.

Almeja-se que este estudo proporcione elementos relevantes para subsidiar novos estudos e novas discussões voltadas para o trabalho deste agente na ESF, o que torna pertinente outros estudos voltados para o trabalho dos demais membros da equipe da ESF. Acredita-se a compreensão das dimensões prescrita e real do trabalho proporcione reflexões sobre o modo como os profissionais vivenciam o trabalho, atribuindo sentidos e modos de produção.

REFERÊNCIAS

ALVES Milena do Prado; SANTOS, Silvana Sidney Costa. Um olhar sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde: a visita domiciliar. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 21, n. 1, p. 71-79, jan/abr 2007.

ANJOS, Felipe Burle dos et. al . Trabalho prescrito, real e estratégias de mediação do sofrimento de jornalistas de um órgão público. **Revista Eletrônica Sistenas & Gestão**. v. 6, n.4, p. 562-582, 2011.

Assis Marluce Maria Arújo et. al. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: **Edufba**, 2010. 182p.

BRITO, Maria José Menezes Brito et. al. Atlas.ti: Potencialidades na Análise de dados em Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. In: COSTA, António Pedro et al, **Computer Supported Qualitative Research**. Vol. 72, Ed. Springer, 2016 .

BACKES, Dirce Stein et. al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 4, n.35, p.438-442, 2011.

BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo; Cunha, Cristiano José Castro de Almeida. Operacionalizando o método da grounded theory nas pesquisas em estratégia: técnicas e procedimentos de análise com apoio do software Atlas/ti. In: **Encontro de Estudos em Estratégia**, ANPAD 1., Anais, Curitiba.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, Daniela França et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 1, n. 19, p. 78-84, Jan/mar 2010.

BARBOSA, Débora C. M. et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. Ribeirão Preto, **Medicina**, v.4, n.49, p.360-6, 2016.

BARLEM, E. L. D. **Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana**. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2012.

BENDER, Karin Gabriele et. al. Condições e modificações no processo de trabalho: concepções de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Jovens Pesquisadores**. Santa Cruz do Sul, v.6, n. 2, p. 45-59, 2016.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Regiões administrativas**. 2011. Disponível em: <<http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/estrutura-territorial/regioes-administrativas>> Acesso em 3 de agosto de 2016.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Departamento de Atenção Básica** - **ESF**. 2013. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf> Acesso em 3 de agosto de 2016.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 89-103p.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencencedora e a transformadora. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-480, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Vigilância a Saúde – Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Tracoma, Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 119p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. 35ª ed. Senado Federal. Brasília, 2012. 116p.

BRASIL. **Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. 1999. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm. Acesso em: 05 de novembro de 2017.

_____ **Ementa Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006**. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Brasília: Presidência da República, 2006.

_____ **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão do Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2002.

_____ **Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm> Acesso em 10 de janeiro de 2017.

_____ **Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014**. Altera a Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília: Presidência da República, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112994.htm> Acesso em 09 de janeiro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed. 16p.

_____ Ministério da Saúde. **Curso de capacitação em saúde da pessoa idosa**. Maranhão: UMA- SUS/UFMA, 2015.

_____ Ministério da Saúde. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 10 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf> Acesso em 14 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **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). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 14 de novembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf . Acesso em: 18 de novembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 44, de 03 de janeiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016**. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica.

_____. Ministério do Saúde. **Programa de Agentes Comunitário de Saúde – PACS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf> acesso em 11 de novembro de 2016. 40p.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Contagem Populacional disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm> Acesso em 4 de novembro de 2016.

BRITO, Jussara Cruz de. Trabalho Prescrito. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, .284-289 p.

CAÇADOR, Beatriz Santana. **Processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros da estratégia saúde da família: cartografia da produção de subjetividades**. 2015, Tese

(Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CERTEAU, Michael de. **A invenção do cotidiano: a arte de fazer**. Petrópolis, ed. 9, Editora Vozes, 2003.

CESAR, Chester Luiz Galvão. **O “enfoque de risco” em saúde pública**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 235 p. Epidemio Lógica series, nº 3.

CHANLAT, Jean-François. Ciências Sociais e Management. **Revista de Administração da FEAD- Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, 2006.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 7. ed. São Paulo: **Cortez**, 2005.

COSTA, Simone de Melo 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, Julho 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700030&lng=en&nrm=iso>. access on 2 fevereiro 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, Março de 2002.

FARIA, Helaynne Ximenes; ARAUJO, Maristela Dalbello. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, 2010.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al . Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v.20, n. 6, p. 1869-1878, Jun/2015 .

