

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – CE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
(MPSF – RENASF/FIOCRUZ)

Natalia Mindêllo Ramalho Leite

**O Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde em dois Municípios do Estado do Ceará: um estudo qualitativo**

Eusébio

2021

Natalia Mindêllo Ramalho Leite

**O Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde em dois Municípios do Estado do Ceará: um estudo qualitativo**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (MPSF/RENASF), nucleadora FIOCRUZ – CE, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vanira Matos Pessoa.

Eusébio

2021

Título do trabalho em inglês: The work process of the community health agent in two municipalities in the state of Ceará: a qualitative study.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S587v Leite, Natalia Mindêllo Ramalho.  
O processo de trabalho do agente comunitário de saúde em dois municípios do estado do Ceará: um estudo qualitativo / Natalia Mindêllo Ramalho Leite. -- 2021.  
216 f. : il. color. ; mapas

Orientadora: Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.  
Coorientadora: Vanira Matos Pessoa.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2021. Proposta de participação de instituições de ensino superior em associação com a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família.  
3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Trabalho. 5. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Natalia Mindêllo Ramalho Leite

**O Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde em dois Municípios do Estado do Ceará: um estudo qualitativo**

Dissertação apresentada à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz – Ceará.

Aprovada em: maio de 2021.

Banca Examinadora:



---

Presidente/Orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ivana Cristina de Holanda Barreto  
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará



---

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vanira Matos Pessoa  
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará



---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Sharmenia de Araújo Soares Nuto  
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará



---

Prof<sup>ª</sup>. Kelen Gomes Ribeiro  
Universidade Federal do Ceará - Ceará

Eusébio – CE

2021

A Deus, autor da minha vida, quem me fortaleceu e sustentou ao longo da jornada. À minha família, meu porto seguro, atores essenciais da minha história. E aos Agentes Comunitários de Saúde dos municípios cearenses de Fortaleza e Tauá, que a partir do exercício de autores do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, se tornaram atores das minhas reflexões e deste estudo.

**“Há os que são autores e há os que são atores”**

Cecília Donnangelo

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me abençoado com saúde, paciência e fortaleza ao longo do percurso.

Aos meus pais, José Humberto Ramalho Leite e Conceição de Maria Mindêlo Ramalho Leite, pela doação por toda a minha vida; pelo apoio e orações; por sempre acreditarem; e pelos exemplos de humildade, amorosidade, retidão e justiça.

Aos meus irmãos, Debora e Leonardo, meus amigos e companheiros de todos os momentos.

À minha família por compreender minhas ausências e sempre torcer por mim.

Ao meu esposo, Marcelo Marinho, pela compreensão, apoio, amorosidade e cumplicidade.

Aos meus filhos, Guilherme e Isaac, pelas alegrias de todas as horas e amor incondicional.

À minha orientadora, prof.<sup>a</sup> Dra. Ivana Cristina de Holanda Barreto, por sua crença, compreensão, paciência, competência e cuidado, que muito contribuíram para que eu cumprisse minha missão.

À minha coorientadora, prof.<sup>a</sup> Dra. Vanira Matos Pessoa, por aceitar colaborar com a construção deste estudo, com sabedoria, empenho, paciência e amorosidade.

À FIOCRUZ-CE por oportunizar a construção do conhecimento e consolidar minha admiração pela educação e pela ciência.

Ao Colegiado Gestor desta nucleadora e da RENASF por tamanha generosidade.

Aos professores e coordenadores do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) pela humildade em compartilhar seus conhecimentos, com paciência e dedicação, proporcionando ensinamentos além da dimensão profissional.

Às minhas queridas colegas, companheiras de caminhada, que colaboraram para o meu crescimento como profissional e pessoa, por meio de uma convivência significativa e colaborativa.

Aos sujeitos deste estudo pela colaboração.

**“Só temos hoje para amar. Só temos  
agora. [...] Amar, esse é o  
mandamento do Senhor. O Amor  
tudo pode superar. Tudo pode  
transformar”**

**(Rodrigo Ferreira)**

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Historicamente, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem confirmado sua forte representação nas ações de saúde oferecidas à população, sobretudo àquelas em situação de vulnerabilidade social, atuando como um mediador nos processos de promoção à saúde, prevenção dos agravos e apoio ao enfrentamento dos problemas do território. A Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, formulada por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, foi utilizada neste estudo e trata da prática dos profissionais de saúde no dia a dia da produção e consumo de serviços. **OBJETIVO:** Analisar o processo de trabalho do ACS na visão dos atores implicados na Estratégia Saúde da Família de dois cenários diversos do Estado do Ceará. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo transversal, de abordagem qualitativa, realizado em Fortaleza, capital, e Tauá. No total, foram realizadas 19 entrevistas em profundidade, com gestores, médicos, enfermeiros e dentistas; e 4 grupos focais, com a participação de 26 Agentes Comunitários de Saúde. Todos foram gravados e transcritos na íntegra. A interpretação do *corpus* de dados deu-se por meio da Análise Temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Plataforma Brasil – parecer nº 1.159.936. **RESULTADOS:** A interpretação do corpus de dados apontou que a organização das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde acontece conforme sua personalidade e a identificação das demandas e necessidades em saúde, priorizando a visita domiciliar e o cadastramento de famílias. A tecnologia em saúde compreende os instrumentos materiais e não-materiais, representados, respectivamente, pelas ferramentas (balança, fita métrica, fichas, cadernetas, tablets, etc.), e pelo saber operante. O trabalho ganha significado nas vivências, emoções e relações; uma construção subjetiva do “ser” agente, uma vez que se percebem como “olhos” e “escudos” da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, a deficiência da formação técnica, do suporte ao trabalho, e a violência no território compõem um cenário limitante, que podem comprometer o desenvolvimento das ações e não corresponder ao esperado pelos gestores e demais profissionais da equipe. **CONCLUSÃO:** Assim, o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde é complexo e abrangente, pois inclui ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância à saúde, e envolve a articulação de políticas sociais e de saúde no território de comunidades vulneráveis. Para o cuidado e atenção às necessidades e demandas de saúde, é proposta uma abordagem multiprofissional que contemple todos os saberes operantes, na busca de um processo mais holístico e humano.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Trabalho; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Historically, the Community Health Worker has confirmed its strong representation in the health actions offered to the population, especially those in a situation of social vulnerability, acting as a mediator in the processes of health promotion, disease prevention and support in coping with the territory's problems. The Theory of Work Process in Health, formulated by Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, was used in this study and deals with the practice of health professionals in the daily production and consumption of services. **OBJECTIVE:** The objective of this study was to analyze the work process of the Community Health Worker from the perspective of the actors involved in the Family Health Strategy in two different scenarios in the State of Ceará. **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional study, with a qualitative approach, carried out in Fortaleza, capital, and Tauá. In total, 19 in-depth interviews were conducted with managers, doctors, nurses and dentists; and 4 focus groups, with the participation of 26 Community Health Workers. All were recorded and transcribed in full. The interpretation of the data *corpus* took place through Thematic Analysis. The study was approved by the Ethics and Research Committee of Plataforma Brasil - opinion n° 1,159,936. **RESULTS:** The results showed that the organization of the activities of Community Health Workers takes place according to their personality and the identification of health demands and needs, prioritizing home visits and the registration of families. Health technology comprises material and non-material instruments, represented, respectively, by tools (scales, measuring tape, files, notebooks, tablets, etc.), and by operating knowledge. Work gains meaning in experiences, emotions and relationships; a subjective construction of “being” an agent, since they are perceived as “eyes” and “shields” of the Family Health Strategy. However, the lack of technical training, work support, and violence in the territory make up a limiting scenario, which can compromise the development of actions and do not correspond to what is expected by managers and other team professionals. **CONCLUSION:** Thus, the work process of the Community Health Worker is complex and comprehensive, as it includes health promotion, prevention, protection and surveillance actions, and involves the articulation of social and health policies in the territory of vulnerable communities. For care and attention to health needs and demands, a multidisciplinary approach is proposed that includes all operating knowledge, in the search for a more holistic and humane process.

**Descriptors:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Community Health Workers; Work; Health Knowledge, Attitudes and Practice.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Mapa do Ceará com destaque para o Município de Fortaleza.....	95
FIGURA 2	Mapa de Fortaleza, com a divisão das SER e Sercefor.....	96
FIGURA 3	Bairros da SER II.....	97
FIGURA 4	Equipamentos de Saúde SER II.....	98
FIGURA 5	Mapa do Ceará com destaque para o Município de Tauá.....	99
FIGURA 6	Mapa de Tauá-CE, apresentando alguns Distritos.....	100
FIGURA 7	Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará.....	102
FIGURA 8	Localização das UBS Aída Santos e Célio Brasil Girão (SER II – Fortaleza - CE).....	104
FIGURA 9	Localização das UBS Tauazinho II e Inhamuns, e distritos (Tauá – CE).....	105
FIGURA 10	Localização, via satélite, da UBS Tauazinho.....	106
FIGURA 11	Localização, via satélite, da UBS Inhamuns.....	107
FIGURA 12	Fluxograma da Metodologia do Estudo.....	119

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	PNAB 2017: Atribuições comuns a todos os membros das equipes da APS.....	35
QUADRO 2	PNAB 2017: Atribuições compartilhadas dos ACS e ACE.....	37
QUADRO 3	PNAB: Atribuições exclusivas do ACS.....	38
QUADRO 4	Caracterização dos municípios de Fortaleza e Tauá.....	93
QUADRO 5	Resultado de certificação das eSF/eAB que aderiram ao PMAQ-AB no segundo ciclo (2014) em Fortaleza e Tauá.....	94
QUADRO 6	Distribuição da População de Tauá por Área Urbana e Rural, segundo Censo do IBGE 2010.....	101
QUADRO 7	Distribuição da População de Tauá por Área Urbana e Rural segundo Cadastro do e-SUS em 2017.....	101
QUADRO 8	Participantes do estudo, por município.....	107
QUADRO 9	Perfil dos participantes do Estudo.....	108
QUADRO 10	Dados da Pesquisa (Entrevistas e Grupos focais).....	111
QUADRO 11	Práticas realizadas pelos ACS de Fortaleza.....	126
QUADRO 12	Práticas realizadas pelos ACS de Tauá.....	156

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABO-CE	Associação Brasileira de Odontologia seção Ceará
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente(s) de Combate às Endemias
ACS	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANACS	Associação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
APRECE	Associação dos Municípios do Estado do Ceará
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CDMT	Central de Distribuição de Medicamentos no Terminal
CDS	Centro de Desenvolvimento Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CHW	<i>Community Health Worker</i>
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COGTES	Coordenadoria de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde
CONACS	Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
COPROM	Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde
COSEMS/CE	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará
COVID-19	<i>Corona Virus Disease</i>
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CTACS	Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DESF	Departamento de Saúde da Família
DF	Distrito Federal
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPS	Educação Popular em Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
ETSUS	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
FEBEMCE	Fundação do Bem-Estar do Menor do Ceará
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
FSSSF	Fundação de Serviço Social do Distrito Federal
FUSEC	Fundação de Saúde do Estado do Ceará
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMEP	Instituto de Medicina Preventiva
INAMPS	Instituto Nacional de assistência Médica da Previdência Social
ISAGS	Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MF	Médico de Família
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NEP-SAMU	Núcleo de Educação Permanente do Serviço de Atendimento Médico de Urgência
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
P.A.	Pressão Arterial
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAPS	Planificação da Atenção Primária à Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PESMIC	Pesquisa sobre a Saúde Materno-Infantil no Ceará
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares à Saúde
PISUS	Programa de Interiorização do SUS
PL	Projeto de Lei
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PROFAGS	Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
RENORBIO	Rede Nordeste de Biotecnologia
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA	Secretaria Estadual da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIPACS	Sistema de Informação sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS	SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNASUR	União de Nações Sul-Americanas
UnB	Universidade de Brasília
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. JUSTIFICATIVA.....	24
3. OBJETIVOS .....	27
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
4.1 Processo de mudança do modelo assistencial no Brasil: PACS, SUS, PSF e ESF.....	28
4.1.1 A Estratégia Saúde da Família no Ceará.....	42
4.2 O Agente Comunitário de Saúde.....	47
4.2.1 A Trajetória do Agente Comunitário de Saúde.....	47
4.2.2 As Atribuições do Agente Comunitário de Saúde.....	53
4.2.3 Os Desafios e as Conquistas do Agente Comunitário de Saúde.....	60
4.2.3.1 COVID–19 e a crise socio sanitária no Brasil.....	69
4.2.3.2 Novo Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Diretrizes e Orientações..	71
4.3 O Processo de Trabalho em Saúde.....	74
4.3.1 O Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Brasil.....	80
5 METODOLOGIA.....	89
5.1 Tipo de estudo.....	89
5.2 Revisão Documental.....	90
5.3 Cenário do estudo.....	92
5.3.1 Características dos municípios.....	93
5.3.1.1 A Rede de Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família em Fortaleza.....	95
5.3.1.2 A Rede de Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família em Tauá.....	99
5.3.2 Caracterização dos participantes.....	104
5.3.3 Coleta de dados.....	110
5.4 Análise e tratamento dos dados.....	113
5.5 Triangulação dos Resultados.....	116
5.6 Apresentação dos Resultados e Discussão.....	118
5.7 Aspectos éticos.....	120
6 ANÁLISE E DESCRIÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	121
6.1 Aspectos gerais do processo de trabalho da ESF no município de Fortaleza.....	121

6.1.1 O Processo de Trabalho do ACS: do sentido do trabalho aos numerosos desafios.....	125
6.1.1.1 <i>A Participação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na ESF</i> .....	125
6.1.1.1.1 <i>Educação em Saúde e Visita Domiciliar: práticas cotidianas</i> .....	127
6.1.1.1.2 <i>Combate às Arboviroses</i> .....	132
6.1.1.1.3 <i>Outras participações</i> .....	134
6.1.1.2 <i>O Sentido do trabalho do Agente Comunitário de Saúde</i> .....	135
6.1.1.2.1 <i>Perspectivas do Processo de Trabalho segundo os trabalhadores ACS</i> .....	139
6.1.1.3 <i>Desafios e Ressignificações nas práticas do Agente Comunitário de Saúde</i> .....	141
6.2 Aspectos gerais do processo de trabalho da ESF no município de Tauá.....	148
6.2.1 O Processo de Trabalho do ACS: do sentido do trabalho aos numerosos desafios.....	155
6.2.1.1 <i>A Participação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na ESF</i> .....	155
6.2.1.1.1 <i>Visita Domiciliar e Educação em Saúde: práticas cotidianas</i> .....	157
6.2.1.1.2 <i>Combate às Arboviroses</i> .....	163
6.2.1.1.3 <i>Outras participações</i> .....	164
6.2.1.2 <i>O Sentido do trabalho do Agente Comunitário de Saúde</i> .....	166
6.2.1.2.1 <i>Perspectivas do Processo de Trabalho segundo os trabalhadores ACS</i> .....	170
6.2.1.3 <i>Desafios e Ressignificações nas práticas do Agente Comunitário de Saúde</i> .....	173
7 DISCUSSÃO.....	178
7.1 Aspectos relacionados ao objeto de trabalho e à atividade humana.....	178
7.2 Aspectos relacionados às tecnologias/instrumentos de trabalho.....	182
7.3 Aspectos relacionados ao agente do trabalho: o ACS – em busca de sua identidade.....	187
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	192
9 REFERÊNCIAS .....	194
APÊNDICES.....	208
A - Roteiro de Entrevista para Gestores.....	209
B - Roteiro de Entrevista para os profissionais médicos, dentistas e enfermeiros.....	211
C - Roteiro do Grupo Focal e/ou Entrevista com ACS.....	214
D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	216

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das principais inovações tecnológicas do século XX e é fruto de conquistas e caminhos historicamente trilhados. Ao longo de seus quase 80 anos de existência, a APS trouxe importantes transformações epistemológicas e conceituais ao campo da saúde. Modificou profundamente as estratégias políticas e organizacionais e ainda alterou as práticas e o trabalho em saúde (MENDONÇA *et. al.*, 2018).

Em sua dimensão internacional, a proposta de constituição de uma APS abrangente e integral foi apresentada e debatida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, em Alma-Ata, na antiga União Soviética, sob coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), conformada na Declaração de Alma-Ata, que orientou para a organização dos sistemas nacionais de saúde com ênfase no cuidado de base local, pautado em necessidades e problemas da família e da comunidade. Essa proposta influenciou as reformas sanitárias ocorridas nos anos 1980 e 1990, principalmente em países que organizaram sistemas de saúde públicos e universais (GIOVANELLA, 2015).

Desse modo, várias ações de saúde realizadas no Brasil no período de 1920-1980 podem ser classificadas de APS e de territorialização dos serviços de saúde incipientes, como: as ações oferecidas pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), principalmente no Norte e Nordeste do país, organizadas em redes de unidades de saúde de diferentes complexidades tecnológicas e em base territorial; a expansão de centros de saúde vinculados às secretarias estaduais, predominantemente com ações de atenção materno-infantil e de saúde pública para controle de grandes endemias; e o uso de visitantes sanitários circunscritos a determinado recorte geográfico-demográfico (GONDIM & MONKEN, 2018).

A partir dos anos 1970, com o movimento da Reforma Sanitária brasileira, algumas propostas de APS ampliada foram implantadas para organizar serviços de saúde em base territorial orientadas por hierarquização, descentralização e universalização. A pioneira foi com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, que tinha como objetivo criar uma estrutura básica de saúde nos municípios com até 20.000 habitantes, utilizando pessoal de nível auxiliar e da própria comunidade. O PIASS teve como resultado principal a ampliação da rede física para o atendimento mais próximo à população, porém com pouco investimento na melhoria das ações de saúde (GONDIM, 2011 *apud.* GONDIM & MONKEN, 2018).

O governo federal, reconhecendo a profunda crise do modelo assistencial vigente, cria, nos anos 1980, um plano de ação por meio do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), voltado para ações primárias com ênfase na assistência ambulatorial. Seguindo essa orientação, em 1983, foi implantada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), constituída como estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde, que pretendia contribuir para o alcance de alto grau de resolutividade e desenvolvimento da capacidade gerencial dos serviços no nível local e regional (GONDIM & MONKEN, 2018).

Em 1986, a 8ª. Conferência Nacional da Saúde consagra os princípios preconizados pelo movimento da Reforma Sanitária, e, em 1987, é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como consolidação das AIS e com a adoção de diretrizes fundamentais, como: universalização e equidade no acesso aos serviços; integralidade dos cuidados; descentralização das ações de saúde; e desenvolvimento de políticas de recursos humanos (PAIM, 1999 *apud*. GONDIM & MONKEN, 2018).

Em 1988, a Constituição Federal do Brasil, no Art. 196, passou a definir a saúde como um 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. A partir desse lema, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade no acesso aos serviços de saúde. Conforme a Lei nº 8.080/90 – “Lei Orgânica da Saúde” - promulgada pelo Ministério da Saúde (MS), regulamentando o SUS, a saúde passou a ser definida não somente como a ausência de doenças, mas determinada por uma série de fatores presentes no dia a dia, os determinantes sociais da saúde, como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. (CF, 1988; ROSA & LABATE, 2005).

A busca pela eficiência e produtividade esteve atrelada nas proposições do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e das AIS, o que se tornou cada vez mais frequente nos diversos projetos de reorganização de serviços e sistemas de saúde. A confluência de duas diretrizes ao longo dos anos 1990 e 2000, descentralização e municipalização dos serviços de APS, imprimiu contornos muito específicos à reforma do sistema de saúde nacional (FAUSTO, ALMEIDA & BOUSQUAT, 2018).

Uma das expressões dessa proposta é a Saúde da Família, estratégia prioritária para a organização e reorientação da APS e do sistema local de saúde. É um modelo de Atenção Primária peculiar do país, que incorpora outros elementos de sua concepção abrangente, como

centralidade na família e o direcionamento para a comunidade. Aqui, o termo reorientação pode ser igualmente apropriado para argumentar a favor da reconfiguração da relação entre o Estado e as necessidades de saúde da população, historicamente marcada pelo propósito de remediar a precariedade em alguns contextos (MENDONÇA *et al.*, 2018; MOROSINI & FONSECA, 2018).

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início quando o MS formulou, em 1991, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência obtida no Ceará com o PACS, o MS percebeu a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos serviços básicos de saúde dos municípios e passou a focar a família, não mais somente o indivíduo, como unidade de ação programática de saúde (ROSA & LABATE, 2005).

De expressiva capilaridade em diferentes territórios, o PACS foi ampliado, em 1991, em caráter emergencial, para o enfrentamento da epidemia do cólera nas regiões Norte e Nordeste com ações focalizadas de prevenção de agravos e doenças. Estruturado em base populacional e territorial, estabelecia vínculo do agente com a comunidade e as famílias. Desta forma, ao longo de sua trajetória a partir da institucionalização do PACS, inicialmente no Estado do Ceará, em 1986, o ACS tem confirmado sua forte representação nas ações de saúde oferecidas à população, sobretudo àquelas em situação de maior vulnerabilidade social e de saúde (SILVA, DIAS, RIBEIRO, 2011; GONDIM & MONKEN, 2018).

Nesse contexto, associada à situação epidemiológica do Brasil, às experiências exitosas de organização dos serviços de saúde em alguns municípios, à pressão de gestores municipais e estaduais, e à pressão internacional pelo desenvolvimento de políticas de APS, foi implementado o PSF, adotado pelo MS em 1994, com propostas para mudar a concepção de atuação dos profissionais da saúde, que passaram a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua família e comunidade (ANDRADE, BARRETO, CAVALCANTI, 2013).

No Brasil, desde o PSF, posteriormente credenciado como Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2006, e as edições das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB), o SUS optou pela trajetória que tem na APS uma estratégia central. Essa forma de cuidado em saúde originou uma cultura sanitária, em várias de suas dimensões, diferente daquela da biomedicina tradicional, valorizando o sujeito, a família e a comunidade, e promovendo profundas reformas políticas, sanitárias e nas práticas de saúde. A APS abrangente, integral e

compreensiva – com ênfase nos determinantes sociais da saúde e nas suas inter-relações com o desenvolvimento econômico e social do país – representa uma política de mudança do modelo assistencial e referência para implementação do SUS, comprometida com o movimento da Reforma Sanitária brasileira e com a abordagem no escopo da saúde coletiva (MENDONÇA *et. al.*, 2018).

Em síntese, o PACS (1991) e o PSF (1994), tendo o Ceará como protagonista, e a ESF (2006) representam um salto organizativo e de resolubilidade importantes na política de saúde no nível da APS. Portanto, vêm a demandar processos de trabalho específicos para os profissionais neles envolvidos que contemplem o cuidado em saúde, a assistência social e a educação em comunidades vulneráveis.

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), o modelo de APS implantado no Brasil, se comparado a outras experiências com a mesma orientação, apresenta três particularidades: a responsabilidade das equipes multidisciplinares sobre territórios definidos e com população adscrita; a presença dos ACS como parte da equipe; e a inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde. Elas apontam para um modelo assistencial, preconizado na ESF, que, segundo Merhy e Franco (2003), segue uma APS integral e robusta, atributos que associam e buscam um adequado balanço entre uma abordagem do cuidado individual e do coletivo, ou seja, da saúde de indivíduos e da população, abarcando a promoção, a prevenção e o cuidado contínuos; o atendimento oportuno de demandas espontâneas; e as ações programáticas. Esse cuidado é realizado por uma equipe multiprofissional, a Equipe Saúde Família (eSF), na qual o ACS tem uma função primordial na mobilização social, na mediação para o enfrentamento dos determinantes sociais e na participação em ações estratégicas diante de problemas de saúde populacionais no território (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Desta forma, os profissionais da eSF devem desempenhar suas atividades de forma interprofissional, com gestão coletiva, merecendo destaque a colaboração do ACS para promover a interação dos profissionais com a comunidade por meio do compartilhamento de saberes, experiências e habilidades, possibilitando uma atenção à saúde de melhor qualidade e resolubilidade (BRASIL, 2012).

Desde o início dos anos 1990, existe um complexo de forças que produzem sentidos diversos para o trabalho e as práticas do ACS. Por exemplo, em um plano mais geral, a própria concepção do processo saúde-doença. Esta transita entre a determinação social, em um polo, indicando ao ACS uma atuação pautada na educação em saúde de sentido ampliado, e uma concepção de inclinação biomédica, no outro polo, orientando a atuação do ACS na realização

da educação em saúde organizada com base nas doenças. Ambas repercutem na orientação do seu trabalho, ou seja, nas relações que os ACS estabelecem com as equipes de saúde e no território (MOROSINI & FONSECA, 2018).

O ACS representa um elo de ligação entre a comunidade e a APS. Por, geralmente, fazer parte e conhecer a realidade das pessoas que vivem no território adscrito à Unidade Básica de Saúde (UBS), o ACS tem a confiança da comunidade e a facilidade de aproximá-la aos serviços oferecidos e, conseqüentemente, aos demais profissionais da equipe de saúde. Portanto, o ACS tem importante papel no processo de vinculação de uma pessoa e/ou família à ESF, com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar, prevenir os agravos e apoiar no enfrentamento aos principais problemas do território. Além disso, ele desempenha o importante papel de mediador social, ou seja, educador e agente mobilizador da comunidade, entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; e a capacidade do autocuidado da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado. Portanto, suas ações têm como potencial a oportunidade de identificar as reais necessidades de saúde da população e preparar o indivíduo e/ou comunidade para o enfrentamento de suas adversidades (FROCOLLI, GOMES, GRYSHEK, 2014).

Barreto & Matos (*apud* FIOCRUZ, 2018) afirmam que, se no trabalho do ACS verifica-se um acúmulo de problemas que refletem a situação social e de saúde de suas comunidades, e os limites da ESF e do SUS, nele encontra-se também um potencial importante de contribuição para a superação desses problemas, dado o papel articulador do ACS quanto a diversas políticas públicas, como saúde, educação e assistência social, em comunidades vulneráveis.

Assim, apresento a questão norteador deste estudo: **Como o processo de trabalho do ACS é percebido pelos atores implicados na ESF em dois cenários diversos do Estado do Ceará, de forma a corresponder às necessidades em saúde do território, apresentadas pela população?**

## 2 JUSTIFICATIVA

O Estudo se adequa à linha de pesquisa ‘Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde’, do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Fundação Oswaldo Cruz – Ceará (MPSF/RENASF/FIOCRUZ-CE). Ela propõe a formulação e desenvolvimento de investigações que enfocam a elaboração e a avaliação de iniciativas, projetos, programas e políticas de atenção e gestão do cuidado, no contexto da ESF, no sentido da humanização, integralidade, resolubilidade e participação popular (EDITAL RENASF/MPSF, 2017).

E qual relação pode ser feita entre o tema do Estudo e a minha trajetória profissional, que possa ter fomentado motivações para o seu desenvolvimento?

O Curso de graduação em Odontologia na UNIFOR – Universidade de Fortaleza – de 1998 a 2002, me deu muitos subsídios para a vida profissional, e outros, para a pessoal. As disciplinas de Saúde Coletiva e Estágio Extramuro me despertaram para o cuidado e a atenção integral à saúde por meio de visitas domiciliares e de atividades de Promoção e Educação em Saúde realizadas na comunidade do Dendê e nas Instituições Públicas de Ensino Infantil, Fundamental e Médio, com o apoio institucional da Universidade.

Ao concluir o curso de graduação, assumi, por concurso público, o cargo de cirurgiã-dentista da ESF da Prefeitura de Aracoiaba – CE, onde trabalhei por dois anos no distrito rural de Ideal. Neste, além das consultas clínicas, me senti estimulada, pelo trabalho em conjunto com a equipe, a realizar atividades voltadas à Saúde Coletiva, como ações de Promoção e Educação, contemplando não somente a saúde bucal, mas buscando uma atenção integral ao bem-estar da comunidade.

Nesse mesmo período, participei do Curso Introdutório em Saúde da Família, da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), objetivando: 1) compreender a base para o desenvolvimento do processo de planejamento de uma equipe de saúde; e 2) identificar os fundamentos do processo de organização e prática do serviço de saúde da família. Concomitantemente, ingressei no Curso de Especialização em Periodontia da Associação Brasileira de Odontologia seção Ceará (ABO-CE), cujos conhecimentos adquiridos foram oferecidos aos profissionais de saúde, colegas de equipe e, principalmente, à comunidade assistida pela ESF do município de Aracoiaba.

Alguns acontecimentos me afastaram da prática da Saúde da Família e me fizeram focar na atenção privada. No entanto, por vezes me senti insatisfeita com o trabalho que realizava. Este não fazia tanto sentido em minha vida, como se faltasse algo que mexesse com

minhas sensações e emoções. Não conseguia compreender o que era. Ao mesmo tempo, me considerava “segura” em minha zona de conforto. E assim se passaram oito anos.

Em 2013, após provocação, decidi ir atrás do concurso que houvera prestado, em 2006, para o cargo de cirurgiã-dentista da ESF do município de Fortaleza. Após decisão judicial, assumi o cargo. Desde então, voltei a me envolver em atividades características desta estratégia de saúde e, conseqüentemente, a experimentar a alegria de realizar um trabalho que faz a diferença na vida das pessoas. Tudo começou a fazer mais sentido. Fui me encantando com a possibilidade de trabalhar em equipe, criar vínculos com a comunidade e contribuir, de alguma forma, para a promoção do bem-estar e qualidade de vida das pessoas ao meu redor.

A saúde e a educação ganharam maior importância quando da experiência dos Cursos de Capacitação e Aperfeiçoamento em Aprendizagem Significativa para o SUS (CAS-SUS), com foco nas Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem, oferecidas pela Coordenadoria de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde (COGTES), em parceria com o Núcleo de Educação Permanente do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (NEP-SAMU), da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), em 2015 e 2017, respectivamente. Ambas as formações reforçaram a relevância do trabalho desenvolvido em equipe com o objetivo de se aproximar da realidade na qual ela se insere, o que me levou a refletir sobre o papel social da educação na busca da transformação dos processos de trabalho que possam promover um empoderamento significativo dos sujeitos envolvidos.

Atualmente, além do trabalho na ESF da PMF, atuo, desde 2017, como facilitadora do Curso CAS-SUS oferecido pela PMF aos profissionais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e inseridos na ESF deste município.

O ingresso no MPSF – RENASF/FIOCRUZ é um sonho realizado por ser uma grande oportunidade de uma formação mais aprofundada na área, na medida em que me leva a refletir sobre o papel social do trabalho, não apenas no seu valor formal, mas, sobretudo, na possibilidade de intervir, aprimorar e transformar os processos de trabalho por meio de uma atuação embasada nos pilares profissionais e da cidadania, sempre buscando o bem estar daqueles para os quais e com os quais presto atenção e cuidado em saúde.

Desta forma, os conhecimentos prévios e adquiridos, as práticas e experiências vivenciadas me mobilizaram a investigar a percepção acerca do processo de trabalho desenvolvido pelos ACS, os quais conquistaram a confiança das famílias, dos serviços de saúde e das demais instituições da sociedade, e, assim, o seu reconhecimento profissional. Além disso, alguns aspectos históricos e outros atuais justificam a escolha do objeto de trabalho e a relevância da análise proposta no estudo.

Considerando que o Ceará é pioneiro na implantação de políticas públicas da APS, como o PACS (1986) e o PSF (1994), e que as ações desempenhadas pelo ACS no Estado ocorrem por mais de três décadas, o conhecimento e a reflexão sobre seu processo de trabalho são de grande relevância, na tentativa de responder à necessidade de aprimorar, ampliar e/ou adequar seu campo de práticas às novas realidades sociodemográfica e de saúde do século XXI.

Ademais, conforme Lavor, Lavor e Lavor (2004), diante do atual quadro da saúde em rápida transformação, essa categoria profissional merece uma atenção especial, pois apresenta grandes possibilidades de oferecer inestimáveis contribuições à humanização dos serviços de saúde ao alicerçarem uma nova relação entre estes e a sociedade a que pertence.

A relevância deste estudo também se faz presente pelos desafios atuais apresentados ao SUS e à ESF, no contexto da austeridade econômica da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 – a Política do “teto dos gastos públicos”; e da PNAB 2017 (BRASIL, 2017<sup>a</sup>), que apresenta, dentre outras proposições, uma redução da quantidade de ACS na eSF; uma nova modalidade de eSF, sem ACS; e uma gama de novas atribuições para esta categoria, inclusive com foco biomédico, como: aferição de pressão arterial (P.A.), medição de glicemia capilar e realização de técnicas limpas de curativos.

Como consequência, os ACS vêm sofrendo, nos últimos tempos, diversos outros desafios para a organização e o desenvolvimento de seu processo de trabalho, diante da crescente demanda dos serviços, como o monitoramento de ações programáticas, o cumprimento de metas quantificadas e a alimentação dos sistemas de informação em saúde; das precárias condições de trabalho; das fragilidades socioeconômicas da população; das peculiaridades do território, como a violência; e do pouco investimento em Educação Permanente em Saúde. Além disso, em algumas situações, se deparam com a incompreensão do seu papel no processo de trabalho da ESF, e, em muitas realidades, com a baixa articulação com os demais membros da eSF. Mais recentemente, enfrentam os desafios diante da *Corona Virus Disease* (COVID-19) e consequente crise socio sanitária que se instalou em nosso país (MOROSI & FONSECA, 2018; RAMOS *et. al.*, 2017; SILVA, DIAS, RIBEIRO, 2011; SOUZA *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2011; SANTOS & FARIAS FILHO, 2016; NOGUEIRA & BORGES, 2021).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o processo de trabalho dos ACS na visão dos atores implicados na ESF de dois cenários diversos do Estado do Ceará.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Compreender a percepção dos ACS de Fortaleza e Tauá sobre seu processo de trabalho;
- Caracterizar o processo de trabalho dos ACS na percepção dos gestores municipais de saúde e dos atores da ESF (médicos, enfermeiros e dentistas) de Fortaleza e Tauá;
- Comparar o processo de trabalho dos ACS entre os municípios de Fortaleza e Tauá

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O marco teórico do presente estudo foi dividido em quatro temas principais: o Processo de mudança do modelo assistencial no Brasil (PACS, SUS, PSF e ESF); o Agente Comunitário de Saúde, abordando sua trajetória, atribuições, desafios e conquistas alcançadas; e o Processo de Trabalho em Saúde e do Agente Comunitário em Saúde no Brasil.

A *Teoria do Processo de Trabalho em Saúde*, formulada por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, em 1988, foi considerada o referencial teórico central do Estudo.

### 4.1 Processo de mudança do modelo assistencial no Brasil: PACS, SUS, PSF e ESF

O esgotamento do paradigma biomédico, a mudança do perfil epidemiológico e os desafios sociopolíticos e culturais das últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários, entre as quais merecem relevância os paradigmas da saúde coletiva no Brasil e da promoção da saúde – compreendida como estratégia de articulação entre a saúde do indivíduo e as políticas públicas – nos países desenvolvidos (TAVARES, ROCHA & MAGALHÃES, 2018).

No Brasil, até o final de 1980, o modelo de saúde hegemônico era o curativista, de atendimento individual e centrado na consulta médica, no atendimento hospitalar e nas especialidades médicas. Este modelo assistencial, biomédico ou hospitalocêntrico, sofreu forte crítica por parte do Movimento da Reforma Sanitária, movimento político e social, que defendia o acesso às ações e serviços de saúde de forma universal e equânime, a partir de um sistema organizado de forma descentralizada e integralizada, garantindo a participação popular. Os princípios centrais adotados pela Reforma Sanitária foram: direito universal à saúde; caráter intersetorial dos determinantes sociais da saúde; papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; participação popular; controle democrático; e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (ANDRADE, BARRETO & CAVALCANTI, 2013; PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

A grande mobilização de diferentes setores da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Entre os principais temas estavam o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde, à reformulação do sistema nacional de saúde e ao financiamento do setor. Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor

público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único. Em outubro de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, completa-se o processo de retorno do Brasil ao regime democrático. No contexto de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde: o SUS. Transformava-se, então, profundamente, a organização da saúde pública no Brasil (PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

As propostas da Reforma Sanitária passaram a ser garantidas pela Constituição Federal, nos artigos 196 a 200. Sua regulamentação ocorreu pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, aprovada em 1990, que orienta a implantação das ações e serviços de saúde executados pelo SUS e dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde da população; e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, indicando princípios e diretrizes norteadoras da política de saúde no Brasil. A conquista do direito universal à saúde, a partir da criação do SUS, assegurou o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, trazendo a necessidade de operacionalizar seus princípios por meio do desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde, o que resultou em maior visibilidade aos serviços oferecidos pela APS (CANUTO, 2012).

Istúriz (2015) defende uma APS acessível, longitudinal, integral e coordenadora do cuidado, disposta no centro de uma rede integrada de serviços de saúde, capaz de articular ações intersetoriais que atuam sobre os determinantes sociais, promovendo a saúde e garantindo a equidade e o acesso universal e de qualidade, que implica na ausência de barreiras à atenção, sejam do tipo geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais e de gênero. Segundo Melo e Miranda (2018), especialmente na configuração brasileira, destacam algumas características e funções da APS, a saber: base e inserção territorial, trabalho em equipe multiprofissional, atuação sobre problemas/riscos coletivos, vínculo e adscrição de clientela, cuidado continuado e acolhimento espontâneo.

A década de 1990 assume como tarefa essa reforma arrojada, que representa uma ruptura da lógica anterior da política pública de saúde, num contexto completamente adverso, de discussão e busca de ordenamento do papel do Estado. No aspecto ideológico, o contexto de crise fiscal e econômica levou a várias políticas de ajuste, com cortes das despesas públicas, particularmente com despesas das políticas sociais. Era também o momento de reestruturação da relação entre o Estado e o mercado, defendendo-se uma relação virtuosa entre ambos e atribuindo-se ao Estado, aliás, o papel subsidiário, ou seja, de atuar quando o mercado não desse

conta. Então, era esse o contexto normativo e ideológico da época, que teve influência no SUS, na implantação da política de saúde (MENICUCCI, 2014).

O legado da Reforma Sanitária é avaliado com base em uma perspectiva histórica que considera a trajetória da saúde no Brasil, em que não se deixa de apreciar a dimensão excludente do acesso à atenção à saúde antes do SUS, bem como perceber os avanços que se expressam na Constituição de 1988. Assim, chama-se atenção para o desenvolvimento e ampliação de iniciativas concretas que fazem valer os direitos afirmados em âmbito constitucional. Dentre elas, destacam-se: a implantação e ampliação do PSF, no âmbito da APS; e a instituição de uma série de programas e iniciativas, considerados bem-sucedidos em diversas áreas, como vigilância sanitária e vacinação (PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

Ademais, renomados educadores e pesquisadores, como Paulo Freire, Hortência de Holanda e Carlos Brandão, propunham ações educativas que possibilitassem o desenvolvimento de potencialidades para a transformação das condições de vida, mobilizando a participação da população e respeitando o contexto local e seus recursos, assim como defendendo o enfoque multi e interdisciplinar. Tais iniciativas foram adotadas pelos movimentos de Educação Popular em Saúde (EPS), que apoiavam, entre outros, o movimento sanitário em processo de organização (TAVARES, ROCHA & MAGALHÃES, 2018).

Rosa e Labate (2005) afirmam que o PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida em dezembro de 1993 em Brasília, Distrito Federal (DF), sobre o tema “Saúde da Família”, convocado pelo gabinete do então Ministro da Saúde, Henrique Santillo, com apoio do UNICEF. A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os ACS não trabalhassem de forma isolada. Como resultado, a Portaria n° 692, de 25 de março de 1994, considerou o Programa de Interiorização do SUS (PISUS) e o PSF como metas do MS.

O PACS, adotado nacionalmente, visou promover a reorientação da assistência à saúde, destinada à APS (Portaria n° 1.886, Lei n° 10.507) e prestada pela gestão municipal do SUS. O PSF, formulado inicialmente nos moldes do PACS – introdução em pequenos municípios e APS de caráter restritivo –, avançou em vários aspectos. Após inúmeras críticas, estabeleceu diálogo com atores do SUS e fora dele, inclusive no âmbito internacional por meio de consultorias ao MS, e extrapolou os limites das regiões Norte e Nordeste incorporando experiências exitosas do Médico de Família (MF) em outras regiões do país (Sul e Sudeste). Foi consolidado entre os modelos PACS e MF, mas se difere por introduzir mudanças significativas nas práticas e no processo de trabalho em saúde, em ações extramuro (no

território), desenvolvidas por vários profissionais com foco no domicílio, nas famílias e na comunidade (SANTOS & FARIAS FILHO, 2016; GONDIM & MONKEN, 2018).

Em 2004, instituiu-se, pela Portaria nº 198/GM do MS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS, estreitando a relação entre ensino e serviço. Esta Política considera que a Educação Permanente em Saúde agrega aprendizagem, reflexão crítica sobre o trabalho, “resolubilidade” da clínica e da promoção da saúde coletiva. E evidencia, ainda, a importância de que as demandas para a formação dos trabalhadores no SUS levem em conta, prioritariamente, os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho. Esta compreensão determina uma necessária articulação intra e interinstitucional que promova colaboração entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação, e do controle social, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e maior efetividade das ações de saúde e educação (BRASIL, 2004c).

Educação Permanente é originalmente um conceito do campo da educação, que foi trazido pela OPAS para a saúde e no Brasil instituído como política. Muito embora a PNEPS tenha mudado de sentido nas sequenciadas novas composições da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) e, em função da disputa de projetos, tenha se produzido uma polissemia em torno da ideia de Educação Permanente em Saúde, a aposta de aprendizagem a partir da reflexão sobre a experiência e da educação permanente como estratégia de gestão entrou no repertório do SUS para não mais sair. E seu principal lugar de experimentação é a APS (FEUERWERKER & CAPOZZOLO, 2018).

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, fugia à concepção usual dos demais programas concebidos pelo MS, já que não era uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracterizava-se como estratégia de reorientação da atenção à saúde e estruturante dos sistemas municipais de saúde, que possibilitava a integração e promovia a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, visando atender indivíduo e família de forma integral e contínua (MENICUCCI, 2014).

A implantação do PSF abrigou, portanto, tal dicotomia: de um lado, ratificou sua condição de programa com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e *modus operandi* estabelecido/normatizado; de outro lado, reivindicou a posição de “estratégia” por sinalizar um caminho possível para se alcançar os objetivos do SUS,

reorientando o modelo assistencial a partir da APS, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

Assim, em 28 de março de 2006, por meio da Portaria n° 648, o PSF deixou de ser um programa e credenciou-se como estratégia, a ESF, uma proposta de reorientação do modelo assistencial, considerada um dos eixos norteadores da APS. As intervenções propostas visavam atender toda a população, promovendo ações aos indivíduos e suas famílias de forma individual, integral e contínua, seguindo os princípios do SUS. Assim, a ESF passou a compor a porta de entrada do sistema de saúde e deveria ser capaz de resolver grande parte dos problemas ou atender as necessidades de saúde por meio de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção (LACERDA *et al.*, 2017; MENDONÇA *et al.*, 2018).

Em sequência, o Pacto pela Saúde (2006) destaca-se como diretriz marcante para o desenvolvimento da institucionalização da política de APS. Além do propósito de redefinir as responsabilidades dos três entes da federação, a fim de firmar compromissos com os resultados sanitários, o pacto estabeleceu prioridades em três sentidos: manutenção do compromisso com as diretrizes e princípios do SUS, com a qualificação da gestão e organização da atenção à saúde, e, especificamente, com a perspectiva de fortalecimento da APS no país (BRASIL, 2006d).

Como parte das estratégias do Pacto pela Saúde, foi instituída a PNAB 2006, em que claramente se estabeleceu a saúde da família como estratégia prioritária para reorientação do modelo assistencial na APS. Assim, essa política marca e consolida a incorporação da categoria “território” no processo de trabalho das eSF para compreensão das condições de vida, da situação de saúde e das necessidades de grupos populacionais; na delimitação de áreas e microáreas, respectivamente, espaço de atuação da equipe e de cada ACS; na organização das redes de atenção no SUS; na pactuação e negociação de ações; e no financiamento e alocação de recursos entre os entes federados (FAUSTO, ALMEIDA & BOUSQUAT, 2018; GONDIM & MONKEN, 2018).

Em 2001, uma nova PNAB foi editada, segundo a qual, as eSF devem atuar no território, realizando diagnóstico para identificar problemas de saúde e situações de risco na comunidade, e planejar ações e intervenções articuladas com outras organizações sociais e públicas, agindo intersetorialmente para enfrentar os problemas identificados no território. Como consequência, foram criadas diferentes modalidades de equipes, como consultório de rua e equipes ribeirinhas e fluviais. É sabido que populações em situações de vulnerabilidade, como extremos da vida, mulheres, crianças, indígenas, afrodescendentes, minorias étnicas, entre outros, são os mais atingidos no que diz respeito ao acesso e cobertura universal. Assim, a

PNAB 2011 reafirmou a consolidação da ESF como principal dispositivo de reorganização da APS no Brasil (BRASIL, 2011a; OPAS, 2018; FAUSTO, ALMEIDA & BOUSQUAT, 2018).

Em relação ao processo de trabalho na ESF, a PNAB 2011 ressaltou como orientações: promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; valorização dos diversos saberes e práticas sob a ótica de uma abordagem integral e resolutiva, a fim de possibilitar a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho. No que se refere às atribuições da eSF, destacou-se a identificação, na comunidade, de parceiros e recursos que pudessem potencializar ações participativas intersetoriais, sob a coordenação da SMS (TAVARES, ROCHA & MAGALHÃES, 2018).

Portanto, as formulações da PNAB (2006 e 2011) apresentaram configurações diversas e contínuas no âmbito da regulação do trabalho dos profissionais de saúde componentes da eSF. Além destas, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB, 2011), apresentou um projeto composto por um conjunto de estratégias de avaliação e acompanhamento do processo de trabalho das equipes, assim como de questões estruturais referentes às UBS, a fim de garantir a construção de um padrão de qualidade na APS que fosse comparável nos níveis nacional, regional e local. Com o Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização) e o Programa Mais Médicos (PMM), observou-se o esforço em resolver nós críticos que persistiam ao longo da expansão da ESF. Por exemplo, é fato que o PMM foi responsável pelo aumento da cobertura da ESF no Brasil. No entanto, apesar disto, persistiam os problemas como o subfinanciamento, a precarização das relações de trabalho, a formação profissional, a integração da APS com os demais componentes das redes de atenção, entre outros (MENDONÇA *et al.*, 2018; CASTRO, MACHADO & LIMA, 2018; MELO *et al.*, 2018).

O PMAQ-AB (BRASIL, 2011b) foi uma iniciativa do MS, por meio do qual se pretendeu institucionalizar uma prática avaliativa nas eSF do país, que ocorresse em ciclos contínuos de melhoria do acesso e da qualidade da APS, criando, assim, parâmetros locais e nacionais de comparabilidade. O Programa, em seus dois primeiros ciclos, foi constituído por quatro fases complementares. A primeira fase foi denominada *Adesão e contratualização* (etapa formal de adesão ao programa por contratualização de compromissos e indicadores); a segunda, *Desenvolvimento* (etapa de ações realizadas pelas equipes da APS, pelos gestores municipais e

estaduais, e pelo MS, a fim de instaurar processos de mudança para melhoria do acesso e qualidade da APS, incluindo quatro dimensões – autoavaliação, monitoramento dos indicadores contratualizados, ações de educação permanente e apoio institucional às equipes); a terceira, *Avaliação externa* (momento de levantamento de informações para verificar as condições de acesso e de qualidade das equipes participantes por meio da visita de pesquisadores às UBS e posterior certificação de cada equipe da APS); e a quarta fase, denominada *Recontratualização* (etapa, posterior à certificação, que representava o início do novo ciclo, com nova pactuação de indicadores e compromissos) (DAVID *et. al.*, 2018).

O terceiro ciclo se iniciou com a adesão das equipes em 2015. Porém, a realização da *Avaliação externa* foi postergada até 2017, por conta da crise de governabilidade e das políticas de austeridade fiscal, que cortaram fortemente as receitas para o SUS. Assim, nele, as fases foram reagrupadas em três. A de *Desenvolvimento* foi reorganizada e transformada em *Eixo Estratégico Transversal*, denominado *Certificação*, e organizado em cinco dimensões: as quatro anteriores mais a cooperação horizontal. Portanto, o instrumento de coleta de dados foi dividido em cinco módulos. O Módulo II, relacionado ao processo de trabalho da eSF, dispõe de entrevista direta realizada com um profissional da saúde de nível superior, escolhido pela própria equipe, em que se permite conhecer sobre contratação, vínculo, carreira, qualificação profissional e educação permanente dos profissionais das eSF que aderiram ao Programa (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Desde meados de 2016, intensificaram-se os movimentos de revisão da PNAB 2011. O MS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) atuaram em conjunto na produção de uma proposta com este fim, tornada pública em julho e aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em agosto de 2017 (MOROSINI & FONSECA, 2018).

A PNAB 2017, promulgada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, incorporou referenciais, conceitos e elementos de outras políticas que compõem a APS, bem como diretrizes, aprendizados e ações de promoção de saúde possibilitados, pelo PMAQ-AB, Telessaúde Brasil Redes e PMM. Em seu Art. 2º, as eSF assumem responsabilidade sanitária no território, como base para organização do cuidado. Já o Art. 5º destaca a importância da integração da vigilância em saúde com a APS, com o objetivo de estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes sociais da saúde, bem como os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade (PINTO, 2017; BRASIL, 2017a).

O Quadro 1 apresenta um compilado das atribuições comuns a todos os membros das equipes que compõem a APS.

Quadro 1 – PNAB 2017: Atribuições comuns a todos os membros das equipes da APS

<ul style="list-style-type: none"> <li>Participar do processo de territorialização e mapeamento da área, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cadastrar as famílias e os indivíduos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) vigente, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente na UBS, e, quando necessário, no domicílio ou espaços comunitários (escolas, associações, etc.), com atenção especial às populações com necessidades específicas (situação de rua, medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar ações de atenção à saúde, conforme a necessidade da população local e aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e de prevenção de doenças e agravos; e garantir o atendimento à demanda espontânea e a realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, incorporando diversas racionalidades, como as Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (PICS).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participar do acolhimento aos usuários por meio da classificação de risco e identificação das necessidades de intervenções de cuidado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhar a população adscrita quanto às situações de doenças e agravos, e às necessidades preventivas, permitindo a longitudinalidade do cuidado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Praticar o cuidado individual, familiar, a grupos sociais e à comunidade, visando propor intervenções sobre o processo saúde-doença.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordenar o cuidado em saúde da população adscrita.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar o SIAB vigente para registro das ações de saúde na APS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da APS, participando da definição e ordenação, por meio de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas, dos fluxos assistenciais nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar a gestão das filas de espera, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prever, nos fluxos das RAS, os serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituir ações para a segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e os eventos adversos.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à APS, a fim de propor estratégias que ampliem sua resolutividade e a longitudinalidade.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar visitas domiciliares e/ou atendimentos em domicílio às famílias e pessoas com problemas de saúde compensados e algum grau de dependência para as atividades diárias; ou residentes em Instituições de Longa Permanência, abrigos ou outros tipos de moradia, de acordo com o planejamento da equipe, as necessidades reconhecidas e as prioridades estabelecidas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar atividades em equipe, interdisciplinares e intersetoriais, na busca de incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano, em consonância com as necessidades e demandas da população.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participar de reuniões de equipe, a fim de desenvolver o planejamento e a avaliação sistemática das ações, visando à readequação constante do processo de trabalho.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Articular e participar das atividades de Educação Permanente e Continuada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar ações de Educação em Saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe, utilizando abordagens adequadas às suas necessidades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando o Conselho Local de Saúde e, assim, viabilizando o controle social na gestão da UBS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhar e registrar no SIAB, no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar outras ações e atividades, conforme as prioridades locais, definidas pelo gerente da UBS.</li> </ul>

Fonte: PNAB 2017.

A PNAB 2017 também traz as atividades a serem desenvolvidas pelos ACS; bem como insere novas atribuições. Além disso, orienta que as atividades específicas dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) devem ser integradas, seguindo o pressuposto de que

a APS e a Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes (BRASIL, 2017a).

Os Quadros 2 e 3 apresentam, respectivamente, as atribuições compartilhadas dos ACS e ACE, e aquelas exclusivas do ACS.

Quadro 2 – PNAB 2017: Atribuições compartilhadas dos ACS e ACE

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território, contribuindo para os processos de territorialização e mapeamento da área.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços comunitários; incluindo, quando necessário, a investigação epidemiológica de casos suspeitos junto à equipe de saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar visitas domiciliares regulares, estabelecidas no planejamento da equipe e conforme as necessidades da população, para o monitoramento das famílias e indivíduos, com especial atenção às pessoas com agravos e outras condições de saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos, agentes transmissores de doenças, e medidas de prevenção individual e coletiva.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar casos suspeitos de doenças e agravos; encaminhar os usuários para a UBS de referência; e registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilizar a comunidade a desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção para o controle de vetores.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer o funcionamento das ações e serviços do território e orientar a comunidade.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas de saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar parceiros e recursos na comunidade que potencializem ações intersetoriais para a promoção à saúde da população, como ações e programas de educação, esporte, lazer, assistência social, entre outros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercer outras funções, atribuídas por legislação específica da categoria ou outra normativa federal, estadual ou municipal.</li> </ul>

Fonte: PNAB 2017.

Quadro 3 – PNAB: Atribuições exclusivas do ACS

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhar com adscrição e cadastramento de indivíduos e famílias em base geográfica definida, mantendo os dados atualizados no SIAB vigente e utilizando-os, de forma sistemática e com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos, garantindo o sigilo ético.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população, considerando as características e as finalidades do trabalho.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar dos processos de regulação a partir da APS, no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercer outras funções, atribuídas por legislação específica da categoria ou outra normativa federal, estadual ou municipal.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><i>Poderão, ainda, ser consideradas atribuições do ACS, a serem realizadas em caráter excepcional e assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após formação específica, respeitada autorização legal, e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a UBS de referência</i></b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir P.A., inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, no acompanhamento dos casos diagnosticados de <i>Diabetes Mellitus</i> e segundo projeto terapêutico prescrito pela equipe de saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir temperatura axilar, durante a visita domiciliar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar técnicas limpas de curativo, com água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, somente cobrindo a ferida.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar e apoiar, em domicílio, a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.</li> </ul>

Fonte: PNAB 2017.

Morosini e Fonseca (2018) apresentam forte crítica à aproximação entre os trabalhos do ACS e do ACE ao afirmarem que ela não se dá com base em uma integração da Vigilância em Saúde na APS, mas sim de modo fragmentado, tendo como objeto o trabalho desses dois agentes cujas frágil qualificação e não profissionalização contribuem para constituir um escopo de práticas menos estável, o que redundava em níveis baixos de proteção. Assim, segundo esses autores, a proposta da PNAB 2017 evita revelar o que parece ser seu propósito principal, qual seja, a redução de custos operada por meio do corte de postos de trabalho e da intensificação do trabalho dos agentes que restarem em atividade. As fronteiras e proximidades entre o trabalho do ACS e do ACE permanecem como questão na conjuntura atual, potencializada pela pauta restritiva de recursos para as políticas sociais.

À PNAB 2017 também foram acrescentados, ao conceito de APS, os “cuidados paliativos” e, diante da situação do(a) enfermeiro(a) da ESF também exercer atividades gerenciais em muitas UBS, o Gerente de Atenção Básica, o qual deve desempenhar essas atividades em consonância com as necessidades do território. Tal condição necessita de mais reflexões e discussões, levando em consideração a diversidade dos territórios nas variadas regiões do país, onde há situações em que se encontram UBS com apenas uma eSF ou localizadas em áreas distantes geograficamente que podem dificultar o gerenciamento de duas unidades por apenas um gerente (BRASIL, 2017a; MELO *et al.*, 2018).

É importante salientar outras críticas em relação à PNAB 2017, que introduziu a revisão de diretrizes para a organização da APS no âmbito do SUS, entre elas: o número de ACS necessários, a carga horária dos médicos e a forma de financiamento. Ainda que o texto reconheça a ESF como prioridade para consolidação da APS, desconsidera sua centralidade para a organização efetiva do SUS. Essa questão se pauta na instituição de financiamento específico para qualquer modelo de APS que não contemple a composição de equipes multiprofissionais, incluindo a presença de ACS, o que pode abrir oportunidades para organização da APS com base em princípios opostos aos da APS firmados em Alma-Ata e adotados também no SUS, onde se destaca o acesso universal. Portanto, torna-se muito preocupante a proposta de redução de ACS e, conseqüentemente, do quantitativo populacional a ser atendido (BRASIL, 2017a; TAVARES, ROCHA & MAGALHÃES, 2018).

A proposta da ESF, interpretada como porta preferencial para o acesso aos recursos do SUS, teve, inicialmente, seu núcleo formado por uma equipe composta de, pelo menos, um médico, um enfermeiro e quatro ACS. As eSF deveriam ser responsáveis por população adstrita e territorializada; estabelecer suas ações a partir da formação de vínculos com as famílias do território sob sua responsabilidade; ofertar ações individuais e coletivas; ser o primeiro contato;

e responsabilizar-se pelo encaminhamento para outros pontos do sistema de serviços de saúde e pelo cuidado longitudinal dos pacientes (FAUSTO, ALMEIDA & BOUSQUAT, 2018).

Para Andrade, Barreto & Cavalcanti (2013 *apud* SANTOS & FARIAS FILHO, 2016), as eSF são operacionalizadas por equipes multiprofissionais compostas minimamente por um médico (generalista, especialista em saúde da família ou médico de família ou comunidade), um enfermeiro (generalista ou especialista em saúde da família), um auxiliar ou técnico de enfermagem e até doze ACS, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 800 famílias (aproximadamente 3.450 pessoas), residentes em um território rural ou urbano, com limites geográficos definidos e população adscrita, com o objetivo de assegurar a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado. Cada ACS pode atender até 750 pessoas.

De acordo com Batista, Almeida e Trindade (2018), são permitidos outros arranjos de adscrição, segundo vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, sendo facultado aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na APS e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado.

Em 2004, equipes de saúde bucal começaram a ser inseridas nas eSF referência por meio da Política Nacional de Saúde Bucal/Programa Brasil Sorridente. E em 2008, a despeito de experiências municipais anteriores com apoio matricial, foram formalmente criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família na política nacional, denominados, por normativa vigente, Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). O apoio matricial fundamenta-se na colaboração e no compartilhamento de saberes e responsabilidades pelos casos (individuais, familiares e coletivos), podendo ser viabilizado por meio de diferentes mecanismos, como atendimentos individuais e grupais compartilhados entre especialistas e profissional da eSF, discussões coletivas de caso, construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares, organização de atividades juntamente com a comunidade, entre outros a serem criados conforme a necessidade e recursos de cada equipe e território. Cada apoiador matricial que compõe o NASF-AB representa um núcleo de saber que vai atuar no vasto campo da APS, como médicos de várias especialidades, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, psicólogos, terapeutas ocupacionais, sanitaristas, entre outros. Eles compartilham o trabalho com as eSF, mas não fazem parte delas (ANDRADE, BARRETO, CAVACANTI, 2013; MELO & MIRANDA, 2018).

Estudos nacionais sobre a efetividade da ESF no Brasil têm sido publicados desde 2006. Inicialmente, indicadores de mortalidade infantil e mortalidade por causas específicas foram utilizados como condições traçadoras. A partir de 2010, observa-se uma maior frequência de estudos em que as internações por condições sensíveis à APS foram escolhidas como traçador para avaliar a efetividade da ESF, especialmente nos âmbitos nacional e estadual. Entre as evidências de efetividade estão: redução da mortalidade infantil em municípios com elevada cobertura; redução de internações hospitalares por condições sensíveis à APS em adultos e crianças; redução de consultas não urgentes nas emergências; e redução do baixo peso ao nascer e da mortalidade infantil. Estudos também mostram uma grande efetividade do PBF e seu efeito, em conjunto com a ESF, na redução da mortalidade infantil (MEDINA *et al.*, 2018; FIOCRUZ-CE, 2018).

Os avanços da APS no Brasil para o acesso universal são inegáveis, com mais de 41 mil eSF presentes em 98% dos municípios brasileiros (mais de 5.400 municípios) atuando em todo o país. Essas estimativas são consoantes com resultados do inquérito populacional da Pesquisa Nacional de Saúde, que, em 2013, constatou cobertura da ESF de 56, 2% (com maior cobertura no Nordeste – 68%), ano em que estavam implantadas 35 mil eSF no país. Em 2017, a ESF estava presente em 97,5% dos municípios brasileiros e atendia cerca de 146 milhões de pessoas, correspondendo a 70,2% da população. Em alguns estados como Piauí, Paraíba, Tocantins e Sergipe a cobertura populacional por ESF foi universalizada de fato – maior que 90% (MALTA *et al.*, 2016, *apud* MENDONÇA *et al.*, 2018; FIOCRUZ-CE, 2018; MENDONÇA *et al.*, 2018).

A expansão da ESF ocorreu de modo heterogêneo entre as regiões do Brasil, entre as cidades com diferentes portes populacionais e entre as classes e estratos sociais. Estudos de abrangência nacional, publicados a partir de 2013, apresentaram evidência sobre iniquidades no acesso a serviços de APS segundo condições socioeconômicas; expansão do sistema público de saúde no Brasil; saúde da família como fonte usual de cuidado na APS; efeito do PMM na redução das desigualdades na utilização de serviços de atenção primária, além dos efeitos da sinergia entre o PBF e ESF sobre o acesso da população beneficiada aos cuidados primários. Atualmente, no Brasil, as UBS (com suas eSF como arranjo predominante) são os serviços de saúde em maior quantidade e com maior capilaridade nos territórios, tendo a ESF geralmente maiores coberturas nos municípios menores e regiões mais pobres. Essa configuração coloca a APS como local privilegiado de contato potencial com usuários em seus territórios de vida, de produção de acesso e de práticas de cuidado com as eSF (MELO & MATTOS, 2018; MEDINA *et al.*, 2018; MELO & MIRANDA, 2018).

#### 4.1.1 A Estratégia Saúde da Família no Ceará

O Estado do Ceará foi pioneiro na implantação de novas políticas de APS no Brasil, com o PACS, a partir de 1986, e o PSF, a partir de 1993. Antônio Carlile Holanda Lavor, médico, microbiologista e imunologista, e sanitarista, se destacou como protagonista da história da saúde pública no Estado a partir de 1979. Dr. Carlile e sua esposa, Miria Campos (*in memoriam*), assistente social, unidos, ajustaram a rota a seguir, palmilharam trilhas, tocaram achados e ganhos. Protagonizaram iniciativas de grande valor para a saúde pública no Ceará e influenciaram projetos para além dessas fronteiras, adotando, desde cedo, o ACS, novo ator da equipe de saúde, como emblema de sua militância em prol da saúde pública (SANTANA & CASTRO, 2017).

Em 1969, em viagem à Brasília, DF, Dr. Carlile reencontrou Antero Coelho Neto, ex-professor de cirurgia da Faculdade de Medicina da UFC, que, no momento, compunha a equipe de implantação do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Dr. Antero era particularmente responsável pela integração do ensino com o trabalho comunitário, ou seja, um programa de ensino e de atendimento, desde o mais simples ao mais especializado, para uma cidade de 25 mil habitantes, Sobradinho, cidade satélite do DF. Lá Dr. Carlile trabalhou até 1973, onde começou a aprofundar seus conhecimentos e rever as relações entre os problemas sociais e as doenças de forma sistematizada. Miria, que trabalhava em estreita colaboração com o Centro de Desenvolvimento Social (CDS) de Sobradinho, começou a mobilizar a comunidade para fazer a ligação das casas à rede de esgoto, demonstrando que essa ausência tinha como resultado um grande índice de parasitoses, além de infecções repetidas (SANTANA & CASTRO, 2017).

Em Planaltina, outra cidade satélite do DF, situada a cerca de 40km de Brasília e a 20km ao norte de Sobradinho, onde Dr. Carlile trabalhou até 1978, Miria foi nomeada chefe do CDS, onde implantou um programa pioneiro de saúde pública, com ênfase na saúde materno-infantil e no controle de doenças evitáveis por imunização, e apoiou decisivamente a articulação institucional entre a universidade e o Governo para implantação do Projeto Planaltina. Esse projeto de atenção à saúde e educação, multiprofissional e interdisciplinar, apresentou alguns resultados importantes: importantes mudanças nos indicadores de saúde, como rápida redução da mortalidade infantil; o Programa de Capacitação de Auxiliares de Saúde (novos integrantes da equipe de saúde e de serviço social); a Especialização em Medicina Comunitária (1976-1978); a integração do ensino médico com outras áreas, como enfermagem, antropologia e sociologia; a publicação de trabalhos em revistas científicas; e duas dissertações de mestrado.

Com a participação dos Auxiliares de Saúde, foi possível vacinar toda a população prevista; controlar doenças, como sarampo, coqueluche e difteria; e acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças (SANTANA & CASTRO, 2017).

Em 1978, Dr. Carlile fez concurso para o cargo de sanitarista da Regional de Iguatu, Estado do Ceará. Quando assumiu o cargo, foi visitar cada um dos 14 municípios daquela Regional, cuja situação era precária. Conheceu bem de perto os serviços prestados e, agregando todo o conhecimento adquirido sobre saúde pública, começou a montar um sistema de saúde, que foi ganhando importância ao ponto de começar a participar de discussões no contexto estadual. Resolveram usar sua experiência de Planaltina e fizeram uma proposta para a Fundação do Bem-Estar do Menor do Ceará (FEBEMCE), para que o monitor deles fosse um auxiliar de saúde, com o objetivo de cuidar para que a criança nascesse bem. O projeto foi aprovado e, assim, iniciou-se o projeto de agentes de saúde em Jucás, com monitores da FEBEMCE (SANTOS & FRACOLLI, 2010; SANTANA & CASTRO, 2017).

De 1979 a 1983, ocorreu uma das piores secas que o Ceará já viveu. As pessoas, principalmente crianças, estavam morrendo de fome. Nesse momento, convidaram Zuleica Portella de Albuquerque, pediatra e especialista em nutrição, que integrava a equipe docente da UnB, para ir à Regional e ensinar como tratar a desnutrição. Esse combate também contou com o trabalho das visitadoras sanitárias, as agentes de saúde, e, felizmente, teve sucesso com as medidas adotadas para a redução da mortalidade infantil. Em 1983, o êxito de todo esse trabalho foi apresentado, em forma de documentário em Super-8, no 2º. Congresso Paulista de Saúde Pública e 1º. Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em São Paulo, com o tema central Política Nacional de Saúde (SANTANA & CASTRO, 2017).

Grande parte das mulheres que trabalharam no programa emergencial dos agentes de saúde foi aproveitada, de modo que seu forte vínculo comunitário terminou por influenciar os serviços de saúde do Ceará. Elas ajudaram a gerar o PSF em Quixadá, por exemplo, e a tornar o SUS cearense preocupado com os conterrâneos mais afastados dos centros médico-hospitalares. Por meio de seu trabalho, identificando as gestantes e as crianças que nasciam e morriam, se conseguiu dados sobre a mortalidade infantil. Isto permitiu fornecer à Secretaria Estadual da Saúde (SESA), mês a mês, os dados de cada município do Estado (LAVOR, LAVOR & LAVOR, 2004). Em entrevista, Dr. Carlile afirmou que:

O Programa dos Agentes de Saúde foi uma grande experiência. Eles não faziam parte, formalmente, do sistema de saúde, mas viviam no meio do povo e conheciam muito bem o sistema de saúde. Funcionavam como um canal de comunicação, diziam para o sistema de saúde o que o povo estava sentindo e reclamando. [...] Foi a primeira vez que tivemos um trabalho como esse no Ceará (SANTANA & CASTRO, 2017, p. 45).

Daí por diante, Dr. Carlile se engajou intensamente no trabalho da Secretaria de Saúde, na tentativa de reorganizar os serviços. Por conta desse trabalho, em 1987, Dr. Carlile assumiu o cargo de Secretário Estadual de Saúde do governo de Tasso Jereissati e a Presidência da Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC), integrando assim os serviços de saúde de competência do Estado. Nesse período, foi criado um grupo de trabalho para estudar as mudanças necessárias e pensar o que seria a nova Secretaria de Saúde. Ainda não havia a nova Constituição; era a fase do SUDS, criado pelo Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, estratégia política chave para a aprovação do SUS na Constituição de 1988. No entanto, o referido grupo de trabalho já tinha incorporado a ideia do SUS, que atendesse da promoção ao tratamento e reabilitação; e já perseguia a ideia da descentralização. O plano era unificar no âmbito estadual para, a seguir, descentralizar para os municípios. A unificação organizacional e a descentralização foram dimensões pioneiras do sistema de saúde do Ceará, que foram postuladas na 8ª. Conferência Nacional de Saúde e consagradas na nova Constituição. Assim, 1987 e 1988 foram os anos de fusão institucional. Além disso, enquanto Secretário de Estado da Saúde, Dr. Carlile promoveu a contratação massiva de ACS, iniciativa marcante na experiência brasileira no campo da APS e que influenciou as políticas públicas no Ceará e no Brasil (SANTANA & CASTRO, 2017).

Em maio de 1988, foi criado o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS/CE), com a diretriz de investir na descentralização dos recursos financeiros, fundamental para a interiorização dos médicos e a consolidação do processo de municipalização. O município de Iguatu e outros dez municípios foram os primeiros a terem os serviços de saúde municipalizados. Nesse período, a SESA implantou o Conselho Estadual de Saúde, importante para o fortalecimento do SUS no Ceará, em especial no momento de críticas iniciais sobre a relação do sistema público com o privado e com os hospitais filantrópicos. Já nos municípios onde os prefeitos estimularam a participação popular, os Conselhos Municipais de Saúde foram muito importantes na defesa e garantia da descentralização e do atendimento básico à área rural e às emergências (SANTANA & CASTRO, 2017).