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 3, n. 21, p.899-915, 2011.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p. 17-27, jan/2008.

FOUCAULT, Michael. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v. 6, n. 2., p.152-163, 2012.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec 2013, 151-171p.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al . Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 231-240, Jan. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 de novembro de 2016.

GEHN Mari et. al. Percepção de usuários de saúde em relação às ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 12, n. 1, p. 27-37, 2011

GIL, Antônio Carlo. Como elaborar projetos de pesquisas. São Paulo: **Atlas**, 2002.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: **Atlas**, 2009.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 105-126.

HORTA, Natália de Cássia et al . A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 4, p. 524-529, Ago. 2009 .

ILHA, Silomar et. al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, v. 3, n.13, p. 556-562, Jul/Set 2014.

IMBRIZI, Jaqueline Maria et al . Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 153-169, jun. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172012000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 fevereiro. 2017.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 21, n. 2, p. 207-217, Ago/2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 2 de fevereiro 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000200003>.

JUSTO, Célia Maria Patrini; GOMES, Maria Helena de Andréa; SILVEIRA, Cássio. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.2, p.594-606, 2015.

MACHADO Letícia Martins et al. Estratégia Saúde da Família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. **Cienc Cuid Saude**. Vol. 2, n. 14, p.1105-1112, Abr/Jun 2015.

MAGALHÃES, Luís Felipe Aires. Fontes de dados demográficos e estudos de população em Santa Catarina. **Revista NECAT**. Ano 4, nº7 Jan- Jun de 2015.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1667-1676, jun. 2013.

MERHY, Emerson Elias; CECCIM Ricardo Burg. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. Niterói: UFF. Sd. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf>> Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

MERHY, Emerson Elias.; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MANZINI, Eduardo José. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos**, 2, 2004. Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. Anais. 10p.

MARIN, Maria José Sanches et. al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11,n. 16, p.4357-4365, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. São Paulo, 9 ed., Editora **Hucitec**,. revista e aprimorada, 2006.

_____ Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____ Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como uma pesquisa qualitativa. **Ciênc. Saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, Abr. 2014.

_____ Maria Cecilia de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 237-248, Sept. 1993 .

KEBIAN Luciana Valadão Alves; ACIOLI Ssonia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev Eletrônica Enferm**. Rio de Janeiro, vol. 1, n. 16, p. 161-9, jan/mar 2014.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz et. al. Sofrimento e adoecimento no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde: um estudo em estratégias de saúde da família. **Revista UNIABEU Belford Roxo**. V.8, n. 20, p. 363-379, set/dez 2015.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; CECHINEL, Caroline; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. **Rev Rene**. Florianópolis, vol. 1, n. 15, p. 123-31, jan/fev 2014.

OHIRA, Regina Hitomi Fukuda; CORDONI Luiz Junior; NUNES, Elisabete Fátima Polo Almeida. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 11, p. 4439-4448, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 10, ed. 29, p. 927-1953, out/2013.

PINTO, Adriana Avanzi Marques; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. V. 4, n. 12, p.766-9, out/dez, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a24.htm> Acesso em 2 de novembro de 2016.

RAMOS Flávia Regina Souza et al., Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, 2016; 25(2):e4460015

REIS, Wagner Gomes; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; CARCERERI; Daniela Lemos. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan/mar 2015.

REZENDE, Lilian Cristina. **O cotidiano de uma comunidade quilombola: a (des)construção da integralidade na visão de moradores e equipe de saúde**. 2015, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. 16p.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de.; GUINDANI Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. V.1 n. 1, 2009.

SILVA, Carlos Roberto Castro e et al. Participação social e a potência do Agente Comunitário de Saúde. **Psicologia & Sociedade**, vol. n. 2, p. 113-123, 2014.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de; BARCELOS, Ana Paula Medrado; LANZA Fernanda Moura. A política de formação técnica do agente comunitário de saúde: perspectivas e desafios. **Rev. APS**. Vol. 4, ed. 16, p. 469-473. Out/dez 2013

SOUZA Lázaro José Rodrigues de; FREITAS, Maria do Carmo S. de. Agente Comunitário de Saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.35, n.1, p.96-109 jan./mar. 2011

TEIXEIRA, Alex Niche; BECKER, Fernando. Novas possibilidades de pesquisa qualitativa via sistemas CAQDAS. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 5, p. 94-113, Junho/2001.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade não trabalha cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, março de 2013.

WAI, Mey Fan Porfírio; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 17, p.563-8, out/dez 2009.