Em 1991, a metodologia de treinamento de agentes de saúde foi expandida para todo o Nordeste, na fase inicial de absorção do ACS no programa nacional, com a ajuda da equipe da SESA. Assim, com a implantação do PACS no Nordeste, as equipes do Ceará foram a cada estado da região e também receberam equipes de todas as secretarias de saúde, que vinham à Fortaleza e a vários municípios do interior para ver como eram realizados a seleção e o treinamento. Essa ajuda foi essencial para divulgar e disseminar esse Programa em todo o país. Por exemplo, com a epidemia de cólera, alguns enfermeiros do Ceará, que tinham

experiência, foram treinar os ACS da Região Amazônica. Além disso, vários participantes desses treinamentos chegaram a assumir funções no MS, que, inclusive, adotou inicialmente o sistema de avaliação mensal do ACS desenvolvido no Ceará, o Sistema de Informação sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS). Depois, ele evoluiu para o SIAB, bem mais complexo, sendo adotado ao se implantar o PSF (SANTANA & CASTRO, 2017).

No início de julho de 2008, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, então Secretário de Saúde de Fortaleza, em nome do governador do Ceará, Cid Ferreira Gomes, convidou Dr. Carlile para coordenar a implantação da FIOCRUZ no Estado. Inicialmente, a proposta era criar uma fábrica de medicamentos, como parte do projeto de expansão nacional da instituição, desencadeado na gestão do presidente Paulo Marchiori Buss, visando à instalação de cinco novas unidades descentralizadas no país. Com o tempo, foram estabelecidos dois objetivos principais para a FIOCRUZ no Ceará: fortalecer e qualificar a ESF, que era a estratégia central da saúde pública do Estado há muitos anos; e desenvolver um polo industrial e tecnológico da saúde. Assim, o governador nomeou Dr. Carlile como secretário executivo de uma comissão de apoio para implantação da FIOCRUZ/CE, presidida pelo então Secretário Estadual de Saúde, Dr. João Ananias, que incluía os reitores das universidades estaduais, o diretor da Faculdade de Medicina da UFC, o Secretário de Ciência e Tecnologia do Estado e o Secretário de Saúde de Fortaleza (SANTANA & CASTRO, 2017).

De acordo com esses autores (2017), a linha de ação da FIOCRUZ/CE para fortalecimento da ESF tem duas vertentes: uma, de ensino, mediante uma rede de mestrados nessa área, oferecidos por universidades públicas no Nordeste, onde a FIOCRUZ atua como ponto dinamizar; outra, na área de organização de serviços e sistemas microrregionais de saúde, onde a FIOCRUZ também funcionaria como promotora de uma rede de estudos e pesquisas nesses territórios. Assim, com relação à primeira vertente, começaram a planejar um Mestrado em Saúde da Família. Tomaram como referência a ideia da Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO) e formaram a RENASF, criada em 2009, composta pelo Rio Grande do Norte, Maranhão, Piauí, Paraíba, e todas as universidades públicas do Ceará (em Fortaleza, Sobral e região do Cariri), cada uma com uma turma. São esses núcleos da RENASF, por exemplo, que fazem a pesquisa de avaliação do PMAQ-AB, adotado pelo MS.

Com relação à segunda vertente de fortalecimento da ESF, Dr. Carlile, em entrevista à Santana e Castro (2017), afirmou que no município de Tauá, Sertão dos Inhamuns, há uma boa área de pesquisa, onde se pode testar novidades em campo real, sendo considerado, portanto, um município especial na APS. Lá a administração municipal já trabalha a tempos a relação da APS com a Atenção Secundária, o que conseguiu atrair a atenção do CONASS. A

população gosta do sistema local de saúde, o que é uma raridade no Brasil. Portanto, o município é considerado um laboratório especial, onde já foram desenvolvidas várias pesquisas de doutorado, além da presença das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e em Saúde Mental. Ademais, foi em Tauá, no ano de 2004, que foi testada a primeira turma do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) da ESP-CE.

Em 2017, passados 30 anos da institucionalização do PACS, a ESF, no Brasil, abrangia 48.605 eSF e 270.867 ACS. O Ceará tinha 2.289 eSF e 14.792 ACS. Portanto, sempre existiu no Estado a potencialidade da organização do sistema de saúde baseado na APS. Concomitantemente à expansão da ESF houve aceleração do processo de urbanização do país e o aumento da complexidade do quadro epidemiológico, caracterizado na atualidade por uma superposição de agendas, que incluem doenças transmissíveis, como as arboviroses, e não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer, agravos em saúde mental), representando hoje a maior carga de doença, além da intensificação das causas externas, registradas nas Américas desde a década de 1980, e composta sobretudo por homicídios e acidentes de trânsito. Por exemplo, em algumas cidades do Nordeste brasileiro, como Fortaleza, os homicídios tornaram-se a principal causa de morte na década de 2010 (Brasil, 2017b; IPECE; FIOCRUZ-CE, 2018).

Além disso, no Ceará, sinais apontavam para uma situação epidemiológica alarmante: epidemia de sarampo a partir de dezembro de 2013, com a ocorrência de 695 casos em 2014; elevada taxa de sífilis congênita, que foi de 7,2/1.000 nascidos-vivos em 2012 (dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN – e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC), sendo a terceira mais elevada entre os Estados da Federação; e elevada razão de mortalidade materna, que, em 2013, foi de 81,3, enquanto que a do Brasil, em 2011, foi de 64,8/100.000 nascidos-vivos. Ademais, em 2010, o Ceará tinha 90% de seu território situado no semiárido nordestino e 17,8% da população abaixo da linha de pobreza, caracterizando grande desigualdade social. Portanto, o complexo quadro epidemiológico, atrelado à realidade de saúde e socioambiental do Ceará, caracterizada pela seca e pelos elevados índices de pobreza, representam um desafio permanente à ESF e ao SUS do Estado (IPECE, 2010; COPROM/SESA-CE, 2015; DATASUS, 2015; FIOCRUZ, 2015).

Apesar disso, em 2020, o Ceará teve importantes marcos históricos a comemorar no campo da saúde pública, cuja atuação do ACS se fez e se faz presente: 33 anos da institucionalização dos ACS, a partir do PACS; 30 anos do início do processo de municipalização da gestão em saúde, que concretizou, parcialmente, a implantação do SUS; 27 anos da criação da ESP-CE; e 26 anos da ESF. A melhoria nos indicadores de saúde, em especial

a queda da mortalidade materno-infantil e da prevalência de desnutrição entre as crianças, apontou o sucesso dessas políticas. O indicador de mortalidade infantil é um dado que permite uma avaliação global da saúde, pois, além de traduzir a situação dos serviços de saúde, também traduz os serviços de abastecimento de água, as condições de saneamento e outros fatores, os denominados determinantes sociais da saúde. Portanto, ainda hoje, a mortalidade infantil é o dado principal de avaliação do sistema de saúde do Ceará; ANDRADE, BARRETO, CAVALCANTI, 2013; FIOCRUZ-CE, 2015).

## **4.2 O Agente Comunitário de Saúde**

### **4.2.1 A Trajetória do Agente Comunitário de Saúde**

A referência à implantação do ACS aparece no relatório final da Conferência de Alma-Ata (1978), quando foram elaboradas as ações e competências que deveriam compor os cuidados primários de saúde, primeiro nível de organização do sistema de saúde. No entanto, existe dificuldade em formular um entendimento unificado sobre o trabalhador comunitário da saúde, internacionalmente denominado *Community Health Worker* (CHW). Essa dificuldade deve-se à diversidade de definições, sobretudo quanto: às atribuições; à formação; à vinculação (entidades governamentais, não governamentais ou filantrópicas); ao *status* (trabalhador ou voluntário); à remuneração; e à relação com o setor Saúde, que pode ou não estar organizado em um sistema. O eixo comum entre os CHW é o fato de serem membros das comunidades nas quais atuam, ou pessoas fortemente identificadas com os grupos que atendem, cuja atuação, geralmente, envolve atividades de educação em saúde e de coleta de dados, e representa um elemento de conexão entre os serviços de saúde e os grupos populacionais de baixa renda ou em situação de vulnerabilidade e desassistência (SANTOS & FRACOLLI, 2010; MOROSINI & FONSECA, 2018).

Estudos e experiências realizadas em diversos países, além do Brasil, como Angola (2007), México (2010), Reino Unido (2012, 2013) e Estados Unidos (2014, 2017), conseguiram demonstrar a eficácia dos ACS no controle de doenças não transmissíveis e transmissíveis, evidenciando aumento do conhecimento dos pacientes quanto aos cuidados necessários para a prevenção e controle destes agravos, ou seja, conhecimentos de saúde essenciais para as pessoas e as famílias aqui no Ceará, em Luanda ou em qualquer outra parte. Mas em cada lugar, a seu tempo e do seu jeito. Portanto, esta relação especial com a comunidade e com o serviço de

saúde é característica primeira do ACS em todas as regiões do mundo (LAVOR, LAVOR & LAVOR, 2004; SANTANA & CASTRO, 2017; FIOCRUZ-CE, 2018).

No Brasil, há uma condição distintiva importante para a caracterização do ACS. Trata-se do fato desta categoria profissional ser composta por trabalhadores inseridos num sistema universal de saúde, vinculados a uma política nacional e membros de uma equipe interdisciplinar. Suas atribuições integram um processo de trabalho mais amplo, parte de uma estratégia que visa à reestruturação do modelo de atenção, com horizonte de cobertura de 100% da população e consolidação da APS como porta de entrada preferencial para uma rede integrada e hierarquizada de serviços de saúde (MOROSINI & FONSECA, 2018).

O resgate da trajetória do ACS nos aponta que, entre os anos de 1974 e 1978, uma equipe, composta por profissionais da UnB, governo do DF, Fundação Kellog e Fundação Interamericana, se reuniu em Planaltina, DF, para desenvolver um trabalho com auxiliares de saúde. A ideia era aproveitar a experiência da participação comunitária, demonstrada pelo então diretor da Faculdade de Saúde da UnB, Frederico Simões Barbosa, num projeto de controle da esquistossomose por meio de ações educativas, sem usar medicação, numa área rural em Pernambuco, no final da década de 40. Eles identificaram que a solução de muitos problemas de saúde não estava no hospital, mas no ambiente familiar e comunitário. As pessoas simples do povo e os profissionais sentiam-se à vontade para manifestar seus pensamentos, discutir suas ideias e buscar soluções para esses problemas. Ainda na década de 1970, especificamente em 1979, com o apoio do UNICEF, 400 auxiliares de saúde começaram a atuar também no Estado do Maranhão (LAVOR, LAVOR & LAVOR, 2004; SANTOS & FRACOLLI, 2010; SANTANA & CASTRO, 2017).

Em entrevista a Santana e Castro (2017), Miria Lavor relatou que, no Ceará, nessa mesma época, existiam na SESA a visitadora sanitária, que trabalhava com tuberculose e hanseníase, e o orientador de saúde e saneamento. Então, na Região do Iguatu, se buscou desenvolver com esses trabalhadores o papel de agente de saúde, incluindo, no treinamento deles, os objetivos do trabalho do agente de Planaltina, onde o auxiliar de saúde era uma pessoa da comunidade. Para detalhar essa proposta, o grupo de coordenação se deslocou para vários municípios, e lá reuniram motoristas, o sacristão da igreja, lideranças da comunidade...; enfim, pessoas que transitavam pela cidade e que sabiam ou anotavam os batizados ou nascimentos das crianças, ou seja, que conheciam a comunidade, tanto em relação a seus moradores como no aspecto geográfico. Informalmente, essa etapa foi chamada de Plano de Distribuição Geográfica dos ACS. Em seguida, deu-se a seleção dos profissionais, realizada, inicialmente, pela própria comunidade, com base em critérios básicos (ser morador da comunidade, ter

liderança, ser maior de 18 anos e ter disponibilidade de tempo), e, posteriormente, por uma equipe da SESA, com a consultoria do UNICEF. Essas pessoas participavam, num primeiro momento, do trabalho no Centro de Desenvolvimento Social, discutindo como atuar na comunidade, como entrar na casa das pessoas, e como abordar determinados temas; e, depois, passavam por uma capacitação técnica em saúde com duração de seis meses. Esta foi a base do que fizeram no Ceará, apenas adaptando às condições próprias de cada lugar. Com o tempo, novos agentes de saúde entravam e o seu treinamento passou a se dar por meio do acompanhamento de outro agente.

Na década de 1980, o enfoque do cuidado prestado pelo ACS consistia em ações que eram voltadas aos cuidados com a criança e a gestante, com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil. Além deste problema, o Brasil apresentava, nessa época, baixa cobertura vacinal. Em 1987, o Ceará desenvolveu um programa emergencial no atendimento às vítimas da seca com 6.000 ACS para atuar em muitas regiões do Estado. Entre as mulheres pobres responsáveis pelo sustento da casa, a maioria semianalfabetas, e algumas analfabetas, foram selecionadas aquelas que melhor se comunicavam e se relacionavam com seus vizinhos e famílias, para realizar esse acompanhamento. Estas mulheres eram treinadas pelos técnicos de saúde dos municípios. Em 1988, com o fim da Emergência, o programa dos agentes de saúde seria desativado. Mas o impacto do trabalho foi tão significativo que gerou uma ampla base social de apoio, essencial para sua continuidade. Em uma grande reunião com profissionais de saúde que representavam os municípios, houve depoimentos de médicos que afirmaram que, apesar de toda a seca, aquele foi um período em que os hospitais menos receberam crianças com diarreia; e eles creditaram isso ao trabalho dos agentes. Como consequência, foi eleito um grupo que elaborou um relatório com propostas para garantir a continuidade do projeto. A partir daí, o Governo do Ceará passou a contratar os ACS com recursos próprios, mediante a necessidade de cada município e conforme a adesão dos governos municipais. Desta forma, o programa foi se ampliando progressivamente para todo o Estado. No mesmo ano, iniciou-se, de forma duradoura, o PACS, coordenado pela mesma equipe que executara o programa emergencial, no qual os ACS eram coordenados por enfermeiros, viviam nas comunidades onde exerciam as atividades e visitavam todas as casas de sua área de atuação, uma vez por mês, para realizar um pequeno número de atividades prioritárias de saúde, direcionadas, principalmente, às crianças menores de dois anos e às gestantes (SILVA, DIAS, RIBEIRO, 2011; LAVOR, LAVOR & LAVOR, 2004; SANTANA & CASTRO, 2017).

Portanto, o Ceará foi pioneiro na institucionalização dos ACS, que, remunerados pelo governo estadual, passaram a ser profissionais responsáveis por ações de promoção e

educação em saúde no território. Como resultado, após a implantação do PACS, houve uma rápida queda na mortalidade infantil, cuja taxa reduziu de 60 por 1.000 nascidos-vivos, em 1981, para 25 por 1.000, em 1990. O primeiro ponto-chave para essa redução foi o incremento da imunização. Em seguida, veio a luta contra a diarreia por meio do uso do soro, não só o padronizado, mas também o caseiro. Em terceiro lugar, o encaminhamento das crianças para o acompanhamento de seu desenvolvimento nos centros de saúde. Em quarto lugar, o enfrentamento do problema da desnutrição, em especial no ano de 1994, ressaca da seca do ano anterior; aqui, o ponto fundamental foi o convencimento das mães para a adoção do aleitamento materno. Em todas as situações, a atuação dos ACS foi essencial (FIOCRUZ-CE, 2018; SANTANA & CASTRO, 2017).

Com o tempo, os ACS passaram a realizar diversas ações de promoção à saúde que deram-lhe destaque no Estado do Ceará: levar as gestantes ao pré-natal e ao parto assistido; acompanhar a puérpera e o recém-nascido, estimulando o aleitamento materno; seguir o crescimento das crianças, dando atenção especial às imunizações, à vigilância nutricional, ao uso do soro oral nas diarreias, e à busca de tratamento quando doentes; identificar os óbitos infantis e maternos; notificar as doenças transmissíveis; ajudar as pessoas na procura por serviços de saúde; intermediar as relações entre as Secretarias de Saúde e as comunidades no controle de epidemias, endemias e outras situações de risco; procurar cães, gatos e outros animais domésticos para a imunização contra a raiva; clorar a água domiciliar; e zelar pela melhoria das condições ambientais. No município de Beberibe, por exemplo, os ACS foram treinados para identificar hipertensos e diabéticos. Com isto, verificou-se que diminuíram as internações por acidentes vasculares cerebrais (LAVOR, LAVOR & LAVOR, 2004; SANTANA & CASTRO, 2017).

O escritório do UNICEF do Ceará apoiou com muita firmeza a avaliação dos resultados alcançados no Estado. Foi realizada, então, a primeira Pesquisa sobre a Saúde Materno-Infantil no Ceará (PESMIC), em 1987, que depois se repetiu nos anos 1990 e 1994. Dr. Ennio Svitone, médico epidemiologista, que trabalhou nesse escritório de 1987 a 1997, desenvolveu, em 1990, com Dra. Cecília Minayo e J. C. D'elia, uma pesquisa em que foi feita uma avaliação entre os municípios que tinham ACS e os que não tinham. Esta pesquisa foi publicada e reunida às duas PESMICs e aos resultados das imunizações das crianças, avaliados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Com isto, foi reforçada ao MS e às Secretarias Estaduais de Saúde a ideia da ampliação do PACS para todas as regiões do Brasil, desencadeando uma onda favorável em relação aos ACS. Mediante a implantação de um sistema de saúde pública de baixo custo e alta eficiência, com destaque para a participação do

ACS, o UNICEF, em 1993, concedeu o prêmio Maurice Pate ao Estado do Ceará, primeiro governo latino-americano a receber a premiação para programas de assistência à infância (LAVOR, LAVOR & LAVOR, 2004; SANTANA & CASTRO, 2017).

No ano seguinte, o MS instituiu o PSF, que incorporou o PACS, incentivando financeiramente as gestões municipais para implantação de equipes com um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem, a fim de trabalharem articulados aos ACS em um território definido. Ainda em 1994, ocasião em que o PACS alcançava apenas as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, um grande estudo avaliativo foi conduzido em 987 municípios de 17 estados, abarcando mais de 33.000 ACS e mais de 1.000 supervisores. Tal estudo constituiu-se em um verdadeiro trabalho censitário, pois incluiu o universo de sujeitos e unidades envolvidos com o Programa (BRASIL 1995; FIOCRUZ-CE, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2018).

A história do ACS ancora-se, inicialmente, no trabalho voluntário, solidário e de mobilização social, em contextos de extrema pobreza, realizado por militantes políticos e/ou lideranças locais vinculadas a instituições religiosas que prestavam atendimento na área da saúde, tais como a Pastoral da Criança. A transição desta perspectiva para a lógica do trabalho profissional, que se inscreve na racionalidade organizativa dos serviços de saúde, é longa e perdura até hoje, materializada nas disputas pela configuração do trabalho do ACS. Em geral, essas disputas representam tensões quanto à centralidade do trabalho comunitário, educativo, com perspectivas de mobilização e organização popular. Assim, o reconhecimento crescente do ACS como trabalhador da saúde resultou no empoderamento e organização política desta categoria. Desta forma, em 1994, no governo do então Presidente Itamar Franco, houve a criação da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) por intermédio da Associação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (ANACS) (MAGALHÃES *et al.*, 2016; MOROSI & FONSECA, 2018).

Os ACS ultrapassaram os limites da saúde, pois sempre que há necessidade da busca pelas famílias e/ou comunidade, para que se possa desenvolver um trabalho de melhoria das condições de vida, esses profissionais são lembrados pela sua disponibilidade de cooperação. Assim, a partir de 1995, os ACS iniciaram o trabalho de identificação das crianças que estavam fora da escola e participaram ativamente da mobilização dos pais, professores e gestores municipais para que todas estivessem na sala de aula. Além disso, os ACS ajudaram as Secretarias de Agricultura na campanha de vacinação para erradicação da febre aftosa. Neste sentido, auxiliaram os agrônomos a encontrar os pequenos proprietários que possuíam poucas vacas, importantes para o fornecimento de leite à família (LAVOR, LAVOR & LAVOR, 2004).

Diferentemente das demais categorias profissionais que integram a ESF, cuja regulamentação precede o próprio SUS, o trabalho do ACS se institucionaliza ao ser introduzido no sistema público de saúde. Em virtude dessa particularidade, o seu trabalho se organiza, de um lado, por meio de instrumentos normativos produzidos pelo MS, principalmente pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), mas também, a partir de 2003, pela SGTES. De outro lado, sua regulamentação é tributária do Poder Legislativo que aprova, ao longo dos anos, um conjunto de leis em resposta às demandas do movimento organizado desses trabalhadores e, também, da ação política do próprio MS (MOROSI & FONSECA, 2018).

As primeiras referências instituintes do trabalho do ACS no âmbito do SUS foram portarias e decretos governamentais que estabeleceram o PACS e o PSF, aprovaram suas normas e diretrizes (BRASIL, 1997), e definiram as atribuições e diretrizes para o exercício de sua atividade (BRASIL, 1999). Nos anos 2000, vários Projetos de Lei (PL), inclusive EC, tramitaram no Congresso Nacional, visando à regulamentação do trabalho do ACS em diversos aspectos. Entre eles, destacam-se: a lei 10.507, que criou a profissão do ACS e estabeleceu requisitos para o exercício de suas atividades (BRASIL, 2002); a EC nº 51, que criou a possibilidade do processo seletivo público para o ingresso do ACS (BRASIL, 2006a); a lei 11.350, que substituiu a lei 10.507 (BRASIL, 2006b); a lei que estabeleceu o piso salarial dos ACS, no valor de R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais), e as diretrizes para o Plano de Carreira dos ACS e ACE (BRASIL, 2014); e o decreto que regulamenta o piso salarial destes trabalhadores e define o incentivo financeiro da União às suas atividades (BRASIL, 2015).

A Lei 10.507 (BRASIL, 2002) estabeleceu requisitos próximos aos que vinham sendo praticados para o exercício das atividades do ACS, como a exigência desse profissional residir na comunidade. Porém, aumentou seu nível de escolaridade para o ensino fundamental e passou a requerer a conclusão de um curso para a sua formação, chamado de Qualificação. Entretanto, a Lei 11.350 (BRASIL, 2006b) expressou uma compreensão mais ampla do papel do ACS, possivelmente por ter contado, no contexto de sua formulação, com a participação de um movimento organizado, com o apoio da SGTES, cujos discurso e práticas políticas estavam compromissados com o fortalecimento dos trabalhadores do SUS e a valorização da gestão pública. Nela se explicitava a dimensão política do trabalho do ACS ao definir sua atuação em “ações que fortaleçam os elos entre o setor Saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida” e em “atividades de estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde”. O termo comunidade remeteria ao sujeito da participação política que o ACS deveria mobilizar e ao objeto de conhecimento e análise das condições de vida e saúde. Assim, a Lei 11.350 reiterou os critérios para o exercício da profissão do ACS,

definindo como atribuições a prevenção de doenças e a promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias para o monitoramento de situações de risco, o registro das informações de óbitos, nascimentos e doenças, e a promoção de ações de educação em saúde individual e coletiva. Além disso, ela definiu um prazo em relação à moradia na comunidade (o candidato precisaria residir na área em que atuaria desde a data da publicação do edital do processo seletivo público) e atualizou a classificação do curso de Qualificação do ACS, que passou a se chamar Curso Introdutório de Formação Inicial e Continuada, sem nenhuma especificação de conteúdo ou carga horária (MOROSI & FONSECA, 2018).

Em três décadas de atuação no SUS, o perfil dos ACS têm se modificado. A escolaridade da categoria foi um dos indicadores que mais sofreu alterações. Em 2003, somente 18,2% dos ACS tinham o ensino médio completo e 0,6%, o superior completo; segundo os dados de Pinto *et. al* (2015), esses percentuais subiram para 70,97% e 12,71%, respectivamente. Entre os cursos de nível superior destacam-se o serviço social, a enfermagem e a psicologia, que guardam relações com o trabalho realizado pelo ACS e parecem expressar uma identificação com o campo de trabalho. Além disso, a pesquisa de Ramos *et al.* (2017) acrescentou outras informações indicando que muitos ACS complementam sua escolaridade após o ingresso na profissão, sinalizando que o trabalho é o meio que possibilita condições e desperta motivação para o seguimento dos estudos (MOROSI & FONSECA, 2018).

Enfim, para os ACS, o seu ingresso no PSF, a partir de 1994, e a transformação deste Programa em ESF, a partir de 2006, foram marcos que convergiram para o processo de trabalho em equipe e para a articulação da APS com outros serviços de saúde integrantes do SUS. Essa transição fortaleceu a confluência de dois papéis: profissional do sistema de saúde e trabalhador comunitário. Com isso, os ACS conquistaram a confiança das famílias, dos serviços de saúde e das demais instituições da sociedade. Por meio do trabalho, eles podem prestar inestimáveis contribuições à humanização dos serviços de saúde, ao alicerçarem uma nova relação entre estes e a sociedade a que pertencem (LAVOR & LAVOR, 2004; MOROSI & FONSECA, 2018).

#### **4.2.2 As Atribuições do Agente Comunitário de Saúde**

O conjunto de atividades, funções e ações desenvolvidas por um profissional, em consonância com sua formação, treinamento e competência, consiste na expressão “escopo de prática”, cuja composição proporciona impacto direto na produtividade da força de trabalho, bem como na resolutividade e custo dos serviços de saúde. Para melhor compreendê-lo é

necessário considerar os seguintes elementos: os critérios que permitem o exercício da profissão; as atividades profissionais garantidas pela legislação que a rege; a formação profissional; as reais atividades realizadas na prática; e a responsabilidade profissional (GIRARDI *et al.*, 2017).

Em geral, a legislação que rege a profissão do ACS tem como principal objeto a configuração de parâmetros para o ingresso e o exercício profissional, assim como a definição de formas de vínculo e de garantia de direitos a ele associados. Um dos aspectos que igualmente se destaca é a definição de suas atribuições que, num olhar retrospectivo, ajuda a perceber a transformação das práticas realizadas por esse trabalhador, oferecendo subsídios para pensar sobre tendências e ênfases do enfoque da APS em curso. Até 2006, esses parâmetros normativos concentravam-se em atividades educativas, de produção de informações relacionadas ao seu trabalho, de acompanhamento das famílias, de mobilização social, de articulação intersetorial, tendo a visita domiciliar como ação ou estratégia estruturante. (MOROSI & FONSECA, 2018).

Desta forma, a Portaria n° 1.886 (BRASIL, 1997), primeiro documento normativo, posterior à criação do PSF, fixou as diretrizes do PACS e explicitou as atividades que seriam “atribuições básicas” do ACS, com a predominância de ações de prevenção e promoção da saúde. Entre essas ações, são encontradas: orientação, acompanhamento e monitoramento de grupos específicos; educação em saúde; identificação de sinais de risco; encaminhamento e criação de alternativas de facilitação do acesso a serviços de saúde; cadastramento das famílias e sua atualização; participação no diagnóstico socio sanitário; supervisão de pessoas em tratamento; realização e programação das visitas domiciliares; promoção de imunização e do aleitamento materno exclusivo; e apoio a inquéritos epidemiológicos, investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória.

Cabe notar ainda que essa portaria estabeleceu que o ACS também poderia ter como atribuição outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais, abrindo o leque de possibilidades de atuação em função do que fosse priorizado nos diversos contextos. Entretanto, ela vedou ao ACS o desenvolvimento de atividades típicas do serviço interno da UBS de sua referência. Essa limitação, porém, correspondeu a um parâmetro muito valorizado pelo ACS, visto que consagrou o território como locus fundamental de sua atuação, com base no qual se estruturam a organização e o desenvolvimento de seu trabalho. Neste sentido, o território vivido necessita ser compreendido e observado, sobretudo, como lugar de produção e reprodução social, de trocas materiais e simbólicas e de convivência entre pessoas; enfim, voltado para toda forma de manifestação da vida social cotidiana. Assim sendo, a territorialização deve ser concebida como eixo organizador e integrador de práticas de saúde

com a realidade social; mobilizador de conhecimentos, vivências e conteúdos técnico-científicos e populares; e articulador do processo de trabalho (MOROSI & FONSECA, 2018).

O decreto nº 3.189 (BRASIL, 1999) ofereceu um texto normativo mais enxuto em relação às atribuições dos ACS, estruturando em seis itens as suas atividades: utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação; execução de atividades de educação para a saúde individual e coletiva; registro para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos; estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e participação ou promoção de ações que fortaleçam os elos entre o setor Saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida. Semelhante à portaria anterior, nele há um sétimo item que amplia as possibilidades de atuação do ACS ao indicar que ele também pode desenvolver outras atividades pertinentes à sua função, sem especificá-las. Ademais, este decreto permaneceu como referência para a definição de atividades do ACS, já que a Lei 10.507 (BRASIL, 2002) apenas apresentou um enunciado genérico e a Lei 11.350 (BRASIL, 2006b), além do enunciado geral quase idêntico ao anterior, recuperou as atividades apresentadas nele (MOROSI & FONSECA, 2018).

De acordo com esses autores (2018), com a publicação da PNAB (BRASIL, 2006c) tem início a explicitação de um redirecionamento nas diretrizes do trabalho dos ACS. As ações de educação perderam o estatuto de atividades em si e passaram a ser apresentadas como meios para efetivar outras atividades principais de promoção, prevenção e vigilância. Além disso, foram suprimidas de seus textos aquelas que visavam à participação popular – sejam nas políticas públicas de um modo geral, sejam nas voltadas para a área da Saúde – e, com elas, desapareceu também a expressão “qualidade de vida”, a qual a Política deveria promover. Outra mudança importante na orientação do trabalho do ACS, incluída na PNAB, na forma de nota, foi a permissão para desenvolver atividades na UBS, desde que vinculadas às atribuições especificadas na própria lei, flexibilizando, assim, a delimitação do trabalho ao território, diferentemente do que determinava a Portaria n. 1.886 (BRASIL, 1997).

Em 2011, a nova edição da PNAB e a Portaria n. 2.488, que aprovou a referida Política, destacaram como atribuições do ACS: o cadastramento de pessoas e domicílios (dados que possibilitam conhecer o território, as condições de vida e as necessidades de saúde da população); a realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; o acompanhamento de famílias sob sua responsabilidade, por meio de visitas domiciliares; e o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos programas de transferência de renda e

enfretamento de vulnerabilidades, que podem ser promovidos pelas três instâncias de governo, dentre eles o PBF. Ademais, acentuou-se a proposição das atividades educativas como meios para efetivar outras atividades principais, em explícita vinculação com a prevenção e o controle de riscos às doenças (BRASIL, 2011a; BRASIL 2012).

Entretanto, observa-se, nas PNABs 2006 e 2011, a supressão do termo “política(s)” nas definições de atribuições do ACS. Além disso, o termo “comunidade” não chegou a desaparecer, mas foi empregado com menos frequência, passando a ser associado apenas ao local de exercício de suas atividades ou à promoção da saúde e prevenção de doenças. A partir da PNAB 2006, não há também mais referência à participação do ACS na produção do diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade. Seu texto menciona como atribuição dos ACS “cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados”. Mais uma vez, ocorreu o deslocamento de uma ação de espectro mais amplo e complexo para uma tarefa de caráter operacional (MOROSINI & FONSECA, 2018).

A mais recente versão da PNAB (BRASIL, 2017a) foi formulada em meio a um debate insuficiente e controverso, restrito a alguns autores, especialmente da gestão do sistema na época, que expressavam o desejo voluntarista de mudanças de direção da Política e sua operação, sem acatar o princípio da ampla representatividade na tomada de decisão, como a efetiva participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), contrário às diversas teses presentes na mencionada revisão (CNS, 2017). Outras entidades, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a ABRASCO, também se posicionaram publicamente contrários à condução da revisão da Política (ABRASCO, 2017).

Mendonça *et al.* (2018) também destacam alguns pontos controversos da revisão da PNAB quanto ao modelo de atenção à saúde: composição da eSF no que diz respeito ao número mínimo de ACS que devem compô-la para cobrir a população em 100% do território (a não ser nas áreas de risco e vulnerabilidade social), o que pode ameaçar a cobertura populacional e promover a desvinculação entre esta e o território, além de ferir as regulamentações vigentes; unificação do território de atuação dos ACS e dos ACE, não considerando suas realidades específicas, o que pode provocar piora nas ações de prevenção de doenças transmissíveis; previsão de repasse de recursos para equipes de Atenção Básica tradicionais – como contratação de profissionais por apenas 10 horas (FAUSTO, ALMEIDA & BOUSQUAT, 2018) – provocando uma substituição da ESF pela antiga Atenção Básica ou outros arranjos que não atendem às necessidades da população e podem gerar competição entre as estratégias e dispositivos de porta de entrada do sistema; e definição de dois padrões de ação da Atenção

Básica – um essencial, de serviços que cada município deveria oferecer, e outro ampliado – o que pode comprometer a garantia de integralidade da APS e do SUS.

O primeiro ponto diz respeito à flexibilização da presença do ACS nas equipes da APS, associada ao fato de que a cobertura de 100% passa a ser uma diretriz somente nas áreas de risco e vulnerabilidade social. Tal omissão interfere diretamente no perfil das equipes e na sustentação do ACS como elemento fundamental da expansão da ESF. Essa ideia torna-se viável e fortalecida pela previsão de financiamento federal para as equipes de APS que não incluem o ACS em sua composição mínima. Já os argumentos que têm sido apresentados em defesa do segundo ponto partem de uma descrição parcial e simplificada dos processos de trabalho do ACS e do ACE, que não correspondem nem à realidade do que realizam, nem ao potencial do que pode ser alcançado por meio de sua integração. Outro problema é o esvaziamento da singularidade do trabalho do ACS, quando se estabelece um rol de atribuições comuns aos agentes e desloca-se, para este conjunto, atividades históricas e tipicamente identificadas como de sua responsabilidade (MOROSINI & FONSECA, 2018).

No Brasil, os ACS podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: ligados a uma UBS ainda não organizada na lógica da ESF; ou a uma UBS da família como membro da equipe. O modelo da ESF, com o ACS em destaque, é o grande diferencial de prevenção em saúde de base comunitária, e faz do programa brasileiro um dos maiores do mundo. A ESF orienta o ACS a desenvolver suas atribuições no atendimento inicial dos indivíduos, na sua residência, levando informações e reorganizando o processo de trabalho dos profissionais dos níveis hierárquicos mais elevados, em interação com a comunidade. Desta forma, o ACS atua no apoio aos indivíduos e aos coletivos sociais ao estender as responsabilidades da eSF, identificando as situações mais comuns de risco à saúde; participando da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde; colocando em ação conhecimentos, habilidades, atitudes e valores a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento do autocuidado em saúde; e mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais (BRASIL, 2004c; SANTOS & FARIAS FILHO, 2016).

Stotz, David e Bornstein (2009) afirmam que o trabalho do ACS se dá principalmente no campo da comunidade, o que lhe possibilita o conhecimento de situações que não chegam à UBS e a aproximação às condições e estilos de vida da população. Assim, pode-se dizer que, da eSF, o ACS é o profissional que tem o maior conhecimento empírico da área de atuação: sua dinâmica, os valores da população e suas formas de organização. Isto, além de facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais, facilita também o

entendimento da concepção popular sobre saúde. Portanto, o ACS ocupa posição singular, e ao mesmo tempo contraditória, no trabalho em saúde na APS. Por um lado, ele é membro da comunidade-alvo a ser atendida pelo serviço de saúde e, como tal, também é usuário deste serviço; portanto, conhece e enfrenta as mesmas dificuldades de acesso e de resolubilidade que perpassam o sistema público de saúde. Por outro lado, torna-se integrante de uma equipe de saúde que deve contribuir para reduzir as dificuldades observadas, promovendo acesso aos serviços de saúde de forma integral e equitativa. Assim, no cotidiano de trabalho, as tensões que se produzem na interface entre a dinâmica comunitária e a intencionalidade dos serviços colocam também, para o ACS, o papel de mediador de conflitos, atuando como um educador e como agente mobilizador, pois ele faz parte do sistema de saúde sem perder a fidelidade à sua comunidade.

Santos & Fracolli (2010) também reconhecem o valor histórico do ACS como elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Contudo salientam que ele não pode constituir um elo isolado, devendo promover uma verdadeira integração entre a população que assistem e os demais profissionais da eSF, pois servir de elo significa não apenas estar presente na “corrente”, mas ainda interagir com ela.

Portanto, a potencialidade do processo de trabalho do ACS reside em uma mediação entre saberes e lógicas distintas, capaz de apontar o enfrentamento e superação dos problemas vivenciados pela comunidade, tendo a EPS como uma de suas ferramentas, pois, nas perspectivas teórico-conceitual e metodológica, permite fortalecer uma atuação pedagógica, por parte do ACS, como mediador e educador crítico. Mediar a relação entre os serviços e a população, na perspectiva da melhoria das condições de vida, não é uma tarefa fácil. Supõe um forte vínculo comunitário, uma abertura para o diálogo e uma reflexão sobre as possibilidades de ação em cada situação concreta. Enquanto a reprodução das relações hierarquizadas e das práticas de saúde inerentes ao modelo biomédico evidencia a fragilidade do ACS, olhá-lo como educador, na perspectiva da EPS, redefine seu papel mediador na transformação das práticas de saúde (STOTZ, DAVID, BORNSTEIN, 2009).

Em geral, as disputas pela configuração do trabalho do ACS representam tensões quanto à centralidade do trabalho comunitário, educativo, com perspectivas de mobilização e organização popular, diante das crescentes demandas dos serviços pelo monitoramento de ações programáticas, marcadas pelo controle dos riscos de adoecimento. O predomínio das prioridades estabelecidas pelos programas de saúde, classificadas como “grupos de risco” – hipertensos, diabéticos, gestantes, recém-natos, crianças menores de um ano, idosos e os pacientes com tuberculose – tem se acoplado à intensificação do trabalho no regime de gestão

orientado por metas. Esse direcionamento tem implicações imediatas no modo como o ACS estabelece sua relação com os moradores da comunidade. Incide, por exemplo, sobre o foco da atenção e das informações coletadas e oferecidas, que são fortemente delimitadas pelos instrumentos dos sistemas de informação (RAMOS *et. al.*, 2017; MOROSI & FONSECA, 2018).

Nesse sentido, estudos indicam que está ocorrendo uma substituição progressiva, que afeta não somente a frequência e regularidade das visitas domiciliares, mas também a qualidade das relações que nelas se estabelecem (RIQUINHO *et. al.*, 2018). Em uma investigação, Ramos *et. al.* (2017 *apud* MOROSI & FONSECA, 2018) mostraram que é comum o ACS atender demandas após seu horário de trabalho, em casa ou em momentos de lazer, motivadas por situações de emergência, busca de informações ou solicitações variadas; mas também por problemas na dinâmica da vida no território que interferem no cumprimento das metas dos serviços. Já a pesquisa de Pinto *et. al.* (2015 *apud* MOROSINI & FONSECA, 2018), que reiterou a centralidade da visita domiciliar, identificada como principal meio pelo qual os ACS desenvolvem vínculos e conhecem as condições de vida e saúde dos moradores, identificou que a condição de saúde dos usuários tem sido utilizada como critério para a organização da rotina e a priorização dos domicílios visitados. Isso não seria, necessariamente, um problema se não acarretasse prejuízo à continuidade da visita ou à possibilidade de manter atividades coletivas. Desta forma, os ACS identificaram no território outras situações de saúde que acabaram sendo negligenciadas, com destaque para aquelas relativas aos adolescentes e adultos jovens, segmentos populacionais frequentemente distantes das UBS.

Ademais, Buss *et al.* (2014) afirmam que a ESF tende, paradoxalmente, a não incorporar temas e problemas de saúde prioritários na agenda da promoção da saúde. Por exemplo, o debate sobre políticas públicas saudáveis e ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades e capacidades pessoais, e a própria reorientação do sistema e dos serviços de saúde podem estar ausentes no cotidiano do trabalho em saúde. As intervenções que isolam os indivíduos do seu contexto dificilmente são capazes de produzir resultados sustentáveis porque não valorizam as dinâmicas organizacionais, institucionais e comunitárias, cruciais para a compreensão de efeitos, impactos e mudanças. Na verdade, as práticas envolvem razão e ação, e se dão em contexto. Portanto, elas podem ser construídas, reconstruídas e/ou modificadas, conforme as condições sociais, culturais e políticas em que se inserem, desenvolvendo práticas que expressam uma concepção mais ampliada de saúde (DAVID *et. al.*, 2018; TAVARES, ROCHA & MAGALHÃES, 2018).

### 4.2.3 Os Desafios e as Conquistas do Agente Comunitário de Saúde

O processo e as condições de trabalho dos ACS são ainda pouco conhecidos na sua multidimensionalidade e tendem a sofrer mudanças rápidas, em função dos contextos políticos locais, das novas regras jurídico-administrativas e da própria dinâmica das comunidades às quais estão vinculados. Portanto, essa categoria tem enfrentado diversos desafios para o desempenho de suas atribuições, seja pelo amplo leque de obrigações, pelas fragilidades socioeconômicas da população ou pelas precárias condições de trabalho e peculiaridades do território. A fim de superar tais desafios, é necessário um trabalho intersetorial em rede, articulando os diversos atores e equipamentos sociais existentes na comunidade (STOTZ, DAVID, BORNSTEIN, 2009; SILVA, DIAS & RIBEIRO, 2011).

De acordo com o Relatório do V Fórum Nacional da CONACS (CONACS, 2015), entre as principais mudanças ocorridas, identificadas pelos ACS, destacam-se: a carga crescente de atividades relacionadas aos programas de saúde centrados nas doenças; a redução do tempo dedicado à visita domiciliar e às atividades educativas no território, com a priorização de ações realizadas no interior das UBS; e o aumento do tempo destinado às atividades de coleta de informações e preenchimento de fichas (instrumentos de trabalho pré-formatados em níveis centrais da gestão), criticado pelos ACS, que se autointitularam “agentes coletores de dados”. A realização de determinadas atividades no interior da UBS, como, por exemplo, a separação de fichas e anotação do peso em consultas coletivas, a organização de espaços físicos para atividades, a orientação de filas, a separação de prontuários, e, até mesmo, atividades de limpeza, trata-se de orientações particulares que funcionam como protocolos de ação que relegam ao segundo plano a esfera da intersubjetividade, valorizada no trabalho da educação em saúde. Essa modificação é caracterizada, pelos ACS, como a sua conversão de um “agente transformador” em um “agente burocrático (MOROSI & FONSECA, 2018).

Como fator agravante, Santos *et al.* (2011) consideram, ainda, que alguns ACS não compreendem suas reais competências, e atribuem isto aos possíveis motivos que os levam, em alguns casos, a escolher tal profissão, quase sempre relacionados ao desemprego, à falta de opções ou à insatisfação com suas atividades anteriores. Pinto *et. al* (2015), em uma pesquisa, reiteram que o principal motivo para o ingresso no trabalho como ACS é a busca por emprego. Por sua vez, Santos e Farias Filho (2016) também defendem esta ideia, ainda que tenha ocorrido uma melhoria na escolarização. Com o objetivo de verificar a influência das relações sociais em rede do ACS no cotidiano de trabalho das eSF, estes autores realizaram uma pesquisa em 06 municípios de 03 complexos regionais, com população na faixa de 30-120 mil habitantes,

priorizando aqueles mais próximos das capitais (Complexo Amazônico - 02 municípios do Pará; Nordeste - 02 municípios de Alagoas; e Centro-sul - 02 municípios de Santa Catarina). De acordo com os resultados, o principal motivo para os ACS ingressarem na função foi a “oportunidade de trabalho”, havendo, geralmente, relação com o desemprego ou atividade exercida anteriormente, como, por exemplo, vendedor, estudante ou auxiliar em serviços gerais.

Segundo Morosini e Fonseca (2018), o trabalho do ACS, instituído na década de 1990, abriu oportunidade de ocupação remunerada – e ainda hoje o faz – principalmente para uma fração da classe trabalhadora cuja trajetória profissional alterna períodos de emprego, desemprego e trabalho informal. Trata-se de uma categoria com variada qualificação profissional, em geral simplificada, e sem atuação anterior na área da saúde, composta, principalmente, de mulheres que buscam conciliar a atividade remunerada com as atribuições domésticas, objetivo facilitado pela proximidade entre o local de trabalho e a residência. Em uma pesquisa, Pinto *et. al* (2015) identificaram que 79,55% dos ACS entrevistados não tinham experiência na área da saúde e que 84,86% desses trabalhadores foram capacitados por meio do Curso Introdutório (72,02%) ou da formação técnica (35,78%), ambos promovidos após o ingresso no SUS.

Ademais, as formas de contratação e inserção no mercado são aspectos determinantes na distribuição, qualificação e valorização da força de trabalho em saúde. No quesito vinculação institucional e ingresso no trabalho, o estudo de Pinto *et.al* (2015) encontrou mudanças positivas: 55,53% dos ACS foram contratados como estatutários e 26,33%, como empregados públicos via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); e 54,02% ingressaram no trabalho por meio de concurso público e 39,56%, via seleção pública (DAVID *et. al*, 2018).

O cuidado em APS aposta na noção de interdisciplinaridade do trabalho em equipe, em um difícil esforço de diálogo entre núcleos de saberes profissionais. Portanto, o fazer cotidiano das equipes multiprofissionais da ESF representa um espaço concreto de desafios à interdisciplinaridade, na medida em que pressupõe não apenas o diálogo entre saberes como também sua translação em práticas profissionais (SCHERER, PIRES & JEAN, 2013, *apud* MENDONÇA *et al.*, 2018). Desta forma, Santos & Farias Filho (2016) afirmam que as dificuldades estruturais no trabalho dos ACS podem ter relação com alguns problemas na gestão da ESF, como o distanciamento entre eles e os demais membros da eSF, que acabam por gerar questionamentos sobre a sua efetividade. Em pesquisa realizada por estes autores, os resultados indicaram que os ACS não têm percepção de sua importância, pois não se viram como elo entre a comunidade, as eSF e as UBS. Portanto, concluíram que suas redes internas apresentaram

baixa densidade, com poucas relações externas, fatores que limitam a ampliação do capital social e dificultam a difusão de conhecimentos e experiências de ações de prevenção.

Por outro lado, o ACS é reconhecido como um ponto de convergência entre tensões e conflitos. Se a ESF é a porta de entrada do SUS, os ACS são a porta de entrada da ESF, servindo de anteparo às insatisfações da população com o sistema. Além do mais, eles lidam cotidianamente com desafios diversos no território, o que podem levar a um intenso desgaste físico e emocional. Com o aumento da violência no Ceará, por exemplo, a visita domiciliar passou a representar, em alguns casos, um risco à vida desse trabalhador; sobretudo na capital, onde, na década de 2010, os homicídios tornaram-se a principal causa de morte. Como consequência, em 2015, aconteceram pedidos de demissão de trabalhadores em saúde em bairros de população de baixa renda, em virtude da elevada violência urbana (SOUZA *et al.*, 2014; PAIVA, 2017; FIOCRUZ-CE, 2018).

De acordo com Souza *et al.* (2014), o perfil, as dificuldades de percepção do seu papel e funções, e os problemas estruturais de trabalho relatados pelos ACS reforçam a ideia de que eles enfrentam condições adversas, pois carecem de um saber sistematizado e da utilização de instrumentos adequados ao seu trabalho. Isto aponta para outros desafios à gestão da ESF, em termos de treinamentos, capacitação, atualização e incentivos para valorização profissional. Promover saúde, que implica em trabalho intersetorial e mudança de hábitos, é uma das atividades mais complexas da área. Para tanto, é fundamental oferecer formação e qualificação profissional aos seus trabalhadores.

O conceito de qualificação profissional articula a formação, o valor social do diploma e do trabalho, a organização e o poder político das instâncias corporativas e representativas da categoria profissional. No caso dos ACS, a qualificação profissional é historicamente caracterizada pela associação entre falta de formação, fraca regulação profissional, vínculo precarizado e baixo salário. Tais condições contribuem para os frequentes processos que visam à reconfiguração do trabalho do ACS, sem estabelecer uma legislação que atenda às necessidades gerais do modelo assistencial, nem às expectativas desses agentes sociais em um processo mais amplo de inclusão social (MOROSINI & FONSECA, 2018).

Na lógica de expansão nacional da APS, os ACS, que se constituíram como força de trabalho importante, inicialmente, dependiam exclusivamente dos enfermeiros para seu treinamento e supervisão. Na maioria dos municípios do Ceará, por exemplo, as enfermeiras ficaram com a responsabilidade de treinar e supervisionar os ACS, uma das razões da abertura do mercado de trabalho para a enfermagem no interior do Estado; mas também contaram com a supervisão de outros profissionais, com o assistente social e o dentista. Isto ainda pode ser

observado nas práticas das equipes, embora essa exclusividade não seja normativamente exigida (DAVID *et. al*, 2018; SANTANA & CASTRO, 2017).

Nos primórdios, como vimos, a maioria dos ACS tinha baixa escolaridade; alguns até analfabetos. Então, no Ceará, em 1998, a Secretaria de Educação criou cursos de 1º. e 2º. Grau (hoje, Ensinos Fundamental e Médio, respectivamente), específicos para os ACS, como parte do Projeto Tempo de Avançar, em retribuição à grande colaboração que eles davam à inclusão de crianças na escola. A repercussão positiva fez com que essa iniciativa se estendesse para clientela aberta em todo o Estado. É provável que, em consequência a esse movimento, anos depois, surgiram as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), escolas públicas da área da saúde que, majoritariamente, estavam ligadas às Secretarias de Saúde dos estados e municípios. Elas passaram a dedicar-se à educação profissional dos trabalhadores de nível médio e técnico; e se organizaram em âmbito nacional, a partir de 2000, na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) (FONSECA & STAUFFER, 2007; SANTANA & CASTRO, 2017).

Novamente, no Ceará, Dr. Carlile e Miria Lavor, preocupados em preparar os ACS para novos problemas e desafios, pensaram num curso com base nos novos papéis do agente. Em 2002, desenvolveram com Luiz Odorico Monteiro de Andrade, à época, Secretário de Saúde do município de Sobral, e a equipe da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Saboia, da SMS de Sobral, em parceria com a Universidade Vale do Acaraú, um curso sequencial de dois anos, numa experiência piloto; diferente dos treinamentos pontuais e fragmentados que não interligavam com o objeto de trabalho maior, a família e seu contexto. O curso teve como propósito desenvolver o perfil de um profissional da saúde com funções próprias (que não fosse um auxiliar de enfermagem, de medicina ou de odontologia), e abordar, além das discussões sobre doenças, os problemas sociais, como drogas, álcool, violência, degradação do meio ambiente, e falta de lazer e solidariedade; temas essenciais para a saúde da população. Essa experiência desencadeou o interesse da SGTES, do MS, em propor um curso técnico para os ACS (SANTANA & CASTRO, 2017).

O CTACS, publicado em 2004 pelo MS, em parceria com o então Ministério da Educação e Cultura (MEC) (BRASIL, 2004b) corresponde a um perfil de atividades complexas, localizadas na interface entre a área social – com ênfase na educação e comunicação – e a área clínica/epidemiológica. Do ponto de vista do conhecimento e da perspectiva política, o Curso requisita a compreensão dos determinantes sociais e da dinâmica de produção da vida e dos problemas de saúde específicos dos territórios de atuação, bem como prevê o desenvolvimento da capacidade de articulação com as instituições de saúde e de outras áreas. Apesar da interface

com a clínica, predomina a direcionalidade da prevenção e da promoção da saúde (MOROSINI & FONSECA, 2018).

O Curso é composto por três etapas formativas. A primeira tem o objetivo de desenvolver três competências: promover ações para integração entre as eSF e a população; realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde; e desenvolver ações de promoção social, e de proteção e desenvolvimento da cidadania. Na Etapa Formativa II, são desenvolvidas competências quanto à promoção da saúde de grupos específicos, como crianças, gestantes, pessoas com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. As arboviroses e doenças veiculadas pela água são abordadas na Etapa Formativa III. Desta forma, de acordo com seu perfil de conclusão, o Técnico de ACS é apto a: orientar e acompanhar famílias e grupos em seus domicílios; identificar e intervir nos múltiplos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, para a promoção da saúde e redução de riscos à saúde da coletividade; realizar mapeamento e cadastramento de dados sociais, demográficos e de saúde; desenvolver suas atividades norteadas pelas diretrizes, princípios e estrutura organizacional do SUS; e promover comunicação entre equipe multidisciplinar, unidade de saúde, autoridades e comunidade (BRASIL, 2016a; BARRETO *et al.*, 2018).

No entanto, infelizmente, observa-se que os investimentos no processo de Educação Permanente em Saúde da eSF, especialmente para os ACS, ainda são poucos. No Ceará, por exemplo, 97,1% desses trabalhadores realizaram, apenas, a Etapa Formativa I do CTACS, ofertado pela ESP-CE. Essa realidade tende a se agravar com a promulgação da EC nº 95/2016, que agudiza o subfinanciamento crônico do SUS, ao definir o congelamento e a redução progressiva dos recursos federais por vinte anos, e sobrecarrega os municípios, já responsáveis por um terço dos gastos em saúde (31%), financiando-a muito além das suas receitas (18,5%). Portanto, com o congelamento de recursos e o processo de desfinanciamento federal, estima-se que o setor Saúde perderá mais de R\$ 400 bilhões até 2036, quando finda o prazo para o teto de despesas da União; também gera-se preocupações com a manutenção de políticas mais recentes que carecem de largo apoio social. Nesse cenário, é possível vislumbrar cortes de eSF e demissão de profissionais pela ausência de uma política de pessoal para o SUS, onde já convivem múltiplas formas de contratação, incluindo contratos informais, contratos precários ou via Organizações Sociais, agravando a situação funcional dos trabalhadores. Essas ameaças envolvem não só a descontinuidade do acesso e da oferta de ações para a população até então cobertas, como também o retorno à antiga e tradicional forma de organização da assistência (VIEIRA & BENEVIDES, 2016, *apud* MENDONÇA *et al.*, 2018; FIOCRUZ-CE, 2018).

Outros desafios vêm ameaçando a continuidade do trabalho dos ACS e, conseqüentemente, a ESF. O MS, por meio das Portarias nº 958 (BRASIL, 2016b) e 959 (BRASIL, 2016c), de 10 de maio de 2016, alterou a composição das equipes de APS, extinguindo a obrigatoriedade de contratação do ACS nas eSF sob os argumentos de “ampliar a resolutividade e as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica” e “aumentar a capacidade clínica na UBS e o cuidado no domicílio, fortalecendo a continuidade da relação clínica na construção de vínculo e responsabilização da Atenção Básica”. No entanto, após resistência e pressão dos trabalhadores da saúde, da Confederação dos Servidores Públicos, especialmente a categoria de ACS, e de instituições de pesquisa e estudiosos na área da Saúde Pública, como a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), essas portarias foram revogadas. As instituições divulgaram uma carta de repúdio a tais publicações, por entenderem que elas representavam um retrocesso em relação ao modelo de atenção e democratização do SUS; traziam uma concepção equivocada de resolutividade; e restringiam as possibilidades de composição da eSF, especialmente em relação ao ACS, e, conseqüentemente, o seu trabalho; e reforçavam sua precarização (ENSP, 2016).

No ano seguinte, como visto, o MS, com o apoio da Comissão Tripartite, reformulou a PNAB (BRASIL, 2017a). A “nova” Política, apesar de reforçar a ESF como prioritária da atenção à saúde e reorganização da APS, cria uma nova modalidade de equipe “Atenção Básica”, composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, e projeta outras alterações para o trabalho do ACS. Estas, infelizmente, não representam um movimento isolado. Ao contrário, integram um processo mais amplo do qual faz parte, pelo menos, outro instrumento normativo, a Lei nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018, conhecida como Lei Ruth Brilhante, a qual foi sancionada e alterou a Lei nº 11.350 (BRASIL, 2006b), para dispor sobre: reformulação das atribuições; jornada e condições de trabalho; grau de formação profissional; cursos de formação técnica e continuada; e indenização de transporte para ACS e ACE (BRASIL, 2018a).

No PL nº 6.437/2016 (BRASIL, 2016d), que deu origem à Lei Ruth Brilhante, os ACS tentaram redefinir as diretrizes para a sua formação e atribuições, as quais foram classificadas em: privativas, típicas, assistidas por profissional de nível superior e compartilhadas com os demais membros da eSF. Foi proposto também que os ACS e ACE passassem a desenvolver, de forma integrada, ações de orientação à comunidade, planejamento de atividades e notificação de casos relativos ao campo da vigilância, porém com a precaução de não sobrepor as respectivas funções e responsabilidades. Definiu-se como *atividade*

*privativa* a realização de “visitas domiciliares rotineiras em sua base geográfica de atuação, casa a casa, para a busca ativa de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública, com consequente encaminhamento para a unidade de saúde de referência”. Qualificaram-se como *típicas* as atividades que caracterizam historicamente o perfil profissional dos ACS como um trabalhador que atua no território, realizando ações de educação em saúde. Ainda que com certa resistência de parte da categoria, as atividades a serem assistidas por “profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica” provêm do campo da enfermagem: aferição de P.A., medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar, e orientação e apoio à administração de medicamentos. Contudo, no PL, havia a ressalva de que essas atividades seriam realizadas no domicílio (MOROSINI & FONSECA, 2018).

De acordo com os autores (2018), após tramitação no Congresso Nacional e a realização de audiências públicas nos diversos estados, com a participação dos ACS, o PL foi aprovado e encaminhado para sanção presidencial. Nessa última fase, que antecedeu a publicação da lei, o veto presidencial recaiu justamente sobre os pontos nos quais os ACS pretendiam se resguardar das mudanças anunciadas: a exigência do curso de formação inicial de 40 horas e diploma de ensino médio; jornada de trabalho de 40 horas semanais, divididas em 30 horas semanais para atividades externas de visita domiciliar e outras ações de campo e mais dez horas semanais para atividades de planejamento e avaliação das ações; a obrigatoriedade de estados e municípios oferecerem curso técnico aos agentes com carga horária mínima de 1.200 horas; a obrigação da realização de cursos a cada dois anos e durante a jornada de trabalho; a possibilidade do agente morar longe da comunidade em que atua, no caso de compra de casa própria; e a indenização de transporte ao trabalhador para o exercício de suas atividades (BRASIL, 2018c). Desse modo, prevaleceram as definições estabelecidas na nova PNAB, a essa altura já publicada.

Entretanto, após a mobilização da categoria, os ACS conseguiram a derrubada de alguns vetos e mudança do texto enviado como Medida Provisória ao Congresso. Destaca-se entre os vetos derrubados o parágrafo único 1º do artigo 2º da lei, que determina como “essencial e obrigatória a presença de agentes comunitários de saúde na estrutura de atenção básica de saúde”. Outros pontos de destaque foram o pagamento da indenização por transporte dos ACE e ACS, bem como a possibilidade de ambos poderem mudar de bairro caso sejam contemplados em algum programa de residências populares, o que anteriormente era vetado (BRASIL, 2018b).

Em outra tentativa que sugere a desprofissionalização dos ACS, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018, institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS), ofertando curso técnico em enfermagem para 250 mil ACS e ACE no âmbito do SUS, na tentativa de responder à necessidade de formação para o exercício das novas atribuições previstas na PNAB 2017, típicas da categoria de enfermagem. Esse projeto de transformação em larga escala desconsidera a existência do *Referencial Curricular* para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado em 2004, pelo próprio MS em parceria com o MEC (BRASIL, 2004b); contraria frontalmente os princípios da ESF, fundamentados na promoção da saúde; e anula a potencialidade de ação do único profissional da equipe com possibilidade de dedicar maior proporção do seu tempo às ações de organização, mobilização comunitária e articulação de políticas intersetoriais no território. Deve-se levar em conta também o risco de sobrecarga e de uma possível redução de postos de trabalho, pelo acúmulo de atividades entre os agentes (ACS-ACE), sobre os quais irão se sobrepor três escopos de práticas. Além de tudo, há o risco de aprofundamento do modelo biomédico de saúde que aumentará ainda mais o custo da atenção à saúde no SUS, podendo resultar na falência do sistema (FIOCRUZ-CE, 2018; MOROSINI & FONSECA 2018).

Ressalta-se que as bases que sustentam o trabalho do ACS e do técnico de enfermagem são distintas. O técnico possui formação e prática alicerçadas nos saberes biomédicos, enquanto o ACS historicamente tem sua base centrada no saber popular e na promoção da saúde a partir da participação social. Ademais, as atribuições das duas profissões não são excludentes, nem sobrepostas, nem concorrentes, apenas diferentes e, portanto, complementares (ENSP, 2016).

A Lei nº 13.708, de 14 de agosto de 2018, altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos ACS e dos ACE e passa a vigorar o piso salarial destas categorias no valor de R\$ 1.550,00 (mil quinhentos e cinquenta reais) mensais, obedecendo o seguinte escalonamento: R\$ 1.250,00 (mil e duzentos e cinquenta reais) em 1º de janeiro de 2019; R\$ 1.400,00 (mil e quatrocentos reais) em 1º de janeiro de 2020 e R\$ 1.550,00 (mil e quinhentos e cinquenta reais) em 1º de janeiro de 2021 (). Ademais, no Ceará, no mesmo ano, sancionou lei de insalubridade aos ACS, assegurando adicional de 20% de insalubridade sobre o vencimento ou salário-base, baseado na Lei Federal nº 13.342, de 03 de outubro de 2016, mais conhecida como a Lei da Insalubridade dos Agentes de Saúde (BRASIL, 2018e; CEARÁ, 2018).

Contudo, em 2019, no campo do financiamento, o SUS perdeu seu importante mecanismo de indução da ESF quando foi lançado o “Previne Brasil”, que extinguiu os Pisos

da Atenção Básica – fixo e variável – e lançou o mecanismo de pagamento por capitação ponderada, por desempenho e por ações estratégicas incentivadas (NOGUEIRA & BORGES, 2021). O “Previne Brasil”, considerado um substituto do PMAQ, insere uma lógica de produtividade que opera em sintonia com outras medidas, como a Carteira de Serviços da APS e a Agência para o Desenvolvimento da APS (ADAPS) (MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020 *apud* NOGUEIRA & BORGES, 2020), bem como com a EC n° 95. A ADAPS, criada pela Lei 13958/2019, legitima a privatização da APS, aprofundando a terceirização e estimulando a contratação de empresas privadas para a provisão de serviços (NOGUEIRA e LACERDA, 2020 *apud* NOGUEIRA & BORGES, 2020). Já a Carteira de Serviço da APS (BRASIL, 2019) reduz a complexidade das ações e estratégias, que estavam na base da ESF, a um rol de procedimentos biomédicos pré-estipulados, no qual devem ser encaixadas as demandas individuais dos usuários, com claro distanciamento do enfoque territorial e coletivo. Ela é “fundamental para a precificação, condição para o processo de contratação de serviços ao setor privado” (MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020, p. 7 *apud* NOGUEIRA & BORGES, 2020).

A luta dos ACS pela autonomia e pela estabilidade do seu trabalho tem se identificado, de forma mais imediata, com a defesa de vínculos mais sólidos, melhores salários e a definição de atribuições que os tornem capazes de responder às demandas mais agudas dos serviços. Como trabalhadores da saúde pública, as questões que os movem estão intrinsecamente relacionadas ao processo de configuração do SUS e, particularmente da APS. Trata-se de um campo de forças complexo para o qual converge a mobilização política pelos direitos de classe trabalhadora e que exige a intervenção nas diversas políticas sociais que contribuem para o desenvolvimento de condições mais justas e igualitárias de existência em sociedade (MOROSINI & FONSECA, 2018).

O campo da saúde é um espaço em que se dão relações de forças objetivas, lutas simbólicas definidas a partir de interesses diversos. Nesse sentido, as práticas desenvolvidas nesse espaço de disputas serão referidas aos vários saberes existentes – científico-profissionais, científico-populares e do senso comum - além de serem determinadas pelos contextos institucionais e político-administrativos do país e locais. De fato, a categoria ACS está mobilizada permanentemente por seus direitos e defesa de sua identidade profissional, e este processo de luta e disputas com a política proposta pelo governo brasileiro leva a mudanças frequentes da legislação e regulamentação sobre o processo de trabalho deste profissional, especialmente no atual momento brasileiro, no qual estão em curso debates e disputas em torno

de mudanças nas leis trabalhistas e previdenciárias de relevância para o futuro das instituições públicas e, conseqüentemente, seus servidores (DAVID *et. al.*, 2018).

Diante de tantos desafios, as eSF carecem de educação permanente e contextualizada sobre o valor, o potencial e os limites dos ACS, de modo a potencializar a atuação de todos os envolvidos e com implicações diretas na melhoria do cuidado (MAGALHÃES *et al.*, 2016).

#### **4.2.3.1 COVID-19 e a crise socio sanitária no Brasil**

Os impactos da pandemia provocada pela doença COVID-19 nos sistemas de saúde e na vida da população mundial aprofundaram as crises econômicas, sociais e políticas nos diferentes continentes. No Brasil, a importância do SUS e do princípio da universalidade tornou-se mais evidente diante da crise socio sanitária associada à pandemia. A APS, em particular a ESF, tem um potencial elevado de contribuir para o controle da pandemia de COVID-19, quer seja pelo seu papel nas ações de vigilância em saúde e de prevenção da propagação do vírus nos territórios adscritos, quer seja pela sua atuação no cuidado longitudinal aos grupos prioritários. Nessa conjuntura, o MS atribuiu ao ACS, no que compete à promoção, prevenção e controle de agravos, papel fundamental no reforço ao atributo da orientação comunitária (BOUSQUAT *et al.*, 2020; NOGUEIRA & BORGES, 2021).

Com o objetivo de analisar os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde dos ACS e as demandas desses trabalhadores no que se refere às condições de trabalho e à formação profissional, a Pesquisa, intitulada “Monitoramento da saúde e contribuições ao trabalho e à formação dos ACS em tempos de Covid-19”, estudo do tipo quanti-qualitativo, foi realizada, no período de março de 2020 a janeiro de 2021, com ACS de três capitais que apresentaram elevado número de casos detectados e registrados e os primeiros registros de transmissão comunitária – São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza – e cidades das respectivas regiões metropolitanas – Guarulhos, São Gonçalo e Maracanaú (MS,2020). Os principais resultados da pesquisa revelaram: oferta insuficiente de formação ou treinamento sobre a COVID-19; insuficiência em quantidade e qualidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), além de distribuição desigual, no âmbito das UBS, entre os trabalhadores, sendo os ACS preteridos no recebimento; ausência de protocolos definidos para atuação do ACS; e o não fornecimento de aparelhos telefônicos e de internet para a modalidade de trabalho remoto que ocorreu em diversas regiões. Além disso, os ACS relataram dificuldades estruturais das UBS, como falta de ventilação e insumos necessários para a higienização das mãos (água, sabão, álcool em gel,

entre outros), que revelam o sucateamento pré-pandemia das unidades de saúde. Destacou-se, ainda, que a maioria dos participantes da pesquisa relatou sofrimento emocional, como também a perda de familiares e outras pessoas com quem possuíam vínculos, vítimas da COVID-19. Os sinais mais frequentemente indicados foram insônia, tristeza e angústia, associados à conjuntura da pandemia, revelando um sofrimento emocional intenso por 96,1% dos ACS entrevistados, nos meses de abril e maio de 2020 (NOGUEIRA & BORGES, 2021).

Segundo as autoras (2021), nesses meses, onde houve maior número de casos detectados e registrados em Fortaleza, 13,8% mencionaram que as visitas domiciliares aos grupos prioritários foram suspensas; 76,6% permaneceram realizando, mas reduzidamente; 3,8% afirmaram que o número de visitas aumentou; e 5,8%, que não houve mudanças. No entanto, se por um lado houve redução das visitas domiciliares, além da suspensão de atividades educativas em grupo, diminuindo o contato presencial dos ACS com os usuários e o território, de outro lado houve aumento da comunicação por aplicativos de mensagem. 79,7% dos ACS entrevistados referiram ter realizado busca ativa, na modalidade remota, de pessoas com maior risco para Covid-19, com um aumento para 80,8%, nos meses de junho e julho do mesmo ano. As autoras afirmam que, nestes casos, devem ser fornecidos equipamentos específicos pela gestão pública como, por exemplo, aparelho celular e pacotes de dados para conexão. Na segunda etapa da Pesquisa, realizada nos meses de junho e julho, em relação às mudanças no trabalho, nas UBS, 45,5% dos ACS relataram aumento do tempo dedicado ao trabalho administrativo; e 58,9% (521) dos ACS informaram que o ritmo do trabalho ficou mais intenso. Esses dados demonstram que o trabalho do ACS se alterou.

Como produto da pesquisa, durante os grupos focais virtuais, os ACS elaboraram, junto aos dirigentes sindicais da categoria profissional, uma considerável série de recomendações, direcionadas às gestões municipais, estaduais e à gestão federal. Elas se referem às condições de trabalho; à proteção e garantia de direitos trabalhistas; às relações no trabalho; à gestão do processo de trabalho; e ao financiamento, execução e coordenação nacional, com vistas no combate à pandemia. É importante considerar que a maioria dos ACS do município de Fortaleza não possui formação profissional técnica específica, o que torna ainda mais relevante, nesse momento de pandemia, que o SUS efetive a sua atribuição de orientar e promover processos formativos (NOGUEIRA & BORGES, 2021).

Por sua vez, as autoras (2021) recomendam que novos arranjos de organização do trabalho devem ser pensados de modo a preservar o conjunto de atribuições de cada categoria profissional bem como as particularidades territoriais. Eles devem ser pensados em consonância com o momento de emergência sanitária, o que significa que, tão logo cessem as situações de

transmissão comunitária da pandemia, devem voltar a ser priorizadas as atribuições essenciais que caracterizam a atividade do ACS, em especial, as visitas domiciliares.