WALTER, S. A.; BACH, T. M. Goodbyepaper, highlighters, scissors and glue: innovating the process of content analysis through Atlas.ti: adeus papel, marca-textos, tesoura e cola:

inovando o processo de análise de conteúdo por meio do Atlas.ti. **Seminários de Empreendedorismo e Educação**, São Paulo, v. 12, p. 1-17, 2009.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5 ed., Porto Alegre, Bookman, 2015.

YIN. R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed., Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAMBONI, Jésio; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Micropolítica da atividade. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n.36, p.113-137, jan./jun 2012.

APÊNDICE A



PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS PARA OS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS



**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA/GESTOR DO SERVIÇO/COORDENADOR DO ACE.**

Nome:	Estado Civil:	Sexo: (<input type="checkbox"/>) F (<input type="checkbox"/>) M	Idade:
Cargo:		Tempo de trabalho:	
Formação profissional:			

1. Fale sobre o trabalho do ACS/ACE.
2. Fale sobre as atividades realizadas pelos ACS/ACE.
3. Fale sobre as condições de trabalho do ACS/ACE.
4. Que significado você atribui ao trabalho do ACS/ACE.
5. No seu dia-a-dia como se dá o processo de repasse das orientações para os ACS e ACE?
6. O que você espera do trabalho do ACS/ACE no contexto da Estratégia de Saúde Família.
7. O ACS/ACE é preparado para desempenhar suas atividades no cotidiano? Fale sobre isso.
8. Quais são as facilidades no cotidiano de trabalho do ACS/ACE?
9. Quais são as dificuldades no cotidiano de trabalho do ACS/ACE?
10. Fale sobre a importância do trabalho do ACS/ACE no desempenho das suas funções?
11. Você gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE B



PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS



GRUPO FOCAL COM ACS/ACE

- 1) O que significa ser ACS/ACE/
- 2) Fale sobre seu trabalho como ACS/ACE no dia-a-dia.
- 3) Como você gostaria que fosse o seu trabalho?

APÊNDICE C



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE




Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado Plano de Carreira para os ACS e ACE, sob a responsabilidade da Professora Maria José Brito, CPF 548.487.506-44, e Professor Ricardo Alexandre de Souza, CPF 000.073.706-28, a ser executado na Rede de Atenção da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS n.º 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, e concordância do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte.

Belo Horizonte, 31 de agosto de 2015.


Fabiano Geraldo Pimenta Júnior
Secretário
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA


Ricardo Alexandre de Souza
Secretaria Municipal de Saúde

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ETAPA QUALITATIVA

Você está sendo convidado a participar do projeto integrado de pesquisa, cujas informações são descritas abaixo:

Projeto de Pesquisa intitulado: “**Plano de Carreira para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Controle de Endemia**” desenvolvido pela Prof. Dr^a. Maria José Menezes Brito (CPF 54848750644) docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e equipe de pesquisadores da instituição.

O projeto de pesquisa em questão tem como objetivo de Elaborar proposta de Plano de Cargos, Carreira e Salários para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Controle de Endemia (ACE), considerando suas ações e competências mobilizadas no exercício da função.

Trata-se de um estudo multi-métodos, incluindo etapas qualitativas e etapa quantitativa. A pesquisa trará benefícios indiretos para os ACS e ACE, uma vez que seus resultados poderão ser utilizados para valorizar a carreira dos ACS e ACE.

Desta forma convidamos para participar da **etapa qualitativa** do projeto que corresponde a seguinte atividade: **Entrevista gravada**. A sua participação é fundamental para a realização desta pesquisa, pois acreditamos poder contribuir para compreensão o papel do ACS e ACE nas ações de saúde e na identificação das competências necessárias na execução do seu trabalho. No entanto, sua participação é completamente voluntária.

A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e as Instituições participantes, em todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento e por qualquer motivo sem que isso possa causar-lhes algum prejuízo. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, garantindo o anonimato, sendo que a imagem individual e institucional será protegida, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato com o pesquisador. Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda do pesquisador acima citado, em seu setor de trabalho, na Universidade. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos. Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa.

No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu _____, declaro ter sido esclarecido (a) acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como acerca da liberdade para interromper a participação a qualquer momento sem que isso possa causar prejuízo a mim. Assim, autorizo a minha participação na pesquisa cujo título é “**Plano de Carreira para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Controle de Endemia**”, executada pela Prof. Dr^a. Maria José Menezes Brito.

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Assinatura do participante

_____ de _____ de _____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:
 COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@ufmg.br
 Pesquisador(a) Responsável: Prof^a Dr^a Maria José Menezes Brito Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100. Fone: (31) 3409-9849/E-mail: brito@enf.ufmg.br