O começo de 2021 está marcado mundialmente pela corrida dos governos de diversos países para o desenvolvimento, aquisição e aplicação da vacina contra a COVID-19. Existem fortes preocupações quanto à capacidade de imunização dos grupos prioritários em todos os países. Ainda são desconhecidos todos os riscos acarretados pela existência de novas variantes do SarsCoV-2, sobretudo após a identificação de novas cepas nos continentes europeu e africano, além de mais recentemente no Brasil (NAVECA et.al, 2021 *apud* NOGUEIRA & BORGES, 2021). Contudo, percebeu-se uma potencial elevação da transmissibilidade, o que afetou ainda mais os trabalhadores do setor de Saúde que seguem atuando para conter a pandemia e salvar vidas. Desde o início da pandemia, já foram notificados mais de 1,8 milhão de casos de síndrome gripal suspeitos de Covid-19 em trabalhadores da Saúde no e-SUS Notifica, e há mais de 442 mil casos confirmados (BRASIL, 2020b).

Na conjuntura atual do país, infelizmente, o SUS é chamado a enfrentar o que pode ser considerado uma “terceira onda”. A primeira caracterizou o início da pandemia e sua expansão sustentada por transmissão comunitária; a segunda “tem sido imputada à não obtenção de imunidade de rebanho após a primeira” (MENDES, 2020, p. 6, *apud* NOGUEIRA & BORGES, 2021) e decorre da retomada das atividades econômicas e sociais interrompidas na primeira onda; a terceira é a que “atinge pessoas portadoras de condições crônicas não agudizadas, condições crônicas agudizadas e condições agudas não ligadas diretamente à Covid-19 durante o período da pandemia” em decorrência da diminuição do cuidado a outras condições de saúde em função da sobrecarga que a Covid-19 gera no sistema de saúde (MENDES 2020, p. 13, *apud* NOGUEIRA & BORGES, 2021).

#### ***4.2.3.2 Novo Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Diretrizes e Orientações***

Este tópico aborda uma proposta recente do MS, por meio da SGTES, para um novo CTACS, cujo desdobramento é a divulgação de Chamada Pública para adesão dos entes federados ao Programa Saúde com Agente.

No contexto da ESF, a ideia de promoção à saúde e prevenção de doenças, aliada à necessidade de oferta de formação profissional orientada pelas demandas dos usuários do SUS e pelos avanços tecnológicos, motivou o MS, por meio da SGTES, a atualizar as diretrizes que norteiam a formação técnica dos ACS. Por meio da colaboração participativa dos trabalhadores da saúde, gestores e instituições formadoras, foi elaborado um novo conjunto de competências,

que insere esses profissionais em uma nova realidade epidemiológica e tecnológica. (BRASIL, 2020a).

De acordo com a proposta (2020a), o perfil de competências profissionais do ACS foi atualizado mediante um processo que associou a experiência já adquirida em quase duas décadas de formação e inserção desses profissionais no SUS, com a discussão junto a especialistas, escolas, trabalhadores e gestores, iniciada durante a oficina de trabalho “Elaborando as Diretrizes para Cursos de Formação Técnica de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE)”, promovida pelo MS em maio de 2019, em Brasília.

Na formação Profissional de Nível Técnico, faz-se necessária a utilização do referencial de Educação no Trabalho, em que os cenários de produção de cuidado são também cenários de produção pedagógica, provocando mudanças nos sujeitos trabalhadores e, consequentemente, na formação dos profissionais e no SUS. Nesse sentido, a formação do Técnico de ACS adota a compreensão de que as ações de cuidado mobilizam aspectos cognitivos, éticos e técnicos em torno da história pessoal de cada indivíduo e de seu contexto, componentes essenciais de uma competência bem consolidada em prol do indivíduo, da família e de sua comunidade. Os aspectos éticos e morais são considerados transversais a todas as competências e são expressados por meio da capacidade de crítica, atitude, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas (BRASIL, 2020a).

Desta forma, o itinerário formativo da nova proposta de formação (BRASIL, 2020a) compreende três etapas. A Etapa I aborda o âmbito da promoção da saúde dos indivíduos nos diferentes ciclos da vida, suas famílias e sua comunidade, com a valorização da responsabilização pelas pessoas e dos atributos derivados da APS. Seu conteúdo compreende os seguintes temas: SUS e APS; Território, informação e planejamento; Processo de trabalho e APS; e Família, promoção da saúde, prevenção e comunicação. Especificamente, o tema “Processo de Trabalho”, tema deste estudo, refere-se ao conceito e compreensão deste universo e do trabalho em equipe; às transformações no mundo do trabalho e no trabalho em saúde; às suas bases organizacionais e éticas; aos conceitos e características dos modelos de gestão do trabalho; aos riscos e agravos à saúde, associados ao trabalho; e à saúde do trabalhador, com ênfase nos desafios que se apresentam à equipe de saúde e ao ACS (BRASIL 2020a).

A Etapa II tem foco na promoção da saúde, prevenção de agravos frequentes na APS, e identificação de problemas de saúde, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e população, com base nos ciclos de vida. Os temas que compõe seu conteúdo são: Instrumentalização geral (intersetorialidade, sistemas de informação e indicadores de saúde);

Cuidado, educação e promoção da saúde; Bases e Instrumentos para o cuidado e a promoção da saúde da família e do indivíduo no seu ciclo vital (BRASIL, 2020a).

Por fim, a Etapa III envolve, além da promoção e prevenção, o monitoramento das situações de risco no âmbito da vigilância em saúde. A grade de conteúdo tem como temas: bases conceituais e normativas da relação saúde-ambiente; e ações integradas de promoção e vigilância em saúde (BRASIL, 2020a).

Os ACS, ao término do curso, deverão estar capacitados a aumentar o vínculo entre as equipes de Saúde e as famílias/comunidade, facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde, e exercitar a liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente. Além disso, o curso deverá reforçar o importante papel do técnico em ACS como educador para a cidadania por meio da saúde, promovendo maior atuação na prevenção e no cuidado das pessoas (BRASIL 2020a).

Dando prosseguimento ao proposto, em abril de 2021, o MS, por meio da SGTES, tendo em vista o disposto no parágrafo único do Art. 4º da Portaria GM/MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, que instituiu o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos ACS e ACE, divulgou Chamada Pública para os estados, o DF e os municípios aderirem ao Programa, que ofertará o CTACS e o Curso Técnico de Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias. na forma disciplinada pelo Edital nº 1, de 28 de abril de 2021. A data final para adesão no Portal e-Gestor é de 35 (trinta e cinco) dias corridos, contados a partir do da seguinte à publicação da Chamada Pública, ou seja, 03 de junho de 2021 (BRASIL, 2021).

A Chamada Pública (BRASIL, 2021) será executada pelo MS, por intermédio da SGTES; e as atividades do Programa, coordenadas pela SGETS e executadas por meio de convênio firmado com o CONASEMS. Estão aptos a aderir ao Programa Saúde com Agente, o DF, os estados e municípios que possuam, em seu quadro de profissionais, ACS e /ou ACE, ou ainda agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações.

Conforme o Edital (BRASIL, 2021), estará garantido, aos entes federados, incentivo de apoio às ações do Programa, por meio de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde do ente federado aderente. Inserem-se, no rol de despesas, com finalidade pedagógica: relacionadas à aquisição de dispositivos/ferramentas que facilitem o processo de ensino e aprendizagem; uso e manutenção de bens e serviços necessários ao funcionamento do ensino; aquisição de material didático e de escritório (papel, lápis, borracha, caderno, canetas, grampos, cola, fitas adesivas, cartolinas, água, produtos de higiene e limpeza, etc.); entre outros.

Ainda de acordo com o Edital (BRASIL, 2021), o perfil profissional e acadêmico dos profissionais da saúde que atuarão como preceptores docentes do curso técnico deverá atender, no mínimo, aos seguintes requisitos: possuir graduação em nível superior de Enfermagem devidamente reconhecido pelo MEC; estar lotado em eSF; possuir experiência comprovada de atuação profissional na ESF e/ou no PACS de, no mínimo, 24 (vinte e quatro) meses; possuir habilidade para trabalhar com computadores, internet, e-mail, fóruns, chats e afins, comunicação virtual, e dispor de recursos ágeis de conectividade via internet para participar de videoconferência; e participar e ser aprovado em curso específico de capacitação pedagógica para tutores e preceptores do Programa saúde com Agente.

### 4.3 O Processo de Trabalho em Saúde

De acordo com Peduzzi (2002), o trabalho é ponto de referência para a construção da identidade pessoal e social, onde há campos de associação de ciências e de diversos saberes. Pires (2000 *apud* RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004), por sua vez, afirma que o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção, e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. Hoje, em sua maioria, o trabalho em saúde é coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e outros grupos trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Maria Cecília Ferro Donnangelo, formulou a *Teoria do Processo de Trabalho em Saúde* cujo conceito diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Em seus estudos (1979, 1992, 1994), Mendes Gonçalves investiga teórica e conceitualmente a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde e a conformação dos seus elementos constituintes – objeto, instrumentos materiais/intelectuais (saberes), a atividade humana/finalidade (o próprio trabalho) e os agentes – e destaca que eles precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico (PEDUZZI, 2002; PEDUZZI & SCHRAIBER, 2009).

A herança da teoria valor-trabalho marxista influenciou uma produção intelectual específica sobre o trabalho no setor de serviços, muito embora a preocupação da análise de

Marx tenha se centrado no chamado trabalho produtivo, gerador de excedente. Ele o considerava submetido ao capital e inseparável do trabalhador, não podendo se produzir fora do ato mesmo de produção (PIRES, 2008 *apud* DAVID *et. al.*, 2018).

Segundo Marx, no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. O objeto é, pois, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador e representa o que vai ser transformado, a matéria-prima (matéria em estado natural ou produto de trabalho anterior); no setor saúde, as necessidades humanas. Mendes Gonçalves, em seu texto de 1992, analisa a consubstancialidade entre trabalho e as necessidades humanas, de modo que os processos de trabalho são também ‘re-produção’ das necessidades, ou seja, tanto reiteram as necessidades de saúde e o modo como os serviços se organizam para atendê-las quanto podem criar novas necessidades e respectivos processos de trabalho, e modelos de organização de serviços (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2009).

Mendes Gonçalves avança na distinção e relação do mundo do trabalho e do mundo da ciência, introduzindo à categoria *trabalho*, a do *saber operante*. O saber configura, junto com os demais instrumentos do trabalho, possibilidades de intervenção e, mesmo sem as dimensões materiais de equipamentos, tem uma dimensão tecnológica e/ou operante. A categoria *saber operante*, então, permite compreender o agente do trabalho como mediador, que estabelece relações entre os conhecimentos científicos, os saberes e as dimensões ético-políticas de ambos, e que, na prática cotidiana, utiliza essa categoria mediando a conexão entre o objeto, os instrumentos e a atividade do trabalho. Portanto, o *saber operante* significa conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalhador e conhecer o projeto do conjunto de ações realizadas. Mendes Gonçalves formula, então, o saber como o recurso que põe em movimento os demais componentes do processo de trabalho, tendo origem ‘no’ e ‘através do’ processo, fundamentando intervenção em saúde (PEDUZZI, 2002; PEDUZZI & SCHRAIBER, 2009).

Outra categoria que Mendes Gonçalves trabalhou com afinco é a *tecnologia em saúde* (leve, leve-dura e dura). De acordo com o autor o conceito de *tecnologia* não se resume ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, concebidos usualmente como instrumental dado *a priori* e fundamentado cientificamente, mas sim ao conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social; ou seja, a *tecnologia* é concebida como uma modalidade de organização do trabalho e como um saber. Para Mendes Gonçalves, a

*tecnologia* se refere aos elos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho, ou seja, os elos entre a atividade e o objeto de trabalho, através dos instrumentos, salientando a abrangência da tecnologia para além dos instrumentos materiais (PEDUZZI, 2002).

Os instrumentos de trabalho são constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto. Mendes Gonçalves analisa, no processo de trabalho em saúde, a presença de instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e outros. Os segundos são os saberes, ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2009).

Os estudos de Schraiber (1993; 1995) sobre trabalho em saúde destacam, dentre os elementos constituintes do processo de trabalho, o agente/sujeito do trabalho como questão nuclear de investigação e enfatizam a dimensão intersubjetiva e ético-moral dos processos de produção de serviços (PEDUZZI, 2002).

O estudo do *processo de trabalho em saúde* representou desde sua origem e continua representando importante abordagem teórico-conceitual para as questões sobre recursos humanos em saúde. Objeto e instrumentos de trabalho só podem ser configurados por referência a sua posição relacional, intermediada pela presença do agente do trabalho que lhe imprime uma dada finalidade. Por meio da presença e ação do agente torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2009).

Na perspectiva até agora apontada, trabalho em saúde é um processo de transformação no qual o agente/sujeito do trabalho, através de suas ações, faz a *finalidade social* do próprio trabalho realizar-se. As ações são realizadas com base em um *saber operante* e em um dado modelo tecnológico, traduzindo projetos coletivos e individuais, pois o sujeito do trabalho tem projetos próprios que lhe permitem construir estratégias de adesão ou recusa aos primeiros (PEDUZZI, 2002).

Dadas as peculiaridades do objeto de trabalho em saúde – necessidades de saúde, sentidas e levadas aos serviços pelos usuários, e compreendidas e interpretadas tecnicamente pelos agentes/sujeitos do trabalho – ele configura-se como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de “algo” (saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade. Salienta-se, portanto, a natureza peculiar do trabalho em saúde e a forma particular como desenvolveram-se os estudos nesse campo, atribuindo relevância à dimensão do saber (PEDUZZI, 2002).

As novas formas organizacionais e gerenciais do trabalho em saúde, junto ao controle de qualidade dos serviços, aliadas à crescente incorporação de tecnologia, da constante inovação tecnológica e da complexidade do objeto de trabalho, que requer simultaneamente o aprofundamento do conhecimento especializado e a sua integração, vêm acarretando mudanças nos processos de trabalho em saúde. Tais alterações repercutem na prática cotidiana dos profissionais, colocando-os em situações que requerem: articular as intervenções e atividades realizadas com as ações dos demais agentes da equipe, destacando o caráter multiprofissional da prática; redimensionar a autonomia profissional, ou seja, o alcance da liberdade de decisão e conduta de cada agente; articular conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências, destacando o caráter interdisciplinar da prática; e maior qualificação profissional, tanto na dimensão técnica, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e inter-relacional (PEDUZZI, 2002).

Peduzzi (2002) ainda afirma que esse novo trabalhador necessita de uma qualificação que inclua múltiplos aspectos: habilidades cognitivas e comunicacionais; de inter-relação com “clientes” e demais trabalhadores; iniciativa e criatividade; capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo e para a formação mútua no próprio local de trabalho; competência para avaliar o produto de seu trabalho e tomar medidas para melhorar sua qualidade; e domínio de técnicas de planejamento e organização do trabalho.

Um conjunto diversificado de profissionais é necessário à implementação de ações que viabilizam a atenção integral almejada na prestação de serviços de saúde. A integração não ocorre automaticamente na sucessão de atividades e intervenções produzidas pelos vários profissionais, mas depende de conexões percebidas e introduzidas ativa e conscientemente pelos sujeitos do trabalho. Assim, a eficácia da produção dos serviços em saúde resulta da composição e cooperação do trabalho de distintos profissionais, da complementaridade e da interdependência das suas ações; ou seja, a noção de equipe de saúde refere-se não à justaposição, mas articulação e integração de diferentes processos de trabalho (PEDUZZI, 2002).

Segundo Ribeiro, Pires, Blank (2004), trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada para atingi-los. Significa também utilizar-se da interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica.

De acordo com Peduzzi (2002), nesse diálogo sobre a complementaridade e interdependência dos trabalhos, estão incluídas a dimensão técnica (atividades, procedimentos e instrumentos necessários para atingir a finalidade de prestação de cuidados), e a dimensão ética (relacionamento interprofissional e preocupação em reconhecer e considerar os trabalhos na mesma área ou não de atuação). A construção do trabalho em equipe requer também a explicitação e o enfrentamento dialógico de conflitos, buscando uma dinâmica de flexibilidade de regras, negociações, acordos e compartilhamentos de decisões e responsabilidades entre agentes.

Assim, o conceito de *processo de trabalho em saúde* é empregado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais. Também é empregado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2009).

A partir da implantação do PSF passou-se a privilegiar a APS de caráter mais amplo. Sua ampliação fica evidente na consolidação da ESF enquadrando em seus princípios os processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção de agravos, promoção da saúde, vigilância da saúde, integralidade e hierarquização, conectando-a à rede de serviços nos diversos níveis. Nesta nova concepção, o trabalho passa a ocorrer em microáreas de atuação, estabelecidas no cadastro de acompanhamento das famílias (SANTOS & FARIAS FILHO, 2016).

A ESF tem como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos da realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao controle social (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

Segundo Melo & Mattos (2018), uma equipe multiprofissional oferece possibilidade de contribuir para a construção de um trabalho compartilhado e orientado pelas necessidades dos usuários. Neste sentido, a eSF tem capacidade de refletir coletivamente sobre seus processos de trabalho e sobre as práticas de cuidado nas quais se engaja. Nesta direção, é fundamental reconhecer o trabalho como lugar de aprendizado, utilizando os desafios e desconfortos sentidos pelos profissionais (espontaneamente ou sob provocação) como matéria-

prima para mudança do processo de trabalho, em um sentido de educação permanente. Comunicação no cotidiano e reuniões de equipe regulares são passos operatórios centrais, pois é nesse esforço de análise dos seus processos de trabalho e, sobretudo, sobre os efeitos de sua atuação na vida dos usuários que se ressignificam as práticas e o cuidado.

Pires (2000 *apud* RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004) defende a posição de que é preciso pensar e propor formas de organização de trabalho que tenham impacto na qualidade da assistência à saúde e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade de realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador.

Para tanto, é importante que haja tempo, estímulo, estrutura, recursos, incentivo de gestão e apoio técnico-pedagógico no processo de trabalho em saúde para que os profissionais assim procedam e assim pautem suas ações cotidianas. Nessa direção, os espaços de trabalho também podem – e devem – servir aos trabalhadores como espaço de reflexão, problematização e análise de seu conteúdo de trabalho, de compartilhamento de dores e sofrimentos, e de construção conjunta de caminhos e proposição de mudanças. Esses momentos de encontro se comprometem em promover a integração entre os diversos trabalhadores do serviço e proporcionar momentos que Grisotti, Patrício e Silva (2010) denominam de “respiradouro”. Esses espaços, portanto, funcionam como promotores do autocuidado, de modo a recompor energias e propiciar o encontro social entre os membros da equipe, contribuindo para melhorar a qualidade de vida do grupo e do trabalho desenvolvido (CRUZ & BRUTSCHER, 2018).

Para a organização do trabalho da eSF em base territorial o ponto de partida é a territorialização do sistema local de saúde, que significa esquadrihar o território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e aos serviços de saúde. Desse modo, a territorialização é tecnologia estruturante dos processos de trabalho da APS, ou seja, auxilia as equipes de saúde a elaborar diagnósticos para identificar as necessidades, riscos, vulnerabilidades, situações-problema, agir sobre eles e reconhecer populações específicas e suas singularidades no modo de viver. Portanto, a territorialização *dá voz ao lugar*, no sentido de poder ser eixo organizador e integrador de práticas de saúde (promoção, proteção, diagnóstico e reabilitação), mobilizar conhecimentos, vivências e conteúdos tecno-científicos populares, articulando o processo de trabalho com a aprendizagem sobre a realidade para cuidar de pessoas, famílias, grupos, comunidade em seu contexto social (GONDIM & MONKEN, 2018).

### 4.3.1 O Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Brasil

A princípio, a capacitação dos ACS se baseou no material empregado em Planaltina, só que adaptado para cada cenário. Quanto aos monitores, os supervisores eram treinados, recebiam o material e eles treinavam os agentes de saúde. Esse treinamento era muito prático: encontrar todas as gestantes e encaminhá-las para o acompanhamento do pré-natal; encaminhar as crianças para a vacinação e a puericultura; uso do soro oral, inclusive o caseiro; identificação de crianças doentes, para encaminhamento ao centro de saúde; e cuidados com a higiene da família. Posteriormente, se conseguiu uma balança portátil para cada ACS e lhe foi ensinada a pesagem e anotação no cartão da criança, e identificação dos desnutridos (SANTANA & CASTRO, 2017).

Modificações substanciais no processo de trabalho dos ACS têm como referência o ingresso desse trabalhador no PSF, a partir de 1994, e sua transformação em ESF, a partir de 1996. O PSF foi criado com base em forte aposta na presença dos ACS nos territórios, enriquecendo a interação entre equipe e usuários, e, assim, abrindo-se para agendas complexas que o encontro com o território propicia abrir (MOROSI & FONSECA, 2018; FEUERWERKER & CAPOZZOLO, 2018).

Com a instituição da ESF e a incorporação dos ACS nas equipes multiprofissionais, amplia-se o reconhecimento profissional destes trabalhadores e de seus direitos sociais. Assim, o Decreto Federal nº 3.189/99 fixou diretrizes para o exercício de suas atividades, e, da mobilização dos trabalhadores, nasceu a profissão de ACS, pela Lei nº 10.507, de 10/07/2002. O passo seguinte foi a definição das diretrizes para o exercício profissional do ACS, formalizadas no documento coordenado pelo Ministério da Saúde, intitulado “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS”, datado de 20/10/2003. A referida iniciativa tinha o interesse de elevar a escolaridade e o perfil profissional exigido pelas novas demandas de saúde presentes no contexto brasileiro. Partindo da compreensão do conceito ampliado de saúde e da complexidade dos desafios, o trabalho dos ACS passa a exigir novas e mais amplas intervenções, a serem subsidiadas por novos saberes e vivências nos territórios de sua atuação profissional, de forma a propiciar uma atuação na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde (CANUTO, 2012).

O Perfil de Competências Profissionais do ACS foi delineado mediante um processo sistematizado por meio de oficinas de trabalho, reuniões e seminários, e submetido à consulta pública, pautado nos seguintes pressupostos:

- Adequação aos princípios e diretrizes da Política de Recursos Humanos do SUS, aprovada pelo CNS como Norma Operacional Básica (NOB);
- Proposição que contemple a diversidade de aspectos relacionados à prática profissional do ACS e considere suas especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho e ao atendimento às demandas individuais, grupais e coletivas;
- Observância à Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de ACS, ao Decreto nº 3.189/99, que fixa diretrizes para seu exercício profissional, e à Portaria GM/MS nº 1.886/97, que estabelece suas atribuições;
- Valorização da singularidade profissional do ACS, como um trabalhador de saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente;
- Promoção da qualificação profissional mediante processo sistemático de formação vinculado às escolas técnicas, itinerário de formação e obtenção de certificado profissional com validade nacional.

O ACS atua no SUS, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde. Estas características situam o ACS como categoria muito particular, não comparável ou passível de agrupamento com outras que existem historicamente no campo da saúde (BRASIL, 2004c).

De acordo com Santos e Farias Filho (2016), as relações sociais no processo de trabalho do ACS favorecem a percepção das contribuições do atributo relacional dos agentes e seu papel nas ações cotidianas de promoção e prevenção em saúde, bases da atenção primária no campo da saúde coletiva. Uma das formas de verificar as relações sociais no cotidiano de trabalho do ACS é a partir do capital social presente entre seus pares e membros da eSF, resultante das redes sociais formais e informais, estabelecidas pela confiança, com usufruto de vantagens geradas pelo conhecimento, entre os quais obtenção de informações, além de outros recursos oriundos de ações instrumentais. O capital social – definido como as normas, valores, instituições e relacionamentos compartilhados que permitem a cooperação dentro ou entre os diferentes grupos sociais – de caráter multidimensional, afeta o bem-estar da comunidade, pois contribui para a redução da pobreza e o desenvolvimento. Assim, o capital do ACS amplia seus conhecimentos técnicos e auxilia nas orientações e difusão de práticas de prevenção à saúde a

partir das relações entre os ACS no ambiente de trabalho (capital social de ligação); entre grupos semelhantes que buscam ações mútuas, como ACS e técnicos de saúde (capital social ponte); e relações de autoridade, mas com obtenção de recursos adicionais, como entre ACS e médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde de nível hierárquico superior (capital social de conexão).

Nesse sentido, Santos & Fracolli (2010) apresentam que o processo de trabalho do ACS envolve a articulação de atribuições, em que cada uma expressa uma dimensão da sua realidade de trabalho:

- *Integração entre a população e as equipes de saúde*, em que estão listadas ações como: orientação de indivíduos, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica; coleta de dados e registro de informações pertinentes ao trabalho; participação de reuniões em equipe; exposição de opiniões nas reuniões de equipe; compartilhamento de necessidades da comunidade, que julga pertinente, para serem discutidas junto à equipe de saúde; visitas domiciliares base para o desenvolvimento das ações como ACS; entre outras;
- *Planejamento e avaliação das ações*, em que estão listadas práticas do tipo: mapeamento institucional, social e demográfico na microárea; análise dos riscos sociais e ambientais à saúde da população; cadastramento das famílias na microárea; consolidação e análise dos dados do cadastramento; ações que possibilitem a população conhecer informações dos levantamentos sócio-epidemiológicos realizados; elaboração, junto à eSF, do plano de ação para atuar na comunidade; entre outros.;
- *Promoção da saúde*, que envolve as seguintes ações: identificação da relação entre problemas de saúde e condições de vida; identificação de situações e hábitos potencialmente promotores da saúde; organização de grupos de discussão; implementação de processos de reflexão junto a indivíduos, grupos sociais e coletividades; desenvolvimento de atividades educativas; orientação à população quanto ao auto-cuidado; orientação quanto às medidas de prevenção de acidentes domésticos; proposição de ações intersetoriais; estabelecimento de articulações com equipamentos sociais, como creches e escolas; e mobilização da população para participar de Conselhos e outros Órgãos.;
- *Prevenção de agravos e monitoramento a grupos específicos*, em que encontram-se listadas as ações: identificação de indivíduos e grupos que demandam cuidados especiais e comunicação à eSF; orientação às famílias e grupos a identificar sinais indicativos de problemas de saúde; orientação de gestantes e mães quanto aos cuidados com o bebê; estímulo de indivíduos e

grupos a participarem de redes de prevenção à violência familiar; e orientação de indivíduos e famílias sobre a transmissão e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis.; e

- *Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário*, em que se têm as seguintes ações: identificação de condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a comunidade; identificação na micro-área de doenças relacionadas aos problemas ambientais e sanitários locais; e orientação de indivíduos e grupos quanto às medidas de redução e prevenção de riscos ambientais e sanitários.

A professora Judith Tandler, que esteve algumas vezes no Nordeste na década de 1990, por solicitação do Banco Mundial, estudou o desempenho dos ACS do Ceará, focalizando o PACS e destacando a análise da gestão municipal em parceria com a gestão estadual. Algumas das coisas mais importantes no trabalho do ACS, que inclusive chamaram a atenção de Judith Tandler, foram: primeiro, a solidariedade com as famílias; e segundo, a criatividade. Ela identificou muito bem: os ACS trabalhavam com objetivos e não com o cumprimento de rotinas. Os encontrou satisfeitos com seu trabalho, estimados pelas famílias que acompanhavam e alcançando resultados animadores. Presenciou o ACS ajudando na cozinha ou dando banho em uma criança enquanto conversava com a mãe. Descobriu no processo de trabalho do ACS uma orientação teórica adotada por empresas com destaque no desempenho industrial e transformação no local de trabalho, que reconhece que o trabalhador não deve seguir um protocolo rígido. Mas, ao contrário, ele deve ser estimulado a desenvolver sua inteligência para chegar aos objetivos, criando soluções novas no seu a dia a dia. Assim, evita-se a obrigação do protocolo, criando-se a liberdade no processo de trabalho, estimulando a todos que busquem formas inovadoras de sucesso (LAVOR, LAVOR & LAVOR, 2004; SANTOS & CASTRO, 2017).

Em pesquisa que pretendeu descrever as ações realizadas pelos ACS de São Bernardo do Campo, município da Grande São Paulo, analisadas à luz da Promoção da Saúde, Santos & Fracolli (2010) identificaram a dificuldade do ACS em fazer colocações sobre o reconhecimento de necessidades de saúde da comunidade nas reuniões de equipe. Tal fato sugere que a integração eSF-comunidade esteja se dando mais no âmbito da reprodução do modelo biomédico do que no compartilhamento dos saberes e práticas da eSF com a comunidade. De acordo com os autores, a maioria dos ACS referiram que não fazem a análise dos riscos sociais, mas fazem análise dos riscos ambientais. Isso pode estar relacionado com o fato de o ACS não ser preparado para identificar e intervir em questões sociais, pois em geral recebe treinamentos voltados para o enfrentamento de problemas como doenças epidêmicas. A qualificação para o trabalho do ACS ainda é feita de forma desestruturada, fragmentada e, na

maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel na comunidade.

Quanto às categorias de atribuições, Santos & Fracolli (2010) observaram os seguintes achados:

- No que se refere à *Promoção da Saúde*, o ACS, na sua maioria, possui um bom relacionamento interpessoal com a comunidade e seus membros; assim orientar sobre o autocuidado e as medidas de proteção à saúde parece ser realmente sua ação preferida. Quando o ACS foi solicitado a realizar contatos com outros serviços ou para estabelecer parcerias com outros setores da sociedade, isso não foi facilmente colocado em prática por eles, revelando uma prática distante do reconhecimento da intersetorialidade. Cada serviço sediado numa dada comunidade compõe uma rede de ação social. Essa rede deve articular-se para identificar os problemas e encaminhar soluções integradas;
- Nas ações de *Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades*, os resultados indicaram que as práticas são frequentemente realizadas pelos ACS, na sua maioria relacionadas às orientações aos indivíduos e/ou grupos sobre agravos crônicos ou transmissíveis. O ACS pareceu priorizar o desenvolvimento de ações voltadas para a orientação da comunidade quanto aos sinais clínicos que indiquem problemas de saúde. Outra ação bastante desenvolvida é aquela que diz respeito aos cuidados com gestantes e crianças. Contudo, orientações relativas ao enfrentamento de morbidades como violência inter e intrafamiliar foram pouco realizadas;
- Com relação à *Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário*, baseando-se nos dados, foi possível observar que os ACS tiveram maior facilidade em identificar e orientar a comunidade quanto às questões sanitárias e relativas ao meio ambiente, porque os ACS são estimulados a desenvolver estas orientações na comunidade. Outra questão importante a ser lembrada é que o ACS tem sido muito atuante nas campanhas de prevenção da dengue, entre outros projetos, que envolvam o meio ambiente.

Libanio (2011 *apud* LIBANIO, FAVORETO & PINHEIRO, 2014), em estudo sobre a “*Construção da integralidade nas práticas de saúde*”, especificamente no processo de implantação das ações de vigilância da dengue na ESF do município de Piraí (RJ), observou a melhoria dos dados coletados, como a cobertura de visitas em 90% dos imóveis existentes, melhor identificação de áreas e domicílios de risco e execução de ações educativas relacionadas aos territórios. A integração da vigilância à eSF foi incorporada à rotina das visitas aos domicílios pelos ACS, os quais passaram a realizar a identificação dos criadouros de larvas, a aplicação de biolarvicidas, a colocação de telas em reservatórios de água, entre outras ações.

Estas implicaram que os ACS assimilassem novas técnicas e novos materiais ao seu equipamento de trabalho. É importante assinalar que alguns ACS referiram que seu olhar para o ambiente intra e extradomiciliar havia mudado a partir da incorporação da vigilância da dengue. A análise sinalizou que estas ações foram facilitadas pela proximidade dos ACS com o território e as famílias e evitaram maior fragmentação da atenção à saúde, pois eles reconheciam que a proximidade e os vínculos com as famílias pelas quais são responsáveis, a possibilidade de identificar problemas de saúde e situações de risco, além do desenvolvimento contínuo de ações educativas e intersetoriais, contribuíam para o enfretamento da dengue pelas eSF. Cabe lembrar que a vigilância em saúde compreende não só a vigilância de doenças transmissíveis, mas também a prevenção e o controle de fatores de risco de doenças não transmissíveis e riscos ambientais. Com esse delineamento, se busca contemplar os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde.

Assim, pode-se considerar que a realidade de intervenção do ACS é complexa, onde o universo de problemas circula desde demandas de saúde mental, de atendimento odontológico, de fisioterapia e reabilitação, de pacientes acamados e seus cuidadores, até as demandas consequentes da violência urbana e familiar, e ambientais (como lixo, ratos, enchentes). Para tanto, é necessário fortalecer o processo de trabalho do ACS para a Promoção da Saúde, de forma que esta possa encaminhar para o empoderamento da comunidade e para a intersetorialidade. Frente a isso, a missão do ACS deve ser pensada com ele e por ele (SANTOS & FRACOLLI, 2010).

No entanto, os ACS consideraram que as ações de vigilância da dengue representam maior sobrecarga ao trabalho cotidiano e questionaram se essa nova atribuição não seria uma responsabilidade de outros setores e não apenas dos ACS, já que são responsáveis por vários protocolos de atendimento e vigilância a diversos agravos à saúde. Como desafio, sinalizaram a dificuldade de incorporar a vigilância de modo mais fácil e operacional no processo de trabalho e o excesso de protocolos, isto é, do conjunto de informações que o ACS tem que buscar e registrar em sua rotina. E ainda apresentaram dúvidas em como fazer com que as ações operacionais de eliminação de focos sejam ações de educação em saúde. Entenderam que as ações fiscalizatórias poderiam prejudicar o núcleo central de sua atividade e de sua identidade como ACS, isto é, como agentes de educação e promoção em saúde no contexto da ESF. Refletiram que essa prática poderia comprometer o vínculo e o trabalho que desenvolviam com as famílias por serem mal compreendidos. Neste contexto e com este enfoque, há o risco de o ACS deixar de ser o mediador entre a comunidade e os serviços de saúde, para incorporar

diretamente o papel normativo dos serviços. Este fato pode ter implicações negativas no cotidiano das práticas de educação e promoção à saúde a serem realizadas pelos ACS (LIBANIO, FAVORETO & PINHEIRO, 2014).

De acordo com Souza *et al.* (2014), durante o CTACS das Escolas de Formação Técnica em Saúde Izabel dos Santos e EPSJV da FIOCRUZ, o constante espaço para análise e troca de experiências, foi também repleto de queixas dos educandos em relação ao seu processo de trabalho e à realidade encontrada em seu território. Eles se sentiam sobrecarregados pelas cobranças. Vários foram os momentos de catarse que possibilitaram aos ACS compreender que o problema não era individual, mas que, na realidade, muitas das dificuldades estavam vinculadas ao modelo de gestão. Já nas exposições dialogadas do CTACS, realizada na Região da Pavuna, Rio de Janeiro, em 2011, foi quase unânime a afirmação de que está havendo muitas mudanças no processo de trabalho da ESF, direcionado para o cumprimento de metas quantificadas, de ações e procedimentos, e que os ACS estão muito mais presos à UBS, entregando cartões, no “Posso Ajudar”, Acolhimento, pesagem, Bolsa Família, alimentando Sistema de Regulação (SISREG), com muito menos tempo para visitas domiciliares e atividades educativas com qualidade. Nesse sentido, os espaços de formação descritos promoveram o encontro de profissionais com o estímulo a uma postura crítica em relação ao seu processo de trabalho, de forma alinhada com os princípios da EPS, que se orientam por sempre discutir educação e direito à saúde de forma contextualizada.

Diversos problemas sociais e de saúde foram sendo adicionados às responsabilidades da ESF, e, em especial, às do ACS, incluindo acompanhar as pessoas com doenças crônicas, acamados, domiciliados, prevenir infestação dos domicílios pelos *Aedes Aegypti*, prevenir e reduzir danos causados pela dependência do crack e outras drogas, dentre outros. Além das ações específicas da atenção à saúde foram acrescentadas mais ações intersetoriais, como encaminhar crianças fora da escola para a educação fundamental e acompanhar condicionalidades do PBF. Além disso, segundo resultados preliminares da Pesquisa Campo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na ESF, realizada pela FIOCRUZ-CE, as atividades de preenchimento manual de instrumentos, para alimentação dos sistemas de informação diversos, ocupam parte considerável do tempo de trabalho dos ACS. Estes são indicativos da importância da utilização das tecnologias da informação neste processo, com a entrada de dados durante as visitas por meio de tablets, e a transferência de dados para rede de computadores das Secretarias Municipais via internet, o que liberaria tempo destes profissionais para a realização de outras atividades (FIOCRUZ, 2018).

Retomando um pouquinho a história, vale mencionar que o SIPACS, desenvolvido e implantado pelo DataSUS e pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), na década de 1990, inaugurou a sequência de base de dados em saúde no que hoje conhecemos como ESF. Em 1998, o SIAB substituiu o SIPACS, mantendo as tarefas de monitorar e avaliar as atividades desempenhadas pelas equipes do então PSF nos municípios e nos estados; agilizar o processo de produção dos dados e das informações; e instrumentalizar os gestores do SUS no planejamento das ações e dos serviços de saúde locais (SOARES, GOMES & MORENO, 2007 *apud* MORENO, 2018). Segundo o MS, os dados registrados pelo SIAB produzem os seguintes indicadores por microárea, área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região: demográficos e socio sanitários; sobre situação de saúde das famílias acompanhadas; e sobre produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadores (BRASIL, 2005).

Esses indicadores, produzidos com base nos dados registrados nas fichas de acompanhamento e coletados pelas eSF, como se pode perceber, dão conta de um microuniverso que não retrata o trabalho, tampouco o cotidiano da ESF e muito menos da APS como um todo. Seria imprudente, portanto, informar de maneira generalizada suas ações por meio desse conjunto diminuto de indicadores. Os esforços para gerenciar informações da APS estão na gênese de sistemas como o Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial (SIGAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), que foram criados em meados da década de 1990, com lógica de agregação de dados. Como consequência, a estratégia e-SUS AB, desenvolvida desde 2011, quando seu projeto foi desenhado, sendo a primeira versão levada à público no ano de 2013, é parte de um projeto mais amplo batizado de e-SUS, uma das estratégias do MS para desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde. O nome, e-SUS, faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é sobretudo facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população. Além disso, está em curso a transição entre SIAB e SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica), instituído pela Portaria CM/MS n. 1.412, de 10 de julho de 2013 (MORENO, 2018; CANUTO, 2019).

O eSUS-AB foi desenvolvido para atender às necessidades de cuidado na Atenção Básica. Logo, o sistema poderá ser utilizado por profissionais das equipes de APS, pelas equipes dos NASF-AB, do Consultório de Rua e da Atenção Domiciliar (AD), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da saúde. A

primeira versão do sistema apoia a gestão do processo de trabalho das equipes por meio da geração de relatórios, sendo que a segunda versão contemplará várias ferramentas de apoio à gestão (BRASIL, 2017b).

O conjunto de indicadores quantitativos que emergem dos dados consolidados pelo SISAB e demais componentes da APS que já fazem parte do eSUS-AB, ao que tudo indica, terá seu escopo ampliado, mas ainda assim informará muito pouco acerca da integralidade e longitudinalidade. Acerca dos dados qualitativos, os diários de campo dos ACS, por exemplo, há muitos anos, vêm acumulando um universo riquíssimo de dados e informações sobre o cotidiano das ações de saúde no território, e estes, quando muito, são subutilizados nas reuniões das eSF. Na maior parte das vezes, o que acontece é que essas informações são inadvertidamente descartadas, perdendo-se nesse ato um incomensurável manancial de informações acerca da saúde da população (MORENO, 2018).

O processo de trabalho dos ACS envolve a integração de sujeitos, saberes e práticas. Gestores e profissionais necessitam manter diálogo constante e um processo de educação permanente para enfrentar os desafios de uma integração de diferentes paradigmas e concepções dos profissionais e usuários para a construção de novos saberes e práticas. As mudanças ocorridas no cotidiano de trabalho dos ACS implicam mudanças de hábito e de cultura dos profissionais e da população em relação aos serviços de saúde e, em particular, na forma como as entendem e aceitam. A falta desse diálogo pode trazer consequências negativas aos vínculos entre as eSF e os usuários, ou mesmo comprometer, pessoalmente, os ACS (LIBANIO, FAVORETO & PINHEIRO, 2014).

As mudanças implementadas ou projetadas no trabalho dos ACS guardam estreita relação com o modelo de atenção à saúde e a organização do processo de trabalho na ESF. Sendo assim, um desafio importante é exercitar a construção de propostas quanto a questões em torno do processo de trabalho dos ACS e da configuração da APS, dentre as quais destacam-se: a pertinência de seu trabalho nos mais diferentes contextos; a necessidade de modificação de seu trabalho, considerando as mudanças no perfil demográfico e de morbimortalidade da população; a análise e discussão do processo de trabalho das eSF; uma APS concebida como porta de entrada de um sistema universal e eixo organizador do cuidado, na perspectiva de uma rede integrada de atenção à saúde; a noção de resolutividade que orienta as diretrizes da APS; a qualificação do trabalho do ACS, preservando a educação em saúde como eixo principal, atendendo as diferentes configurações da vida e as relações sociais nos diversos territórios; e a formação do ACS para a complexidade do trabalho requerido para a consolidação da APS, de uma clínica ampliada e do cuidado integral (MOROSINI & FONSECA, 2018).

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de Estudo

Este estudo consiste em um recorte da Pesquisa “Campo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família do Ceará”, que investiga práticas profissionais de médicos, enfermeiros, dentistas e ACS (FIOCRUZ, 2015), organizada em oito etapas. O recorte ocorreu a partir da etapa de número 4, composta por entrevistas e grupos focais que abordaram as práticas das eSF em quatro municípios do Estado do Ceará (Fortaleza, Eusébio, Tauá e Cruz), locais que representam realidades municipais distintas, com portes populacionais e localização geográfica variados (BARRETO, 2018). No entanto, para este estudo foram selecionados dois desses municípios: Fortaleza e Tauá.

O foco é a análise do material qualitativo referente às práticas dos ACS dos municípios de Fortaleza e Tauá, sob a ótica dos gestores municipais de saúde, médicos, enfermeiros, dentistas e dos próprios ACS. Trata-se de um estudo analítico, com delineamento transversal e abordagem qualitativa, que trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, conjunto do fenômeno humano entendido como realidade social (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa é voltada para os aspectos qualitativos de uma determinada questão, considerando a parte subjetiva do problema. Tem como finalidade conseguir dados voltados para a compreensão das atitudes, motivações e comportamentos de determinado grupo de pessoas, objetivando apreender o problema do ponto de vista do grupo em estudo. Portanto, apresenta uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. O processo é o foco principal, proporcionando compreensão do contexto do problema. O pesquisador olha à luz de sua subjetividade e envolve-se no fenômeno de interesse, procurando coletar, integrar e analisar dados de diversas fontes de evidências, como, por exemplo, documentos, questionários, entrevistas, pesquisas de opinião, observações diretas junto ao grupo estudado, estudo de caso de pessoas que pertencem ao grupo pesquisado, grupo focal, entre outros (YIN, 2016).

Segundo Minayo (2014), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Assim, se conforma melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados; de histórias sociais sob a ótica dos atores; de relações; e para análises de discursos e de documentos.

Enfim, Creswell (2014) afirma que pesquisas qualitativas são conduzidas porque um problema ou questão precisa ser explorado. Por sua vez, essa exploração é fundamental devido à necessidade de estudar um grupo ou população, identificar variáveis que não podem ser medidas facilmente ou escutar vozes silenciadas. Então, uma compreensão complexa e detalhada da questão, só pode ser estabelecida falando diretamente com as pessoas, indo até suas casas ou locais de trabalho, e lhe possibilitando que contem histórias livres do que esperamos encontrar ou do que lemos na literatura.

Desta forma, a pesquisa qualitativa trabalha com palavras e frases. Mesmo não utilizando números, ela pode ser mensurada, no sentido de relacionar os significados que as pessoas atribuem às suas experiências vividas e a forma como compreendem o mundo. No entanto, por aprofundar o significado das ações e relações humanas, suas informações não são captadas por equações, medidas e/ou estatísticas (POPE, ZIEBLAND & MAYS, 2009; MINAYO, 2010).

Por fim, a pesquisa qualitativa pode combinar o extenso exame de evidências científicas (revisão documental, incluindo bibliotecas, arquivos históricos e fontes de base eletrônica) com o trabalho de campo (YIN, 2016). Assim, para alcançar os objetivos deste estudo, foram combinadas revisão documental e análise de entrevistas com gestores municipais de saúde, médicos, enfermeiros e dentistas, e de grupos focais com ACS, realizadas no contexto da pesquisa desenvolvida pela FIOCRUZ-Ceará.

## **5.2 Revisão Documental**

A primeira tarefa do investigador, uma vez definido seu objeto, é proceder a uma ampla pesquisa bibliográfica, capaz de projetar luz e permitir melhor ordenação e compreensão da realidade empírica. Ela pode ter vários níveis de aprofundamento, mas deve abranger, minimamente, os estudos clássicos sobre o objeto em questão (ou sobre os termos de sua explicitação) e os estudos mais atualizados sobre o assunto. Assim, a bibliografia deve ser suficientemente ampla para traçar a moldura dentro da qual o objeto se situa: a busca de vários pontos de vista, dos diferentes ângulos do problema que permitam estabelecer definições, conexões e mediações, demonstrando o *Estado da Arte*. Para tornar o objeto de estudo uma concepção científica é preciso investir no conhecimento, nacional e internacional, acumulado, dialogando com ele ou em torno dele (MINAYO, 2012; 2014).

De acordo com a autora (2012), feita a análise das fontes de pesquisa, o investigador deve escolher o marco teórico que vai adotar, detalhando os conceitos, as categorias e as noções

que fazem sentido para sua pesquisa. Uma revisão abrangente e seletiva da literatura e dos documentos são necessárias, com o propósito de aguçar as considerações preliminares sobre o tema de estudo, método e fonte de dados, objetivando revisar e relatar o leque de estudos e documentos anteriores na tentativa de observar lacunas a serem preenchidas com a pesquisa (YIN, 2016).

A Revisão Documental, tendo como fio condutor o tema processo de trabalho dos ACS e a conformação de seu debate na contemporaneidade no campo acadêmico brasileiro, exigiu empreender consulta nas bases de dados Scielo, Medline e Lilacs, pelos seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Trabalho; e Conhecimento, Atitudes e Prática em Saúde. Por abrangência foi escolhida a opção integrada, que abrange produções nacionais e internacionais.

Após encontrar um número significativo de documentos, foram selecionados os mais recentes, nos quais se procedeu leitura do resumo visando a um aprofundamento da seleção de acordo com os seguintes critérios: aspectos conceituais, teóricos e de fundamentos envolvendo o processo de trabalho do ACS e suas interfaces - o processo de mudança do modelo assistencial no Brasil (PACS, SUS e ESF); a trajetória do ACS; as atribuições do ACS; os desafios e conquistas do ACS; o processo de trabalho em saúde; o processo de trabalho do ACS no Brasil; relatos e análises de experiências das eSF e, especificamente, dos ACS; e reflexões críticas sobre o trabalho do ACS e suas interfaces, comunicações e distanciamentos com as eSF, enfatizando os desafios e também as possibilidades de ações do ACS no campo da APS. Feita essa nova seleção, procedi à leitura integral dos documentos que conformou processualmente categorias centrais representativas das principais reflexões, análises, posicionamentos e perspectivas que expressam os conteúdos revelados nos textos estudados, sintetizados em ideias centrais destacadas nos capítulos desta dissertação.

Cabe salientar que foram utilizados também referenciais de artigos, livros e outras publicações, como normas e legislações que definem o conjunto de atribuições do ACS, conforme critério de seleção intencional dos autores no intuito de complementar, aprofundar ou mesmo trazer contrapontos a seu raciocínio à construção de suas reflexões e argumentações.

Diante do exposto, pretendi cumprir com dois objetivos: sistematizar fundamentos históricos, conceituais e reflexivos importantes no debate em torno do processo de trabalho do ACS, em cenários diversos no Ceará, e também contribuir com uma análise crítica que estimule os protagonistas dos serviços da APS e gestores a identificar, caracterizar e compreender esse processo de trabalho.

### 5.3 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no Ceará, que tem 184 municípios, dos quais foram selecionados dois: a capital e um município de médio porte, segundo dados populacionais do IBGE, em virtude da esperada variabilidade do campo de práticas profissionais da ESF encontrado em contextos urbanos de tamanhos, níveis de desenvolvimento e acesso à serviços de saúde diferentes (FIOCRUZ-CE, 2015).

Entre os critérios de seleção do município do estudo, além da inclusão da capital Fortaleza, considerou-se possuir serviços de APS avaliados pelo PMAQ-AB; ter elevada taxa de cobertura da ESF; ser de uma macrorregião do Estado do Ceará diferente da capital; e apresentar uma estimativa populacional, segundo dados do IBGE, mais próxima à de Fortaleza. No caso da capital, em virtude da extensão e da grande quantidade de profissionais de saúde na ESF, o que elevaria muito os custos e o tempo para realização do estudo, foi definida a inclusão da Regional de Saúde II, bem delimitada geograficamente na zona leste da capital, possuindo doze UBS (FIOCRUZ-CE, 2015).

#### 5.3.1 Características dos municípios

Os dois municípios que compõem o estudo, podem ser vistos no Quadro 4, a partir das características referentes à população, densidade demográfica, população em extrema pobreza, percentual da população com plano de saúde, taxa de escolaridade na faixa etária de 06 a 14 anos, Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), mortalidade infantil, número de UBS, número de eSF, número de ACS, cobertura da ESF e cobertura pelos ACS.

Quadro 4 – Caracterização dos municípios de Fortaleza e Tauá

CARACTERÍSTICAS	MUNICÍPIOS	
	FORTALEZA	TAUÁ
População estimada (2017)	2.627.482 pessoas	58.119 pessoas
Densidade demográfica (2017)	8.411,90 hab/Km <sup>2</sup>	14,49 hab/km <sup>2</sup>
População em extrema pobreza % (2010)	5,46	26,06

CARACTERÍSTICAS	MUNICÍPIOS	
	FORTALEZA	TAUÁ
PIB <i>per capita</i> 2017 (R\$)	23.441,59	10.247,70
Tx Escolaridade – 06 a 14 anos % (2017)	95,1	98,10
IDHM (2010)	0,754	0,63
População com Plano de Saúde % (2017)	36,6	2,37
Mortalidade infantil/1000 nascidos-vivos (2017)	13,54	8,19
Número de UBS cadastradas no CNES (2017)	111	19
Número de eSF implantadas (2016)	361	25
Número de ACS atuantes (2016)	2.274	140
Cobertura da ESF % (Outubro 2017)	47,46	100
Cobertura pelos ACS % (Outubro 2017)	48,43	100

Fonte: IBGE/IPECE/DESF (e-Gestor AB)/ANS Tabnet

A cobertura populacional estimada pelas eSF nos municípios diz respeito ao número médio de equipes para cada 3000 pessoas, tendo como valor de referência o número total de moradores do município. Em relação à Fortaleza, capital do Estado do Ceará, o que mais se destacou foi a baixa cobertura da ESF, em outubro de 2017; aproximadamente, 47,5%. Este fato pode explicar a considerável taxa de cobertura da população por Plano de Saúde, em dezembro de 2017 (aproximadamente 37%). Tendo em vista o parâmetro equivalente a 100% (IDSUS – [Índice de Desempenho do SUS/ Ministério da Saúde](#)), isso mostra insuficiência na quantidade de profissionais da ESF oferecidos no SUS em Fortaleza. O município de Tauá, por sua vez, possui taxa de cobertura estimada próxima ao ideal, mas esta informação isoladamente não garante que os serviços prestados na APS sejam de boa qualidade. Faz-se necessário analisar os indicadores de resultados em saúde (FIOCRUZ, 2017).

Ainda, em comparação com Tauá, Fortaleza tem uma população cinquenta vezes maior, mas apresentou menor percentual da população em situação de extrema pobreza (5,46%) e melhor IDHM (0,754), para o ano de 2010. Por sua vez, Tauá, localizada a 344 Km de distância de Fortaleza, na região do Sertão dos Inhamuns, apresentou, em 2010, 26,06% da população em situação de extrema pobreza e IDHM de apenas 0,633. Ainda se destaca, a queda na taxa de mortalidade infantil desse município, de 12,15 óbitos por mil nascidos vivos, em 2014, para 8,19, em 2017; enquanto que, para Fortaleza, houve um aumento desse indicador de saúde, de 11,5, em 2014, para 13,54, em 2017. (IBGE; IPECE; DESF).

O Quadro 5 apresenta os resultados de certificação das eSF/eAB que aderiram ao PMAQ-AB no segundo ciclo (2014) em Fortaleza e Tauá, classificando essas equipes, de acordo com o desempenho, tomando-se por base os critérios adotados no Programa, em: desclassificadas; desempenho insatisfatório; desempenho mediano ou um pouco abaixo da média; desempenho acima da média; e desempenho muito acima da média.

Quadro 5 – Resultado de certificação das eSF/eAB que aderiram ao PMAQ-AB no segundo ciclo (2014) em Fortaleza e Tauá

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	FORTALEZA		TAUÁ	
	Frequência	%	Frequência	%
Desempenho muito acima da média	0	0	6	31,6
Desempenho acima da média	14	11,7	11	57,9
Desempenho mediano ou um pouco abaixo	54	45	2	10,5
Insatisfatória	0	0	0	0
Desclassificada	52	43,3	0	0
TOTAL	0	100	0	100

Fonte: DESF (SAPS/MS)

Observa-se que o desempenho das equipes da APS de Tauá, segundo critérios do Programa, em 2014, foi bem superior ao das equipes de Fortaleza, pois 43,3% (52 equipes) deste município foram desclassificadas enquanto não houve nenhuma desclassificação em Tauá. Além disso, a maioria, 45% (54) das equipes de Fortaleza tiveram desempenho mediano ou um pouco abaixo da média, enquanto que mais da metade, 57,9% (11) das equipes da APS de Tauá atingiram desempenho acima da média e 31,6% (06 equipes), muito acima da média. Esses resultados podem ter relação direta com a porcentagem de cobertura da APS de cada município, e, conseqüentemente, a efetividade de todos os seus atributos, que se apresentou, em 2014, com 54,13% (41,53% pela ESF), para Fortaleza, e 100% (100% pela ESF), para Tauá. (e-Gestor AB, 2014).

No terceiro ciclo do Programa (2015), o município de Fortaleza cadastrou 380 equipes, enquanto que Tauá, 24, incluindo eSF e eAB (DESF, 2021).

### 5.3.1.1 A Rede de Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família em Fortaleza

Fortaleza está localizada no litoral norte do Estado do Ceará, com área territorial de 315km<sup>2</sup> (Figura 1). Limita-se ao norte com o Oceano Atlântico, a leste com o município de Aquiraz, ao sul com o município de Pacatuba, e a oeste, com os municípios de Caucaia e Maracanaú. Em 2017, a população total estimada foi de 2.627.482 habitantes, com uma densidade populacional de 8.411,9 hab/km<sup>2</sup>, residente 100% na zona urbana (IPECE). O rendimento domiciliar *per capita* médio mensal, segundo Censo 2010, foi de R\$ 994, 24 (IBGE)

Figura 1 – Mapa do Ceará com destaque para município Fortaleza



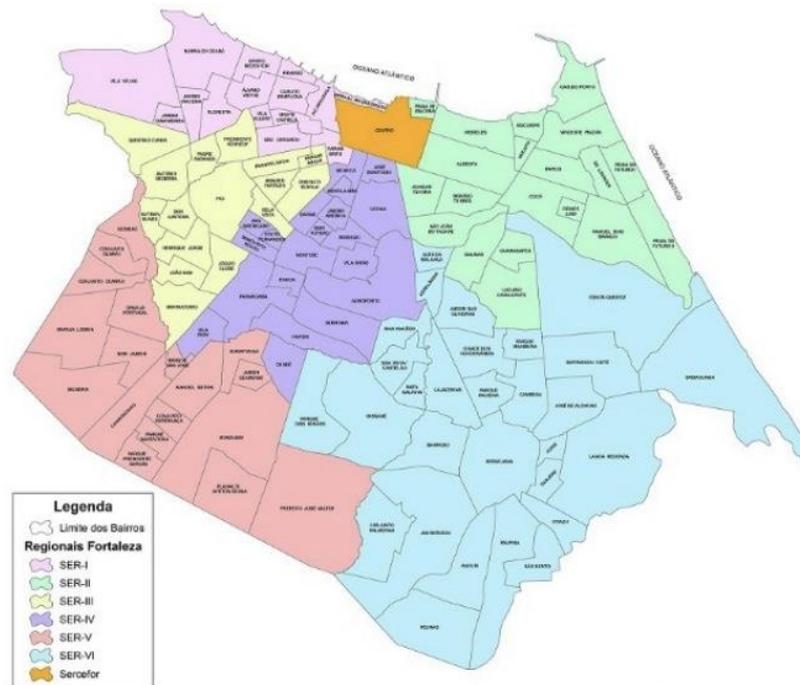
Fonte: Imagem Google, 2021

Em 2017, a APS de Fortaleza apresentava 460 eSF, cada uma composta por 01 médico(a), 01 enfermeiro(a), 01 técnico(a) de enfermagem e ACS; 235 equipes de Saúde Bucal e 10 equipes do NASF-AB. Vale ressaltar que 62 % das microáreas adscritas às eSF eram cobertas por ACS, os quais correspondiam a 2.173 profissionais (FORTALEZA, 2017).

Ainda em 2017, o município de Fortaleza encontrava-se dividido em seis regiões administrativas denominadas Secretarias Executivas Regionais (SER) e a Secretaria Regional do Centro (Sercefor), para cuidar especificamente do Centro da cidade (Figura 2). A elas cabe o papel executivo das políticas setoriais, estabelecendo metas específicas para cada grupo

populacional e prestando os serviços articulados em uma rede de proteção social, as Coordenadorias de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Assistência Social e Infraestrutura (FORTALEZA 2005; FORTALEZA 2017).

Figura 2 – Mapa de Fortaleza, com a divisão das SER e Sercefor



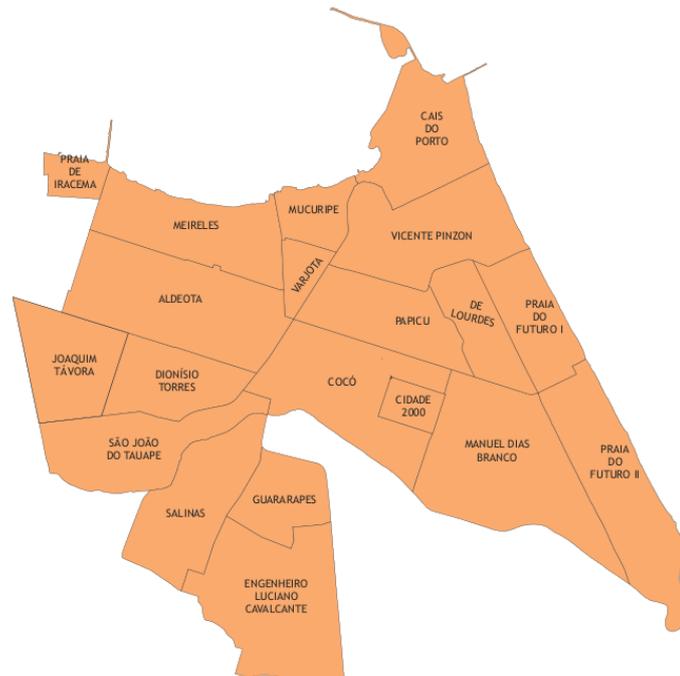
Fonte: Imagem Google, 2021

A SER II, em 2017, apresentava uma população de 363.406 habitantes, com renda média de R\$ 1.850,10, distribuída em 21 bairros: Aldeota, Cais do Porto, Centro, Cidade 2000, Cocó, Dunas, Engenheiro Luciano Cavalcante, Estância (Dionísio Torres), Guararapes, Joaquim Távora, Lourdes, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Salinas, São João do Tauape, Varjota e Vicente Pinzón (Figura 3). Caracteriza-se como uma regional heterogênea devido às diferenças sociais, econômicas e demográficas. Representa o território “nobre” da cidade, uma vez que nela está inserida a rede turística com grandes hotéis de luxo, grandes supermercados, centros comerciais, praias e shoppings mais frequentados da cidade. No entanto, apresenta grandes bolsões de pobreza (NEPOMUCENO *et al.*, 2016).

De forma geral, os bairros de Fortaleza não constituem áreas economicamente homogêneas e pode-se dizer que o município se assemelha a um “mosaico” de contrastes

urbanos e desigualdades sociais; é possível perceber, em alguns bairros de melhor IDHM da cidade, bolsões de miséria onde a população está precariamente assentada. (FORTALEZA 2017).

Figura 3 – Bairros da SER II

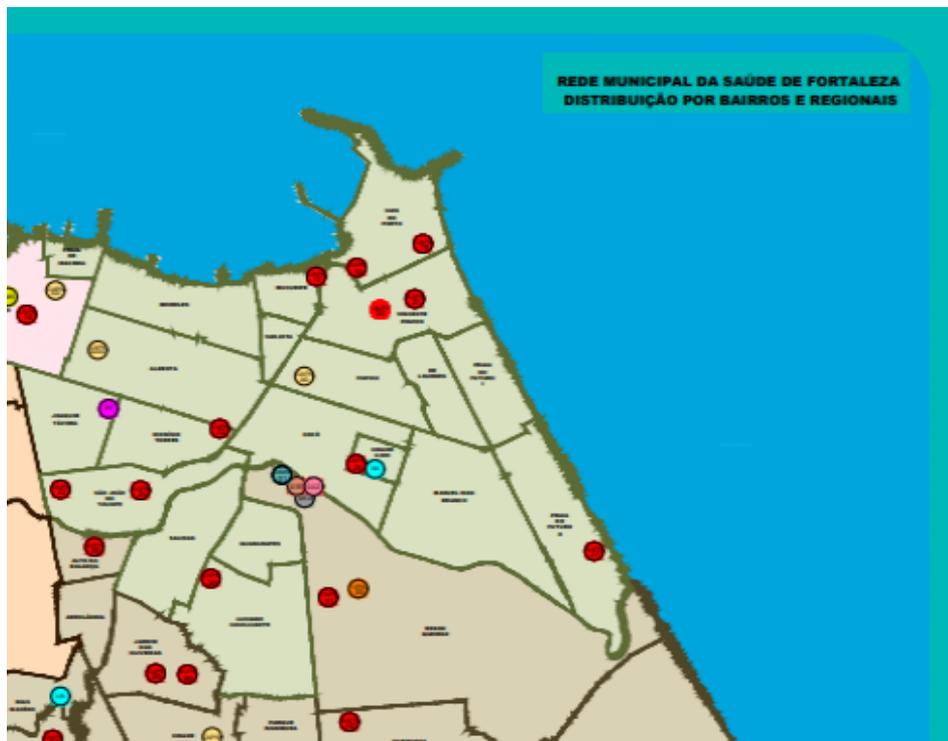


Fonte: Imagem Google, 2021

Cada SER possui uma rede de equipamentos de saúde para atendimento à população. Essa rede é composta de Unidades Básicas de Saúde/de Atenção Primária à Saúde (UBS/UAPS); Hospitais de Atenção Secundária e Terciária; Unidades de Pronto Atendimento (UPA); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Geral, Infantil, e Álcool e Drogas (CAPS AD); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centrais de Distribuição de Medicamentos no Terminal (CDMT); equipes de Consultórios na Rua; além de espaços para o desenvolvimento das PICS, como o Espaço Ekobé, localizado na SER VI (FORTALEZA, 2005).

Em 2017, a SER II contava com 18 equipamentos de saúde, divididos entre 12 UBS/UAPS; 04 equipamentos da Saúde Mental (CAPS Geral, CAPS AD, Unidade de Acolhimento – UA – e Serviço de Residência Terapêutica – SRT); 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA Praia do Futuro); e um CEO (CEOP) (Figura 4). Possuía 47 eSF e 215 ACS, correspondendo a 36,7% de cobertura populacional da Regional (FORTALEZA, 2017).

Figura 4 – Equipamentos de Saúde SER II



Fonte: Imagem Google, 2021

Em 2013, a SMS implantou um novo Sistema de Saúde, na perspectiva de integrar os vários pontos de atenção à saúde, de forma a responder às necessidades de saúde da população por meio das RAS. O plano visava enfatizar a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual realizar a coordenação do cuidado em todos os pontos de atenção (FORTALEZA, 2014).

Para as condições agudas, foi adotado o ‘Modelo de Atenção às Condições Agudas’, que identifica, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência e emergência. Com este objetivo, foi adotado o ‘Protocolo de *Manchester*’. As UBS/UAPS tiveram o horário de funcionamento alterado, das 7h às 19h, onde os médicos (as) e enfermeiros (as) das eSF alternam-se numa escala para o atendimento à demanda aguda. Nesse mesmo período, adotou-se o prontuário eletrônico *Fastmedic* como ferramenta para o sistema de informação de saúde nas UBS/UAPS integrado ao e-SUS da APS, e-SUS AB (FORTALEZA, 2013; FORTALEZA, 2014).

Entre os anos de 2014 e 2017, algumas capacitações foram ofertadas aos ACS, dentre elas: ‘Caminhos do Cuidado’, com carga horária de 60h, uma capacitação em Saúde Mental, com foco na prevenção e redução do uso de crack, álcool e outras drogas; e

‘Capacitação sobre o Câncer de Mama’, com carga horária de 40 horas aula. A ESP-CE ofereceu o CTACS, sendo que apenas os ACS que atuam nas UBS/UAPS inseridas no bairro Vicente Pinzón concluíram as três etapas formativas. Assim, um total de 96 ACS tornaram-se técnicos; dentre eles, os participantes deste estudo. A ETAPA I do CTACS foi realizada no período entre 2005 e 2012, com carga horária de 520 horas (teórico/prático); e as ETAPAS II e III, com 960 horas e 320 horas, respectivamente, no período entre 2015 e 2017. Diferenciando-se da ETAPA I, as ETAPAS II e III tiveram, como facilitadores, os próprios profissionais da ESF, enfermeiros (as), em sua maioria, bem como a participação de outros profissionais, como dentistas e profissionais do NASF-AB, dentre outros (CEARÁ, 2017).

### ***5.3.1.2 A Rede de Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família em Tauá***

Tauá é um município localizado no sudoeste do Estado do Ceará cravado no semiárido da Macrorregião do Sertão dos Inhamuns, distante 338,4 km da capital Fortaleza, com acesso pela BR 020 (Figura 5) (IPECE).

Figura 5 - Mapa do Ceará com destaque para o Município de Tauá



Fonte: Imagem Google 2021



Quadro 6 - Distribuição da População de Tauá por Área Urbana e Rural, segundo Censo do IBGE 2010

<b>POPULAÇÃO – CENSOS IBGE 2010</b>		
URBANA	RURAL	TOTAL
32.196	23.520	55.716
57,79%	42,21%	

Fonte: IBGE, 2010

Quadro 7 - Distribuição da População de Tauá por Área Urbana e Rural segundo Cadastro do e-SUS em 2017

<b>POPULAÇÃO – CADASTRO eSUS 2017</b>		
URBANA	RURAL	TOTAL
37.962	19.133	57.075
66,51%	33,49%	

Fonte: e-SUS/SMS

O rendimento domiciliar *per capita* médio mensal, segundo Censo do IBGE, em 2010, foi de R\$ 354,53. De forma geral, os domicílios fixados na zona rural possuem renda nominal média inferior aos domicílios da zona urbana. Desta forma, em Tauá, os domicílios da zona rural possuíam renda de, em média, R\$ 732,15, valor correspondente a 1,43 salário-mínimo, no ano de 2010. Já na zona urbana de Tauá, tinha-se valor médio de R\$ 1.302,06, o que corresponde a 2,5 salários-mínimos, no ano de 2010. Neste caso, a renda média do município na zona rural era 42,8% menor que da zona urbana. Isso demonstra a maior vulnerabilidade social da população da zona rural, em especial em períodos de estiagem como o enfrentado desde 2011, que praticamente inviabilizam a produção agrícola (IBGE; FIOCRUZ, 2017).

O município de Tauá está localizado na Macrorregião de Saúde do Sertão Central, compondo a 14ª. Região (Figura 7). A APS é bem estruturada e organizada em territórios subdivididos com vistas a responsabilidade sanitária das eSF. São 25 equipes instaladas em 19 UBS, alcançando as zonas urbana (14 equipes) e rural (11 equipes), além de 6 equipes do NASF. Portanto, possui 100% de cobertura pela ESF. Todas as microáreas eram coberturas por ACS, totalizando 140 trabalhadores. A rede de atenção à saúde era composta pelas seguintes unidades: 25 UBS/UAPS, 2 CAPS, 1 CEO, 1 Policlínica, 1 UPA e 2 Hospitais (CEARÁ, 2016).



NASF e outros profissionais. Um total de 127 participantes concluíram todas as etapas, tornando-se técnicos em ACS (CEARÁ, 2017).

No período de 2014 a 2015, numa parceria entre SESA, CONASS, FIOCRUZ-CE e ESP-CE, o município de Tauá foi laboratório do desenvolvimento da Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), que tinha como objetivo reorganizar o modelo de atenção no Estado do Ceará por meio da qualificação de todos os profissionais de saúde, reestruturando a rede de serviços no município e pactuando novos processos de trabalho em saúde. Buscou promover a integralidade das redes assistenciais (primária e especializada), observando a estratificação de risco para melhor assistir a gestantes e crianças, hipertensos e diabéticos (CONASS, 2016; CANUTO, 2019).

Baseada nesta experiência, em 2016, a SESA lançou o Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – Qualifica APSUS Ceará – objetivando subsidiar a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da APS dos municípios e, conseqüentemente, da implantação e implementação das RAS. Teve integração e envolvimento dos trabalhadores com a proposta de reorientação da APS e o engajamento na cadeia de educação permanente do Projeto (SESA).

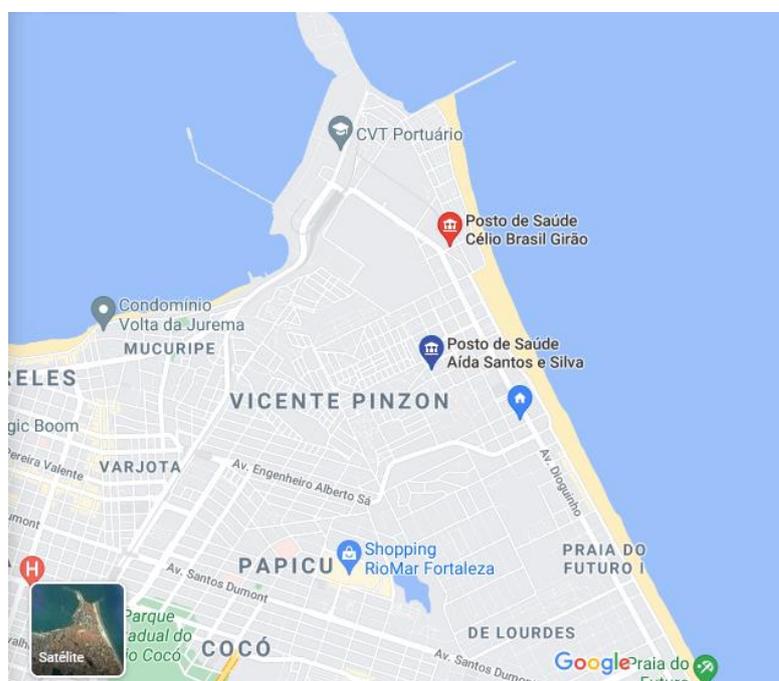
Em 2017, Tauá iniciou a participação também no ‘Projeto Viva Bem no Sertão’, juntamente com outros quatro municípios da macrorregião de saúde, que teve como objetivo a implantação da linha de cuidado para atenção integral ao *Diabetes Mellitus* e à Hipertensão Arterial. O Projeto foi resultante de uma parceria entre a SESA, OPAS, CONASS e Fundação Mundial de Diabetes (*World Diabetes Foundation –WDF*), com previsão de término em 2019, visando o alcance de 10 metas, desde a instituição da linha de cuidado; a implantação das diretrizes clínicas para o HIPERDIA (Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes); a estratificação de risco; a capacitação dos profissionais da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada; a equipagem das UBS e Policlínicas; até a definição da referência para avaliação de retina. Em uma das oito oficinas previstas no projeto, o objetivo de aprendizagem foi desenvolver a competência para realizar o rastreamento de *Diabetes Mellitus* e Hipertensão Arterial na população. Neste módulo, foi apresentado aos ACS o questionário *Finnish Diabetes Risk Scoreum* (FINDRISK), instrumento de rastreio prático para diagnosticar previamente e avaliar o risco para *Diabetes Mellitus* Tipo 2 (CONASS, 2017).

### 5.3.2 Caracterização dos participantes

Em pesquisa qualitativa, as amostras tendem a ser escolhidas de uma maneira deliberativa, conhecida como amostra intencional, com o objetivo de dispor das unidades que gerem os dados mais relevantes e fartos, considerando o tema do estudo (YIN, 2016). Desta forma, a amostra deste estudo se deu com a seleção de duas equipes completas em cada município, as quais atuavam no território por, no mínimo, seis meses, e tinham um número relevante de famílias adscritas, infraestrutura, insumos adequados para funcionamento e, no mínimo, seis ACS em atividade na equipe. Além disso, as equipes tinham que ter feito parte do PMAQ-AB. Se várias equipes preenchessem esses critérios, seriam selecionadas as que possuísem um maior número de ACS.

Em Fortaleza, foram selecionadas duas eSF, cada uma atuante em uma UBS: UBS Aída Santos e UBS Célio Brasil Girão, ambas na SER II (FIOCRUZ-CE, 2018) (Figura 8).

Figura 8 – Localização das UBS Aída Santos e Célio Brasil Girão (SER II - Fortaleza)



Fonte: CNES – DATASUS (<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos>)

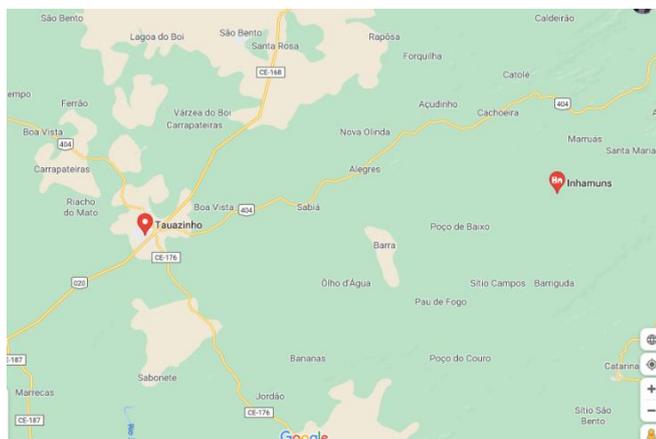
A UBS Aída Santos, CNES 2528916, localizada à Rua Trajano de Medeiros, nº 813, Bairro Vicente Pizón, segundo informações advindas do CNES – DATASUS, em outubro de 2017, funcionava de segunda à sexta, das 7h às 19h. Possuía três eSF e o NASF, perfazendo

um total de 67 profissionais, dentre eles: gerente administrativo; auxiliar de escritório; profissionais da eSF (médico, enfermeiro, dentista, ASB, TSB, auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem e ACS); e profissionais do NASF (assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, biólogo e nutricionista). A equipe Vicente Pizón 1 era composta por 01 médica, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 Técnica em Saúde Bucal (TSB), 01 auxiliar de enfermagem e 07 ACS. A equipe Vicente Pizón 2 era composta por 01 médica, 01 enfermeira, 01 cirurgiã-dentista, 01 ASB, 01 auxiliar de enfermagem e 08 ACS. Por fim, a equipe Vicente Pizón 5 era composta por 01 médica, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 ASB, 01 técnica de enfermagem e 07 ACS (CNES, 2017).

A UBS Célio Brasil Girão, CNES 2561166, localizada à Rua Professor Henrique Firmeza, nº 82, Bairro Cais do Porto, em outubro de 2017, funcionava de segunda à sexta, das 7h às 19h. Possuía quatro eSF, perfazendo um total de 59 profissionais, dentre eles: gerente administrativo; auxiliar de escritório; profissionais da eSF (médico, enfermeiro, dentista, ASB, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e ACS); ACE; e médicos especialistas, como Ginecologista e Obstetra, e Pediatra. Das eSF, a Cais do Porto 5 era composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 dentista, 01 auxiliar de enfermagem, 01 ASB e 08 ACS; a equipe Cais do Porto 6 era composta por 01 médica, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 auxiliar de enfermagem, 01 ASB e 05 ACS; a equipe Cais do Porto 7 era composta por 01 médico, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 ASB e 06 ACS; e a equipe Cais do Porto 8 era composta por 01 médica, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 auxiliar de enfermagem, 01 ASB e 01 ACS (CNES, 2017).

Já no município de Tauá, foram selecionadas uma eSF na zona urbana (UBS Tauazinho II) e outra na zona rural (UBS Inhamuns) (Figura 9).

Figura 9 – Localização das UBS Tauazinho II e Inhamuns, e distritos (Tauá – CE)

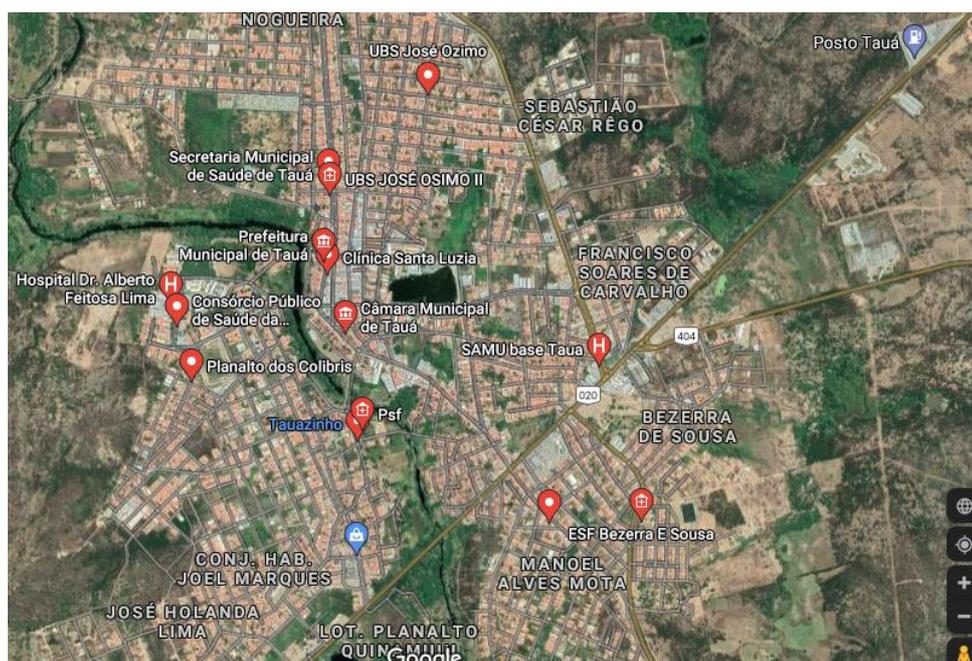


Fonte: Google (<https://www.google.com/maps/search/UBS+Inhamuns+e+PSF+Tauazinho+I+e+II>)

Tauá apresentava, em 2017, 25 eSF, distribuídas nas zonas urbana e rural; e 5 equipes do NASF. Estas, compostas por fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e profissionais de educação física, tinham como estabelecimentos de referência, localizados na zona urbana, os Centros de Apoio à Saúde da Família, para o atendimento ambulatorial de demanda espontânea e/ou referenciada de segunda à sexta-feira das 7h às 17h. Desta forma, apresentavam vínculo com eSF localizadas nas UBS tanto da zona urbana como da rural (CNES – DATASUS 2017; FIOCRUZ-CE, 2018).

A UBS Tauazinho, CNES 8014973, localizada à Rua Elcias Bezerra Cavalcante, s/nº, Bairro Tauazinho (Figura 10), em outubro de 2017, possuía 01 eSF, composta por 42 profissionais, organizados em duas eSF (Tauazinho I e Tauazinho II) e 01 equipe do NASF. A eSF Tauazinho I era composta por 01 médica da ESF, 01 enfermeiro da ESF, 01 enfermeiro sanitaria, 01 dentista, 02 técnicas de enfermagem, 01 ASB, 01 TSB, 04 ACE e 04 ACS. A eSF Tauazinho II, participante deste estudo, era composta por 01 médico da ESF, 01 enfermeira da ESF, 01 enfermeira sanitaria, 01 dentista, 01 ASB, 01 TSB, 02 técnicas de enfermagem, 01 ACE e 07 ACS. Por fim, a equipe NASF, composto por 02 assistentes social, 01 nutricionista, 03 fisioterapeutas, 01 fonoaudiólogo, 01 psicólogo e 01 profissional da educação física, está vinculada às seguintes UBS: a própria Tauazinho (I e II), Marrecas, Santana e Vila Joaquim Moreira (CNES, 2017).

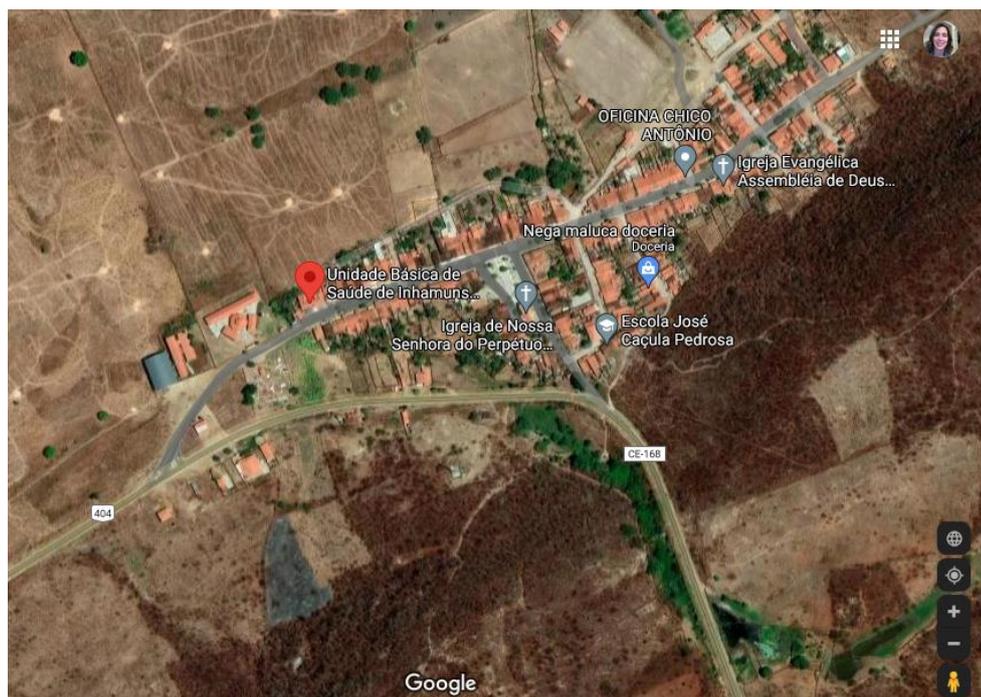
Figura 10 – Localização, via satélite, da UBS Tauazinho



Fonte: Google (<https://www.google.com/maps/search/UBS+Taua>)

A UBS Inhamuns, CNES 2610906, localizada à Rua Maria Gorete Cavalcante, s/n°, Bairro Inhamuns (Figura 11), em outubro de 2017, possuía 01 eSF, composta por 16 profissionais, dentre eles: 01 médico da ESF, 01 enfermeira da ESF, 01 enfermeira sanitarista, 01 dentista, 01 ASB, 02 técnicas de enfermagem, 01 ACE e 08 ACS (CNES, 2017).

Figura 11 – Localização, via satélite, da UBS Inhamuns



Fonte: Google (<https://www.google.com/maps/place/Unidade+de+Inhamuns+UBS+Vera+Cruz>)

Após a seleção das eSF, foram identificados os respectivos participantes do estudo, por município, incluindo gestores, médicos(as), enfermeiros(as), dentistas e ACS, totalizando 45 indivíduos, distribuídos conforme o Quadro abaixo.

Quadro 8 – Participantes do estudo, por município

PARTICIPANTES \ MUNICÍPIO	FORTALEZA	TAUÁ
	(SER II)	
Médicos	02	02
Enfermeiros	02	02
Dentistas	02	02
ACS	12	14

<b>Gestores</b>		
Secretário Municipal de Saúde	01	01
Secretário Adjunto de Saúde	–	01
Coordenador de APS ou Regional	01	01
Gerente de UBS	–	02
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>25</b>

Fonte: Elaboração própria, 2021 (Fonte de referência: Relatório CAMPESF, 2018)

Utilizou-se, para identificá-los, códigos com duas letras e um número. A primeira letra identifica o participante como médico (M), enfermeiro (E), dentista (D), ACS (A) ou gestor (G); a segunda letra identifica o município ao qual pertence (F para Fortaleza e T para Tauá); e, por último, os números naturais de 1 a 14 representam a ordem na qual a entrevista foi analisada. Desta forma, os médicos estão identificados como MF1, MF2, MT1 e MT2; os enfermeiros, como EF1, EF2, ET1 e ET2; os dentistas, como DF1, DF2, DT1 e DT2; e os ACS como, AF1, AF2, AF3, AF4, AF5, AF6, AF7, AF8, AF9, AF10, AF11, AF12, AT1, AT2, AT3, AT4, AT5, AT6, AT7, AT8, AT9, AT10, AT11, AT12, AT13, AT14. Já os gestores estão representados da seguinte forma: GF1, GF2, GT1, GT2, GT3, GT4 E GT5. Lembrando que, no caso de Tauá, os enfermeiros das eSF eram também os Gerentes das UBS (FIOCRUZ, 2018).

O Quadro 9, a seguir, apresenta o perfil dos participantes do Estudo.

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>MÉDICO</b>	<b>ENF.</b>	<b>DENTISTA</b>	<b>ACS</b>	<b>GESTOR</b>
<b>SEXO</b>					
FEMININO	1	3	1	24	5
MASCULINO	3	1	3	2	2
<b>IDADE</b>					
25< 30 ANOS	1	1	1	2	2
30< 35 ANOS	1	1	2	5	1
35< 40 ANOS	1	2	1	7	2
>=40 ANOS	1	---	---	12	2
<b>RELIGIÃO</b>					
CATÓLICO	2	1	2	12	4
EVANGÉLICO	1	3	2	13	2
ESPÍRITA	---	---	---	1	---

NÃO POSSUI RELIGIÃO	1	---	1	---	1
<b>ESTADO CIVIL</b>					
CASADO/UNIÃO ESTÁVEL	3	4	2	23	3
DIVORCIADO	1	1	---	---	1
SOLTEIRO	---	1	2	3	2
VIÚVO	---	---	---	---	1
<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS GESTORES</b>					
MÉDICO					1
ENFERMEIRO					4
DENTISTA					1
FILOSOFIA E TEOLOGIA					1
<b>FUNÇÃO DOS GESTORES</b>					
SECRETÁRIO DE SAÚDE					2
SECRETÁRIO ADJUNTO					1
COORDENADOR DE APS/REGIONAL					2
GERENTE DE UBS					2
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE</b>					
MENOS DE 05 ANOS	2	1	2		1
DE 05 A <10 ANOS	1	2	2		2
MAIS DE 10 ANOS	1	1	---		3
<b>ESCOLARIDADE DOS ACS</b>					
ENSINO FUNDAMENTAL					---
ENSINO MÉDIO					14
ENSINO TÉCNICO INTEGRADO AO MÉDIO					2
ENSINO TÉCNICO INCOMPLETO					2
ENSINO TÉCNICO COMPLETO					4
ENSINO SUPERIOR					2
ESPECIALIZAÇÃO					1
<b>ACS – OUTRA OCUPAÇÃO</b>					
SIM					6
NÃO					20
<b>TEMPO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA OU GESTÃO</b>					

MENOS DE 01 ANO	2	2	1	---	1
DE 01 A < DE 03 ANOS	1	1	2	1	---
DE 03 A < DE 06 ANOS	1	1	1	2	1
DE 06 A < DE 09 ANOS	---	---	---	23	1
MAIS DE 09 ANOS	---	---	---	---	4
<b>TEMPO DE TRABALHO NA FUNÇÃO ATUAL</b>					
MENOS DE 01 ANO	2	2	1	1	3
DE 01 A < DE 03 ANOS	1	1	2	1	1
DE 03 A < DE 06 ANOS	1	1	1	2	1
DE 06 A < DE 09 ANOS	---	---	---	7	2
DE 09 A MAIS ANOS	---	---	---	15	---

### 5.3.3 Coleta de dados

O trabalho de campo foi realizado durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2017, sendo concluído em janeiro de 2018. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com os gestores, médicos, enfermeiros e dentistas da ESF, e grupos focais com ACS, sobre o processo de trabalho desta categoria profissional, tendo como temas geradores o campo, o escopo de práticas profissionais e a colaboração interprofissional na ESF. Totalizaram 19 entrevistas e 4 grupos focais, com 26 participantes, onde foram realizados dois em cada um dos municípios, Fortaleza e Tauá; sendo, neste último, um grupo focal realizado na zona urbana e outro, na zona rural, conforme Quadro 10 (FIOCRUZ, 2018).

Quadro 10 – Dados da Pesquisa (Entrevistas e Grupos focais)

PARTICIPANTES MUNICÍPIO/UBS		ENTREVISTAS				GF
		Gestores	Médicos	Enfermeiros	Dentistas	ACS
FORTALEZA	Aída Santos	02	01	01	01	06
	Célio Brasil Girão		01	01	01	06
TAUÁ	Tauazinho II	05	01	01	01	06
	Inhamuns		01	01	01	08
<b>TOTAL</b>		<b>07</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>04</b>	<b>26</b>

Fonte: Elaboração própria, 2021 (Fonte de referência: Relatório CAMPESF, 2018)

Minayo (2010) define a entrevista como uma conversa a dois ou entre vários interlocutores permitindo ao entrevistador a obtenção de informações apropriadas ao objeto da pesquisa. A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2014). Desta forma, as perguntas são previamente formuladas, porém também se permite ao entrevistador explorar mais amplamente uma determinada questão. Por ter um apoio claro na sequência das questões, essa modalidade de entrevista facilita a abordagem e assegura que as hipóteses ou pressupostos dos investigadores serão cobertos na conversa.

O grupo focal se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos (seis a doze informantes) e homogêneos. Para serem bem-sucedidos, precisam ser planejados, pois visam a obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências. A técnica deve ser aplicada mediante um roteiro que vai do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador ou animador, capaz de focalizar o tema, promover a participação e o ponto de vista de todos e de cada um, inibir os monopolizadores da palavra, e aprofundar a discussão; e a participação de um relator, que, além de auxiliar o moderador/animador nos aspectos organizacionais, deve estar atento para nada deixar de anotar sobre o processo interativo, registrando-o. O valor principal dessa técnica fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. Geralmente o tempo de duração de uma reunião não deve ultrapassar uma hora e meia (MINAYO, 2014).

Por ser uma pesquisa qualitativa, o objetivo não foi o estudo do somatório das narrativas. Dessa maneira, a definição do quantitativo de participantes não foi baseada no critério numérico. Portanto, o que define o total de sujeitos do estudo é a saturação do conteúdo empírico, pautada nos objetivos elencados; porém, não sendo desconsiderados os dissensos, as diferenças e as especificidades representadas nas falas das variadas representações (MINAYO, 2010). Para a autora (2012), num trabalho de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações. É gratificante quando o pesquisador consegue tecer uma história ou uma narrativa coletiva, da qual ressaltam vivências e experiências com suas riquezas e contradições.

Nesta pesquisa, utilizou-se, como instrumentos de coleta de dados, dois diferentes roteiros de entrevista semiestruturada: um aplicado aos gestores (APÊNDICE A), que apresenta caracterização dos informantes e questões indagando sobre o trabalho do profissional médico,

enfermeiro, dentista e ACS; e outro aplicado aos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas (APÊNDICE B), contendo informações como caracterização dos informantes e dois blocos de perguntas relacionadas às práticas específicas de cada profissional e suas práticas gerais dentro da equipe. Além destes, um roteiro de grupo focal com ACS (APÊNDICE C), que apresenta caracterização dos informantes e perguntas norteadoras que indagam sobre as atividades/práticas realizadas por esses profissionais junto à equipe, às famílias e à comunidade, como acompanhamento a grupos prioritários e visitas domiciliares, e sobre os processos de educação em saúde e educação permanente.

Os roteiros das entrevistas fazem parte dos instrumentos de coleta de dados da Pesquisa “Campos de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará”. No recorte analisado nesta dissertação, levou-se em consideração todo o conteúdo obtido a partir do grupo focal com os ACS e apenas as respostas referentes aos tópicos 02 e 03 dos respectivos roteiros de entrevista aplicados aos gestores e aos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, que indagam sobre o trabalho do/com o ACS na ESF.

Em relação aos aspectos éticos, os indivíduos foram informados verbalmente dos objetivos e direitos enquanto participantes da pesquisa, e que receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias lidas e assinadas (APÊNDICE D). Além disso, as dimensões éticas que envolvem o presente estudo foram preservadas, assegurando, durante todo o processo de pesquisa, o caráter confidencial e a ausência de prejuízo físico, financeiro ou emocional para o(a)s participantes da pesquisa. Ao longo do desenvolvimento do estudo, será garantido aos sujeitos envolvidos o respeito aos princípios da bioética, nos seguintes termos: *Princípio da Autonomia* (garantia de um tratamento digno, permitindo a própria pessoa tomar as suas decisões, sendo livres as suas escolhas. O consentimento esclarecido representa a materialização da autonomia, privilegiando a dignidade humana, princípio basilar do direito); *Princípio da Beneficência* (compromisso em minimizar riscos que possam surgir no decorrer da pesquisa, garantindo o máximo de benefício que a mesma possa oferecer para os sujeitos envolvidos; é parte integrante deste princípio a não-maleficência que consiste em evitar todos os danos possíveis); *Princípio da Justiça e da Equidade* (busca de resultados que possam trazer vantagens significativas aos sujeitos da pesquisa; foi respeitado, por parte dos pesquisadores, todo e qualquer tipo de opinião manifestada) (MINAYO, 2014).

Todas as entrevistas e grupos focais foram gravadas em aparelho digital, com o consentimento dos participantes, e transcritas na íntegra, visando a fidedignidade dos conteúdos coletados. Posteriormente, as transcrições foram analisadas por meio de um método

interpretativo, a Análise de Conteúdo Temática, buscando verificar o trabalho dos ACS, sua relação com o acesso e o cuidado em saúde, e com as atribuições definidas para esta categoria profissional nas normas governamentais, confrontando a visão dos gestores e demais profissionais da ESF.

Como as entrevistas e grupos focais foram gravados em meados de 2017 e 2018, e posteriormente revisadas, foi mantida a mensagem original; portanto, a leitura dos textos levou em conta aquele contexto. Essa advertência resguarda a interpretação de termos e expressões, particularmente com relação a alterações ocorridas, a partir daquele momento, na denominação e nas estratégias dos Programas e das Políticas de Saúde no contexto nacional, inclusive no Estado do Ceará.

#### **5.4 Análise e tratamento dos dados**

Uma boa análise começa com a compreensão e a internalização dos termos filosóficos e epistemológicos que fundamentam a investigação, e, do ponto de vista prático, desde quando iniciamos a definição do objeto (MINAYO, 2012).

A Análise de Conteúdo é uma expressão genérica que designa o tratamento de dados qualitativos. Trata-se de um conceito historicamente construído para dar respostas teórico-metodológicas e que se diferencia de outras abordagens. A maior autora dessa modalidade é Bardin (1979 *apud* MINAYO, 2014), que a define como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Berelson, um dos primeiros teóricos da Análise de Conteúdo nos Estados Unidos, assim a define:

É uma técnica de pesquisa para descrição *objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações* e tendo por fim interpretá-los (BERELSON, 1952, p.18 *apud* MINAYO, 2014).

Os teóricos da Análise de Conteúdo consideram que ela deve ser *objetiva*, trabalhando com regras preestabelecidas e obedecendo a diretrizes suficientemente claras para que qualquer investigador possa replicar os procedimentos e obter os mesmos resultados; e *sistemática*, de tal forma que o conteúdo seja ordenado e integrado nas categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos. O termo *quantitativo* é acrescido

a essas características, entendendo que é importante estudar a frequência para que os temas tenham a medida exata de sua importância. Esse último requisito, no entanto, não é exigido por todos os estudiosos que questionam a quantificação dos significados. Essas características minimizam as incursões do subjetivismo, do achismo e do espontaneísmo (MINAYO, 2012; 2014).

Ainda de acordo com a autora, as propostas *compreensivistas* para análise das falas e discursos têm sido intensificadas, revelando novo dinamismo nos estudos de *significações*. Assim, do ponto de vista operacional, Minayo (2014) apresenta que a Análise de Conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material.

Existem várias modalidades de Análise de Conteúdo, dentre as quais, a *Análise Temática*, adotada neste estudo, considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde. A noção de tema comporta um feixe de relações e pode ser apresentada por meio de uma palavra, de uma frase, de um resumo. Segundo Bardin (1979 *apud* MINAYO, 2014), o *tema* é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia de leitura.

A *Análise Temática* permite que os dados sejam agrupados por temas ou categorias, onde o pesquisador determina esses temas e examina todos os dados para ter a certeza de que todas as manifestações foram contempladas (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009). Para Minayo (2014), fazer uma Análise Temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

Segundo a autora (2014), operacionalmente, a Análise Temática desdobra-se em três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e Tratamento dos resultados obtidos, seguido de interpretação.

I. *Pré-Análise*: consiste na escolha do material a ser analisado e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais do estudo. Ela pode ser decomposta nas seguintes tarefas:

- **Leitura Flutuante** – leitura do conjunto das comunicações. Este momento requer que o pesquisador tome contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo;
- **Constituição do *corpus*** – termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, devendo responder a algumas normas de validade qualitativa: *exaustividade* (que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro); *representatividade* (que ele contenha as características essenciais do universo pretendido); *homogeneidade* (que obedeça a critérios

precisos de escolha quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores); e *pertinência* (que o material analisado seja adequado para dar resposta aos objetivos do trabalho).

▪ **Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos** – processo que consiste na retomada da etapa exploratória, tendo as indagações iniciais como parâmetro da leitura exaustiva.

Na fase pré-analítica, determinam-se a *unidade de registro* (palavra-chave ou frase), a *unidade de contexto* (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro) os *recortes*, a forma de *categorização*, a modalidade de *codificação* e os *conceitos teóricos* mais gerais (tratados no início ou levantados nesta etapa) que orientarão a análise. A categorização, que consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, é uma etapa delicada. A Análise Temática tradicional trabalha essa fase primeiro, recortando o texto em unidades de registro que podem se constituir de palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos.

II. *Exploração do material*: consiste essencialmente numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador busca encontrar *categorias* que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. [...] Após a categorização, tarefa da Pré-Análise, ele realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas.

III. *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*: consiste na proposição de inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura material (MINAYO, 2014).

De acordo com Minayo (2012), interpretar é um ato contínuo que sucede à compreensão e também está presente nela: toda compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação, isto é, de apropriação do que se compreende. A interpretação se funda existencialmente na compreensão e não vice-versa, pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido. No momento em que compreender o sentido do que lhe foi relatado e do que observou no campo, o pesquisador não necessita mais estar colado às falas: seu aprisionamento a elas é uma das maiores fraquezas de quem faz análise qualitativa, pois significa que o investigador não foi capaz de ultrapassar o nível descritivo do seu material empírico.

A interpretação deve ter como norte responder aos objetivos da pesquisa buscando a compreensão mais ampla do tema em estudo em que o significado encontrado deixa de ser do sujeito e passa a ser do grupo social. Não se trata do senso comum e deve estar fundamentada pela teoria exposta na introdução do trabalho (TARQUETTE, 2016).

Sendo assim, baseado nas etapas explicitadas por Minayo (2012; 2014), após a transcrição do material obtido, seguiu-se a ordenação e organização: (1) dos textos teóricos e referências que balizaram o projeto e agora precisam ser complementados; (2) dos documentos geográficos, históricos, estatísticos e institucionais que porventura existam, que foram pesquisados e que devem ajudar na contextualização do objeto; e (3) das entrevistas e resultados dos grupos focais. A partir de então foi realizada uma leitura atenta, aguçada e exaustiva do material onde, por meio dela, buscou-se obter uma visão do conjunto, absorver suas particularidades, elaborar deduções iniciais, definir formas de classificação das informações e designar conceitos teóricos que orientaram a análise.

Em seguida, foi realizada a exploração do material, a análise propriamente dita. Neste momento, os textos, frases ou fragmentos dos textos, obtidos por meio da transcrição das falas, foram distribuídos em consonância com a classificação definida anteriormente. Logo depois, se fez a leitura dialogada das partes dos textos correspondente a cada classe, deduzindo os núcleos de sentido de cada parte classificada. Então, foi realizada a análise dos núcleos de sentido buscando temáticas mais amplas onde foram debatidas diferentes partes do texto. A partir das temáticas, se fez a elaboração de uma redação por tema, norteadas por conceitos teóricos que orientam a pesquisa. Por último, foi elaborada uma síntese interpretativa dialogando com os dados obtidos com os objetivos e pressupostos da pesquisa.

A interpretação, quando bem conduzida, deve ser fiel ao campo de tal maneira que, caso os participantes estivessem presentes, compartilhariam os resultados da análise. Portanto, em síntese, os percursos analítico e sistemático têm o sentido de tornar possível a objetivação de um conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade (MINAYO, 2012).

## **5.5 Triangulação dos Resultados**

Pode-se utilizar como recurso metodológico para melhor interpretação, a *Triangulação*, que se processa por meio do diálogo de diferentes métodos, técnicas, fontes e pesquisadores (TAQUETTE, 2016). Originada em contextos de navegação e topografia, a

*Triangulação* alinha múltiplas perspectivas e leva a uma compreensão mais abrangente do fenômeno de interesse. Os pesquisadores diferem na ênfase colocada em seus propósitos: alguns consideram-na fundamental para o estabelecimento de evidências corroborativas; e outros enfocam seu potencial para fornecer múltiplas visões e múltiplos contextos para enriquecer a compreensão de uma questão de pesquisa. Particularmente associada a métodos de pesquisa qualitativa, a *Triangulação* normalmente envolve o exame de dados de entrevistas, grupos focais, arquivos escritos ou outras fontes (SALKIND, 2010).

A *Triangulação* pode ser compreendida como uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento e as relações hierárquicas e técnicas (MINAYO, 2014)

Em pesquisa, o princípio da triangulação refere-se ao objetivo de buscar ao menos três tipos diferentes de fontes para verificar ou corroborar um determinado evento, descrição ou fato que está sendo relatado por um estudo. A ideia é determinar se dados de uma ou mais fontes convergem ou levam ao mesmo resultado. Tal corroboração serve como uma forma de reforçar a validade de um estudo (YIN, 2016).

Assim, reunidos os conteúdos a partir das diferentes estratégias utilizadas foi possível a Triangulação de dados. Ela permitiu verificar a realidade a partir de distintos ângulos e perspectivas, possibilitando a combinação e cruzamento de múltiplas fontes de dados e de múltiplos informantes; neste caso, gestores municipais de saúde, médicos, enfermeiros, dentistas e ACS. De acordo com os princípios de investigação, o *corpus* de dados será analisado e interpretado tendo como âncora o conceito teórico sobre Processo de Trabalho em Saúde adotado por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, e as atribuições dos ACS normatizadas pelas legislações e normas em vigor.

Para cada categoria, foram analisados os seguintes pontos:

- **Tendências do Processo de Trabalho** – expressão dos achados consistentes;
- **Que compreensão os agentes apresentam?**
- **Quais os aspectos que os agentes repetem?**
- **Quais aspectos são singulares nas entrevistas e/ou grupos focais?**
- **Quais divergências e convergências existem nos discursos?**
- **Como os municípios interferem no processo de trabalho dos ACS?**
- **Há alguma distinção entre o trabalho na zona urbano e na rural?**

## 5.6 Apresentação dos Resultados e Discussão

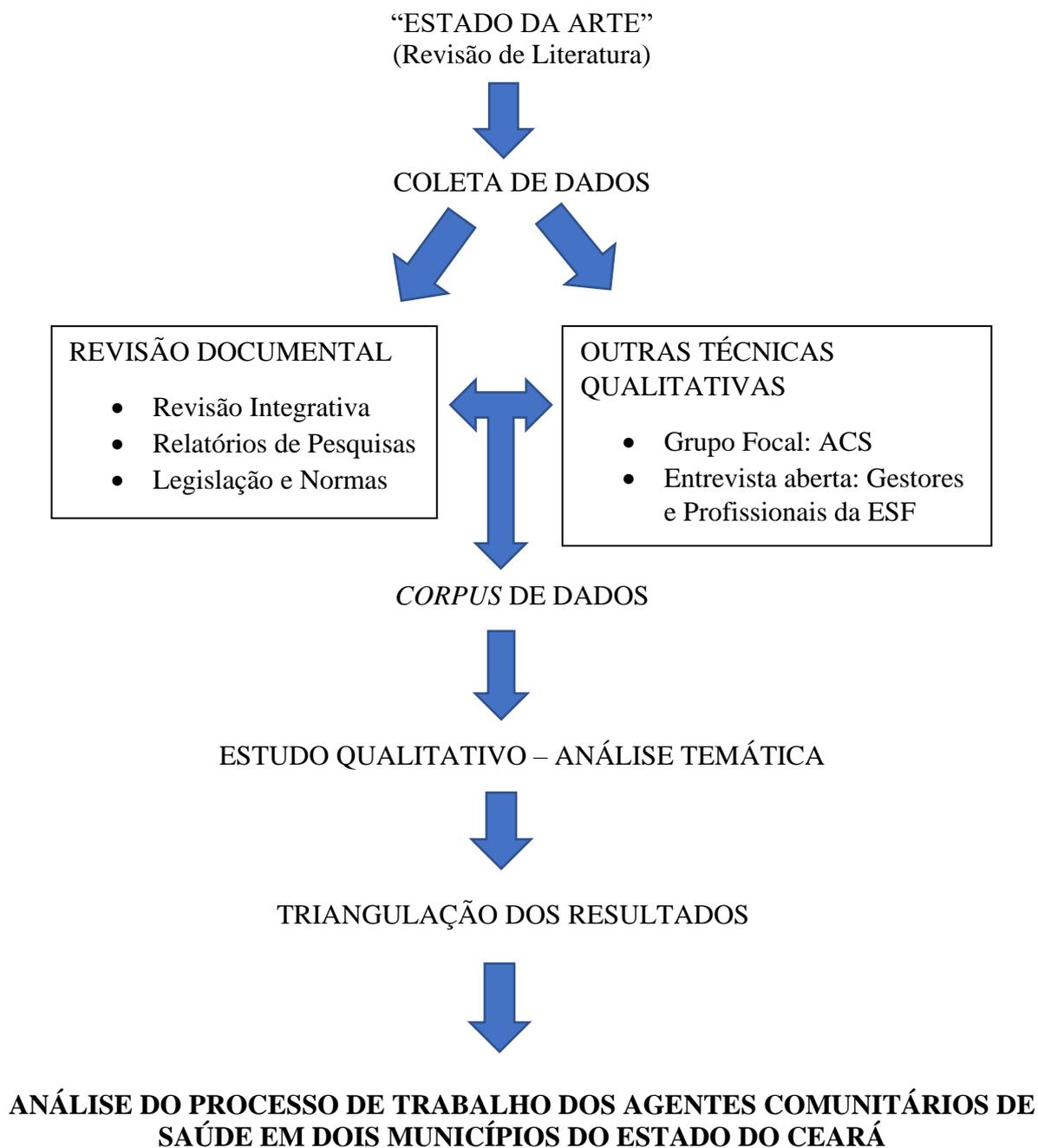
Um estudo válido é aquele que coletou e interpretou seus dados adequadamente, de modo que as conclusões reflitam com precisão e representem a vida real que foi estudada (YIN, 2016).

O resultado será a análise do processo de trabalho desenvolvido pelo ACS em dois cenários diversos do Estado do Ceará na percepção dos atores participantes, em diálogo com a literatura sobre a temática e com as normas e leis vigentes, visando à produção de um texto fiel aos achados no campo, contextualizado, acessível, conciso e coerente e assegurando os critérios de fidedignidade e de validade dos relatos, garantindo a diversidade de sentidos expressos pelos interlocutores (MINAYO, 2012).

Para a autora (2012), uma análise para ser fidedigna precisa conter os termos estruturantes da investigação qualitativa que são os verbos: compreender e interpretar; e os substantivos: experiência, vivência, senso comum e ação social. A vivência de cada um, produto da reflexão pessoal sobre a experiência, é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história, apesar de ter sempre como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre. Por sua vez, o senso comum pode ser definido como um corpo de conhecimentos provenientes das experiências e das vivências que orientam o ser humano, constituído de opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir, nas várias ações e situações de sua vida. O senso comum se expressa na linguagem, nas atitudes e nas condutas e é a base do entendimento humano. Por fim, a ação (humana e social) pode ser definida como o exercício dos indivíduos, dos grupos e das instituições para construir suas vidas e os artefatos culturais, a partir das condições que eles encontram na realidade. Seu conceito está vinculado à noção de liberdade para agir e transformar o mundo. A partir do exposto, o objeto deve se tornar um construto de segunda ordem, em que predomine a lógica dos atores em sua diversidade e não apenas as suas falas, dentro de uma narrativa teorizada, contextualizada, concisa e clara.

A Figura 12, de própria autoria, mostra o Fluxograma da Metodologia do Estudo.

Figura 12 - FLUXOGRAMA DA METODOLOGIA DO ESTUDO



## 5.7 Aspectos éticos

Em obediência às Diretrizes e Normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e à Resolução 466/12 do CNS, a pesquisa “Campo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família do Ceará” foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Plataforma Brasil (BRASIL, 2012) tendo sido analisada e obtido autorização, pelo Comitê da FIOCRUZ, por meio do parecer nº 1.159.936 de 14/07/2015. Reitera-se que os indivíduos foram informados verbalmente dos objetivos e direitos enquanto participantes da pesquisa, e que receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas, que foram vias lidas e assinadas (APÊNDICE D).

## 6. ANÁLISE E DESCRIÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

O processo de trabalho dos ACS envolve a integração de sujeitos, saberes e práticas. Gestores e profissionais da saúde necessitam manter diálogo constante e um processo de educação permanente para enfrentar os desafios de uma integração de diferentes paradigmas e concepções. A ausência desse diálogo pode trazer consequências negativas aos vínculos entre as eSF e os usuários, ou mesmo comprometer, pessoalmente, os ACS (LIBANIO, FAVORETO & PINHEIRO, 2014).

Nesta perspectiva, a análise do *corpus* de dados das entrevistas, com gestores, médicos, enfermeiros e dentistas, e dos grupos focais, com ACS, da ESF da Regional II de Fortaleza e do município de Tauá, objetivou vislumbrar a percepção acerca do processo de trabalho dos ACS, por meio da percepção sobre este processo, por parte dos gestores e profissionais da saúde, e da compreensão, por parte dos próprios ACS. À análise dos modos de pensar e agir destes profissionais emergiram três categorias, para cada município: ‘Participação dos ACS na ESF’; ‘Sentido do trabalho dos ACS’; e ‘Desafios e Ressignificações vivenciadas em suas práticas’.

Os resultados obtidos da análise do material serão apresentados por município; primeiramente, Fortaleza e, em seguida, Tauá. Contudo, antes dessa apresentação, em unidades analíticas, serão esclarecidos aspectos gerais do processo de trabalho da ESF, objetivando a clarificação dos cenários para melhor compreensão da Análise e, conseqüente, Discussão.

### 6.1 Aspectos gerais do processo de trabalho da ESF no município de Fortaleza

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza adota, como política estruturante da Rede Assistencial da APS, a ESF. Esta estratégia, pela forma como é concebida, apresenta um grande potencial indutor dos princípios e das diretrizes do SUS, notadamente a integralidade, a acessibilidade, a participação social e a equidade, e incorpora as ferramentas da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, contribuindo para a construção do modelo de atenção integral à saúde. Uma APS organizada consegue resolver mais de 85% dos problemas de saúde, encaminhando os demais para a rede especializada ambulatorial ou hospitalar, garantindo total desenvolvimento da cadeia de cuidado progressivo à saúde. Portanto, organizar os serviços da APS é condição fundamental para viabilizar o SUS (FORTALEZA, 2005).

Conforme o Relatório de Gestão da SMS da PMF (FORTALEZA, 2006), após assumirem o concurso da ESF, em 2006, o primeiro contato que os profissionais da saúde

tiveram com o território foi por meio dos ACS que trabalhavam naquela época. Então, todos, em equipe, saíram para visitar e conhecer o território onde iriam trabalhar. Depois da visualização do espaço geográfico, passaram para o cadastramento das casas; seguido das famílias; e, por fim, a organização das agendas. Foram realizadas também reuniões com algumas lideranças comunitárias, convidadas pelos ACS. Desta forma, foi possível reorganizar o antigo mapa e elaborar um novo, num processo denominado ‘Territorialização’, que é contínuo e dinâmico, como o território em si. Alguns anos depois, os profissionais precisaram voltar ao mesmo processo, agora denominado “Reterritorialização”. Assim, fica claro observar a participação fundamental do ACS em todas as etapas.

Como apresentado por Gondim & Monken (2018), a territorialização do sistema local de saúde significa esquadrihar o território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e aos serviços de saúde. Desse modo, ela é tecnologia estruturante dos processos de trabalho da APS, ou seja, auxilia as equipes de saúde a elaborar diagnósticos para identificar as necessidades, riscos, vulnerabilidades, situações-problema, agir sobre eles e reconhecer populações específicas e suas singularidades no modo de viver; no sentido de poder ser eixo organizador e integrador de práticas de saúde (promoção, proteção, diagnóstico e reabilitação), mobilizar conhecimentos, vivências e conteúdos tecno-científicos populares, articulando o processo de trabalho com a aprendizagem sobre a realidade para cuidar de pessoas, famílias, grupos, comunidade em seu contexto social.

Atualmente, os profissionais da ESF de Fortaleza cumprem, semanalmente, carga horária de 40 horas. Os de nível superior tem essa carga dividida em 32 horas na UBS e 8 horas de Educação Permanente em Saúde. A Unidade funciona da seguinte forma: diariamente, são 12 horas de trabalho, divididas em dois turnos, de 6 horas cada, ou seja, duas turmas perfazendo 6 horas, diariamente. Começa às 7h e termina às 19h. Assim, cada profissional de nível superior cumpre, na UBS, quatro jornadas de 6 horas e uma, de 8 horas, perfazendo as 32 horas. As 8 horas de Educação Permanente ocorrem no contraturno. Já os profissionais dos demais níveis cumprem as 40 horas, organizadas na logística de funcionamento de 12 horas da UBS (FORTALEZA, 2019).

A Gestão da Saúde da PMF tem trabalhado a questão do acesso à APS por meio do ‘Acolhimento’ dentro da UBS. Barros *et al.* (2018) afirmam que, desde a sua implantação, em julho de 2014, de uma forma geral, o processo desse acontece da seguinte forma: ao adentrar a UBS, o usuário é recepcionado pelo funcionário mais próximo, que, em um primeiro momento, pode ser o vigilante, que observa a movimentação de entrada e saída de usuários na unidade, ou a recepcionista, que controla o acesso dos usuários desde a principal porta de entrada até as

demais dependências. A partir daí, dependendo da necessidade apresentada, o usuário é encaminhado à sala de preparo, ao Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), às salas de procedimento (vacina, curativo/ retirada de pontos, laboratório) ou aos consultórios (médico, de enfermagem ou odontológico). Com o objetivo de organizar o ‘Acolhimento’ e atendimento tanto às demandas espontâneas como às programadas na UBS, o serviço de saúde segue as diretrizes clínicas da SMS, adotadas pelo Caderno nº 28, v. 2, do MS (2013), que oferece embasamento teórico aos profissionais que atuam na classificação de risco. Com esse *modus operandi*, divide-se o atendimento em dois tipos: a) condições crônicas e b) eventos agudos. Para facilitar o fluxo de trabalho, uma agenda organiza, previamente, o cronograma das equipes de saúde. Se o usuário provém de uma área coberta por determinada eSF, ele terá sua queixa orientada pela equipe. No entanto, se proveniente de área descoberta, também será acolhido, mas a orientação acontecerá de acordo com cada caso. Desta forma, os gestores acreditam que o ‘Acolhimento’ aos usuários nas UBS de Fortaleza, assim como as ações desenvolvidas pelas eSF, têm atendido as necessidades das famílias adscritas, como se percebe na fala:

[...] onde tem uma cobertura adequada, com equipes completas, [...] essa equipe, trabalhando em conjunto, tem, em tese, a obrigação de resolver 85% dos problemas da população, na própria UBS. Enquanto gestor, estamos muito satisfeitos com o trabalho das nossas equipes na ESF. (GF1)

Os profissionais de saúde e ACS fizeram uma análise crítica sobre o modelo de atenção à saúde implantado no município de Fortaleza. Apesar do processo de ‘Acolhimento’ nas UBS ter ampliado o acesso à APS, um de seus atributos, a priorização à demanda espontânea, ou seja, aos atendimentos de urgência e emergência, gerou uma mudança no foco da gestão municipal quanto à atenção e cuidado em saúde e, conseqüentemente, em detrimento do atendimento às demandas oriundas dos Programas da ESF. Então, de uma forma geral, na semana, das 32 horas que o(a) médico(a) e o(a) enfermeiro(a) cumprem na UBS, dezoito horas, ou seja, três turnos de seis horas cada, são destinadas ao acolhimento à demanda espontânea. As demais quatorze horas são para o atendimento à demanda programada. A agenda desses profissionais é organizada a partir dos indicadores de saúde e das prioridades da eSF. Portanto, não sobra muito tempo para eles, principalmente o(a) médico(a), realizarem as atividades e ações específicas da ESF, como visita domiciliar ou Educação em Saúde, o que acaba por ficar mais ao cargo dos ACS, como se pode observar nesta fala:

A enfermeira é quem organiza busca ativa, vacinação, visita domiciliar...; porque acabo ficando muito tempo na unidade em atendimento. [...] A visita é, praticamente, para os pacientes acamados, que precisam de algum diagnóstico [...]. O ACS traz a demanda, [...] relata a queixa comigo e a enfermeira, e, dependendo da necessidade, a gente agenda a visita. (MF1)

Da mesma forma que acontece com o(a) médico(a), a permanência do(a) enfermeiro(a), por um maior tempo, no consultório, em atendimento às demandas, faz com que o ACS sinta a privação de um direcionamento e uma convivência mais próximas, já que, teoricamente, o enfermeiro é o responsável pela definição, organização e planejamento de suas atividades, como observado nos relatos a seguir:

[...] os ACS reclamam que sentem falta da enfermeira estar mais com eles. [...] nossas reuniões acabam acontecendo uma vez por mês, e, fora isso, eles me procuram em alguma demanda específica [...]. Agora, o tempo é muito corrido e escasso, para estar com eles discutindo [...] as demandas da área. (EF1)

[...] o momento em que a gente se encontra e [...] conversa alguma coisa sobre a área [...] é antes do carro chegar para a visita domiciliar [...]. E a gente nem pode fazer uma reunião muito delongada por conta do número de visitas [...], uma vez que elas acontecem quinzenalmente.” (EF2)

Quanto à organização do processo de trabalho da Saúde Bucal em Fortaleza, de forma padronizada, o ‘Acolhimento’ se diferencia um pouco dos demais, pois além do acolhimento diário à demanda espontânea, nos casos de urgência odontológica, há um específico para o atendimento à demanda programada. O dentista da eSF, ao agendar a data do ‘Acolhimento Odontológico’, comunica e solicita a participação dos ACS de sua equipe, que, por sua vez, repassam a informação à comunidade para que, na data marcada, os usuários interessados compareçam para o exame de necessidades em saúde bucal, durante o qual, cada indivíduo é classificado de acordo com o risco a que está exposto. A partir daí, são definidos, junto com o usuário, os encaminhamentos necessários e o agendamento para início do tratamento (NUTO *et al.*, 2010). Portanto, neste caso, o objetivo do ‘Acolhimento’ é captar pacientes para o atendimento clínico programado, visando ao tratamento concluído. Assim, observa-se que a atuação do ACS é fundamental para que a população tenha acesso aos serviços oferecidos pela equipe de Saúde Bucal, como constatado:

“Quando o paciente nos procura, a primeira pergunta [...] é ‘Quem é o seu ACS?’. Porque, com esse conhecimento, eu vou poder orientá-lo a procurar o dentista da equipe; ver qual é o dia do seu Acolhimento [...]. Então, sem os ACS, o atendimento seria um trabalho de formiguinha, apenas para quem me procurasse aqui [...]”. (DF1)

Por todos os motivos expostos, a eSF procura pactuar uma otimização do processo de acolhimento às demandas espontânea e programada, por meio da qual os usuários são orientados a procurar, na medida do possível, o ‘Acolhimento’ de sua equipe, para que fiquem sendo orientados por ela. E quem faz essa articulação entre equipe e comunidade é o próprio ACS.

Portanto, em Fortaleza, a dinâmica de trabalho dos ACS incide em práticas relevantes na APS deste município. Busca ajustar-se ao cenário de uma grande capital, marcada por conflitos de violência urbana e agravos relacionados a drogadição, bem como lida, cotidianamente, com problemas relacionados ao processo de trabalho da ESF nas UBS e no território.

### **6.1.1 O Processo de Trabalho do ACS: do sentido do trabalho aos numerosos desafios**

#### ***6.1.1.1 A Participação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na ESF***

Esta categoria foi composta pelas declarações concernentes à participação dos ACS na ESF. Ela é um processo complexo, que combina fazer, falar, pensar, sentir e pertencer. Envolve toda a pessoa, incluindo o corpo, a mente, as emoções e as relações sociais, tanto conflituosas como harmoniosas, íntimas e políticas, competitivas e cooperativas (NEPOMUCENO, 2019).

Os ACS apresentam uma vasta gama de demandas a serem cumpridas. Em Fortaleza, destacam-se: busca ativa e visita domiciliar, principalmente, de grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, gestantes, puérperas, crianças menores de dois anos de idade, acamados), como também tuberculose, e hanseníase – mesmo que rara; ações de prevenção à doença e promoção à saúde, na UBS e no território; ações de combate às Arboviroses; ações de Educação em Saúde (grupos operativos, campanhas, PSE, e outros); encaminhamento e matriciamento em saúde mental com o NASF e o CAPS; acompanhamento de pacientes com DST/AIDS; acompanhamento dos beneficiários do PBF; e reuniões de equipe.

O Quadro 11 sistematiza as práticas citadas.

Quadro 11 – Práticas realizadas pelos ACS de Fortaleza

<b>Visita domiciliar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento dos grupos prioritários (gestantes, idosos, acamados, hipertensos, diabéticos e crianças de até cinco anos de idade).</li> </ul>
--------------------------	--

<b>Crianças de até 5 anos de idade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesagem</li> <li>• Monitoramento do crescimento e desenvolvimento;</li> <li>• Verificação de vacinas (OBS: não há balança infantil disponível);</li> <li>• Informações sobre o trabalho da ESF e orientações as pais e/ou responsáveis;</li> <li>• Encaminhamento ao posto, no caso de demanda.</li> </ul>
<b>Gestantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificação se estão realizando as consultas de pré-natal no tempo e frequência adequados;</li> <li>• Monitoramento do Cartão da gestante;</li> <li>• Orientação sobre alimentação saudável, cuidados ao bebê, importância da amamentação exclusiva e da realização de atividade física;</li> <li>• Busca por sinais de risco (pernas inchadas, P.A. aumentada, diabetes gestacional, sangramentos, dor de cabeça).</li> </ul>
<b>Puérperas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A primeira visita é acompanhada pelo profissional de enfermagem.</li> <li>• Orientação sobre os cuidados com o bebê (banho de sol, higiene), amamentação (uso exclusivo e pega correta), alimentação saudável da puérpera, recuperação pós-parto e planejamento familiar;</li> <li>• Informe sobre a vacina BCG e a realização do teste do pezinho. Quanto aos cuidados da puérpera, orientam sobre a importância de uma alimentação saudável, procuram saber sobre a recuperação pós-parto e sobre interesse no planejamento familiar.</li> </ul>
<b>Diabéticos e hipertensos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação em relação às consultas nas UAPS e sobre os cuidados necessários quanto a medicação, alimentação e prática de atividade física;</li> <li>• Há relatos de controle da condição de cada paciente em um caderno de anotação, para notificar a equipe quando alguma alteração é observada.</li> </ul>
<b>Tuberculose e Hanseníase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento de dados.</li> </ul>
<b>Acamados/ Domiciliados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento e agendamento da visita da equipe.</li> </ul>
<b>DST e AIDS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento</li> </ul>
<b>Exames</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega em domicílio quando não se consegue contactar a pessoa por telefona</li> </ul>
<b>Educação em saúde coletiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos operativos na UBS (Hiperdia, gestante, tabagismo etc.);</li> <li>• Ações de prevenção às doenças e promoção à saúde na UBS e no território;</li> <li>• Desenvolvimento de temas de acordo com a demanda da comunidade;</li> <li>• Participação de eventos, como 'Semana da Criança, Outubro Rosa, Novembro Azul, etc.</li> </ul>
<b>PSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxílio no tratamento de verminoses e no exame de acuidade visual.</li> </ul>

<b>Matriciamento em Saúde Mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho multiprofissional e interdisciplinar (NASF e CAPS).</li> </ul>
<b>Reunião em equipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acontece, geralmente, com o(a) enfermeiro(a) e depende da necessidade da comunidade e/ou território.</li> </ul>
<b>Alimentação do Sistema de Informação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fastmedic</li> </ul>
<b>Bolsa Família</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento dos critérios de acompanhamento</li> </ul>
<b>Combate às Arboviroses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutirão para limpeza das ruas e quintais das casas;</li> <li>• Orientação sobre depósitos que funcionam como possíveis focos para o desenvolvimento da larva do Mosquito <i>Aedes Aegypt</i>.</li> </ul>

Fonte: Autoria própria, 2021.

#### 6.1.1.1.1 Educação em Saúde e Visita Domiciliar: práticas cotidianas

A Lei 11.350 (BRASIL, 2006b) expressou uma compreensão mais ampla do papel do ACS, pois reiterou os critérios para o exercício da profissão, definindo como suas atribuições a prevenção de doenças e a promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias. Além disso, essa lei ressaltou a realização de visitas domiciliares periódicas, para o monitoramento de situações de risco, e a promoção de ações de educação em saúde individual e coletiva (MOROSINI & FONSECA, 2018).

O MS define Educação em Saúde como um processo educativo de construção de conhecimento em saúde, composto por um conjunto de práticas individuais e coletivas, que visa à apropriação temática pela população e que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (2006e). Para tanto, a Educação em Saúde requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade. Nela, deve ser enfatizada a EPS, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico. (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Além das práticas educativas individuais, os ACS desenvolvem ações coletivas, tanto na UBS como no território, com o propósito de esclarecer e desmistificar várias questões

relacionadas às condições de saúde e aos cuidados necessários, geralmente, por meio de palestras e orientações à comunidade, apesar dessas ações serem cada vez menos organizadas ou mantidas na ESF.

Em Fortaleza, se trabalha a questão dos Grupos Operativos nas UBS, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos, por meio de uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora e uma abertura para as novas dúvidas e inquietações (BASTOS, 2010). Especificamente na Regional II, na UBS/UAPS Frei Tito, por exemplo, que recebe turmas da Residência Multiprofissional da ESP-CE, há vários Grupos Operativos que estimulam e dão vida aos profissionais da ESF. Essas diversas experiências já foram apresentadas em Mostras de Saúde Regional e Municipal, com a participação de trabalhos desenvolvidos por ACS, como expõe a gestora:

A Unidade Frei Tito [...] têm vários grupos, em parceria com a Residência Multiprofissional: [...] grupo de tabagismo, grupo de gestante, grupo de comunidade, [...] o “Chá com Arte” [...]. Também realizamos Mostras de Saúde tanto a nível regional como municipal [...], onde tivemos trabalhos brilhantes de diversos profissionais da ESF, incluindo ACS.” (GF2)

O grupo de gestantes, também contínuo, tem seguimento na medida em que vão chegando novas grávidas da área, convidadas pelos ACS. São seis encontros, um por mês, completando o semestre. Nesse processo, o papel principal do ACS é fazer a busca ativa das gestantes e convidá-las a participar dos encontros. A presença dos ACS fica ao critério de cada um, pois quem coordena o grupo é a enfermeira da eSF, como é citado a seguir pela ACS:

[...] A cada etapa, a enfermeira faz uma abordagem diferente pra que não fique muita informação, pois acaba a gestante não obtendo tudo no tempo certo [...]. Encontro passado, ela convidou a fisioterapeuta pra ensinar como trabalhar o corpo da gestante e o da criança; por exemplo, o cuidado [...] caso sinta cólica [...]. (AF5)

Eventualmente, são também desenvolvidos os Grupos de Tabagismo e de Adolescentes. Neste, além de outros temas, são trabalhados, principalmente, os seguintes: DST e AIDS; e uso e abuso de álcool, cigarro e outras drogas. Situações que, infelizmente, são muito comuns no território, como relatado nas seguintes falas:

[...] quando teve o grupo de tabagismo, a gente [...] pegou os adolescentes nas ‘escola’, [...] falou sobre o cigarro, e [...] também sobre álcool, drogas e as [...] DST’s. (AF8).

[...] tivemos a ideia de fazer a feira das profissões [...]. Na escola, foram levantados [...] *stands* que apresentavam diversas profissões. [...] Qual é a expectativa de futuro desses ‘adolescente’ [...]? Eles ainda têm sonhos; ‘pretende’ ser um profissional [...]. Ou vão ficar na mesmice dessa violência que tá acontecendo [...]? (AF7)

Na visita domiciliar, geralmente, o ACS tem acesso livre à casa das pessoas. Isso faz com que eles aprendam a enxergar as famílias de forma integral, analisando, ao mesmo tempo, o todo e as particularidades de cada membro. A orientação da Gestão da APS da PMF é que sejam realizadas 10 visitas domiciliares, por dia, aos grupos prioritários. Elas, normalmente, são organizadas de forma aleatória, ou seja, não há um cronograma padrão a ser seguido, pois em Fortaleza, o ACS tem liberdade de organizar a rotina das suas visitas e atividades, contanto que prestem contas mensalmente, no consolidado, de todos os grupos prioritários, como pode-se observar nas seguintes falas:

Eu prefiro fazer por rua, [...] porque eu vejo logo a demanda [...] do idoso, do hipertenso, do diabético, da criança... [...] Aí, vou passando [...] e fazendo as visitas. (AF7)

Eu faço o cronograma. Começo pelo hipertenso. [...] Depois, passo pro diabético. Aí, eu faço a gestante e, em seguida, as crianças. Eu sempre deixo elas pro fim, porque tem mães que não conseguem vacinar no período certo [...]. Quando eu vou lá, geralmente, já tem dado; e eu só faço atualizar o meu cartão 'espelho'. (AF10)

Geralmente, o ACS realiza a visita domiciliar sozinho. No entanto, quando é a um acamado, ele vai com o(a) enfermeiro(a) da equipe. Essa visita é programada e, normalmente, o ACS avisa previamente à família, para que ela possa estar em casa quando eles chegarem.

Além dos grupos prioritários, os ACS visitam os portadores de diversos tipos de doença; e as crianças com até cinco anos de idade, para orientações aos pais e/ou responsáveis, e verificar peso e vacinas. Durante a visita, o ACS aproveita para orientar sobre os cuidados com a família e a doença que possa estar presente; e informar sobre o trabalho e os serviços oferecidos na UBS, obedecendo ao princípio do SUS da divulgação das informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário. Portanto, percebe-se que o ACS, em Fortaleza, vai além do que é preconizado pelas normas que legislam sobre suas atribuições enquanto membro da ESF, como observado nesta fala:

O ACS tem que priorizar a visita do paciente em todos os aspectos [...]. A questão da priorização é eu 'tá' indo rua por rua, conhecer o problema de cada um e 'tá' mais perto. É eu persistir no caso que 'tá' mais precisando naquele momento. (AF3)

No caso de hipertensos e diabéticos, a visita em domicílio consiste em orientá-los quanto aos cuidados necessários com a medicação, a dieta e os exercícios físicos, anteriormente repassados pelo(a) enfermeiro(a) ou médico(a). É necessário um olhar bastante cuidadoso, pois alguns pacientes, geralmente idosos, têm muita dificuldade em organizar a rotina dos medicamentos, como se pode observar:

[...] o hipertenso e o diabético precisam de uma visita mais acompanhada, mais detalhada, mais diferenciada; [...] porque ele toma o remédio, segue uma dieta, e tem que ter toda uma rotina. (AF3).

De acordo com Ribeiro, Pires e Blank (2004), a ESF tem como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos da realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao controle social. O ACS, normalmente, fica atento a essas questões e, por meio da empatia e paciência, usa do saber para diagnosticar a realidade e identificar a vulnerabilidade à qual o paciente está exposto; com criatividade, planeja e organiza suas ações; propõe soluções contextualizadas à necessidade do paciente; e compartilha e estimula o controle social por meio de uma abordagem multidisciplinar que envolva os membros da família, e não somente o portador do agravo, como observado neste relato:

[...] um hipertenso da área parecia uma bomba relógio; a qualquer momento, ele podia enfartar. [...] No posto, a gente já não sabia mais o que fazer [...] Então, eu fui ver o que acontecia no dia a dia. Na cozinha, a esposa enchia a colher com sal e [...], sem saber ler, ele tomava as medicações todas descontroladas. Aí, eu pesquisei na internet aquelas caixinhas de remédio com cores diferentes. Fiz e fui colocando os desenhos. [...] Expliquei, pra filha, sobre a medicação, e, pra esposa, sobre a alimentação. (AF5)

No HIPERDIA, Grupo de Hipertensos e Diabéticos, do qual também participam os idosos em geral, os ACS e demais profissionais trabalham, de forma contínua, a questão da verificação da glicemia, aferição de P.A., alimentação e exercícios físicos.

Em relação ao cuidado com a puérpera, a primeira visita é realizada pelos(as) enfermeiro(a) e ACS de sua eSF. Ela é um momento essencial, pois é um período em que, muitas vezes, a mãe e, conseqüentemente, a família encontram-se, de alguma forma, vulneráveis pelas mudanças e novas responsabilidades em suas vidas. Nesse momento, a mãe recebe carinho em forma de aconselhamentos e orientações sobre os cuidados consigo e com o bebê, como amamentação, higiene, banho de sol e vacinas. Em relação à BCG, como não é mais aplicada nos hospitais, o ACS precisa reforçar, com os pais ou responsáveis, a necessidade de levarem o bebê à UBS na data correta de aplicação dessa vacina. Dando seguimento, o ACS fica responsável pelo acompanhamento de ambos.

[...] todos achamos muito importante, porque (a visita) é a primeira relação [...] com a criança que acabou de chegar; [...] sem falar, que o atendimento em domicílio é um direito dela e da mãe, [...] resguardado no ‘Estatuto da Criança e do Adolescente’ [...], em que é trabalhada a promoção à saúde do bebê [...], e ‘prestada’ as atenções necessárias pro crescimento saudável da criança e atendimento à mãe.” (AF2)

“A visita [...] é com a enfermeira e o ACS da área. [...] Tem puérpera que tem dificuldade de dar de mamar pro bebê [...] e tem umas que até ‘precisa’ ‘sachar’ a mama [...]. Aí, a mãe aproveita e tira todas as dúvidas.” (AF3)

Na Regional II de Fortaleza, a criança continua a ser acompanhada pelo ACS até os cinco anos completos de vida e, segundo esse profissional, ela é cuidada com a mesma prioridade de uma criança recém-nascida, apesar desta ser mais dependente e precisar, teoricamente, de mais cuidados. Este fato é justificado a seguir:

Se eu visito uma criança recém-nascida, espero que ela esteja bem cuidada e [...] com saúde, porque a mãe tá ali cuidando de [...] um ser frágil. Já a criança de quatro anos, [...] a mãe diz: ‘Já tá criada!’. Mas, tem o perigo das verminoses; [...] de contrair infecções; etc. (AF3)

A mortalidade infantil apresentou uma tendência descendente nos últimos 30 anos no município de Fortaleza, pois passou de 101,5 óbitos por 1.000 nascidos-vivos, em 1981, para 13,54/1.000 em 2017. Observa-se, conseqüentemente, uma diminuição do número de óbitos infantis em todas as Regionais; além de uma estabilização desse indicador nos últimos quatro anos. Pode-se atribuir esse declínio a fatores associados à melhoria das condições de vida; intervenções públicas na saúde (ESF, com participação especial dos ACS); educação; melhorias de infraestrutura e saneamento básico; entre outros aspectos (FORTALEZA, 2017).

Apesar da grande redução da mortalidade infantil, graças a melhoria das condições de vida, e, também, ao trabalho dos ACS e das eSF, os gestores reconhecem que ainda há o desafio de monitorar as crianças na APS. Portanto, em Fortaleza, o “Cresça com seu Filho e Criança Feliz”, um programa intersetorial, do gabinete da ex primeira-dama, Carolina Bezerra, executado, no território, pelos ACS, supervisionados pelos enfermeiros da ESF, tem importante papel no monitoramento do desenvolvimento infantil e das relações afetivas na família, já que acompanha tanto a criança como o(a) cuidador(a). Isso é um benefício para toda a família, como relatado:

[...] no final de 2013, se criou esse programa de visita domiciliar [...]. Foram capacitados 600 ACS, em parceria com a UFC [...]. Os critérios de inclusão das foram definidos: baixo IDH, alta taxa de mortalidade infantil, altos índices de gravidez na adolescência e de sífilis congênita... A partir daí, se elegeram crianças de 0-3 anos [...]. Isso, veio preencher uma lacuna, [...] porque o ACS passou a fazer um trabalho a mais [...]. Na verdade, essa visita, em específico, [...] não estava na agenda dele previamente.” (GF1)

Além das atividades de Educação em Saúde mencionadas anteriormente, os ACS da Regional II de Fortaleza também participam do PSE, no qual, geralmente, atuam como auxiliares no tratamento de verminoses, nos exames de acuidade visual e em algumas palestras. Tem também as Campanhas preconizadas pelo MS, como Campanha de Vacinação, ‘Setembro Amarelo’, ‘Outubro Rosa’, ‘Novembro Azul’, dentre outros; porém sem tirar o foco nas famílias.

Por exemplo: ‘Outubro Rosa’, trabalhamos a saúde da mulher; ‘Novembro Azul’, a do homem; ‘Dezembro Vermelho’, mês de prevenção contra DST e AIDS; aí vem chuva, Dengue; tuberculose... [...] E aí, vamos trabalhando nesse ritmo. [...] Lógico que a gente tem sempre o olhar pra o que tá acontecendo na família, no lar. (AF7)

#### *6.1.1.1.2 Combate às Arboviroses*

O Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2018-2021 (2017) apresentou a Dengue como uma condição endêmica, no município, desde a segunda metade da década de 1980; enquanto que Chikungunya e Zika, como arboviroses emergentes. Segundo esse documento, na série histórica, compreendida entre 2008 e 2017, foram confirmados 187.653 (59,6%) casos de dengue, sendo 1.408 formas graves e 157 óbitos. Neste período, foram quatro anos epidêmicos (2008, 2011, 2012 e 2015), nos quais a incidência foi sempre superior a 1.000 casos/100.000 habitantes. Em linhas gerais, a situação epidemiológica da Dengue na SER II, no tocante ao número de casos confirmados, taxa de incidência e óbito, apresentou o seguinte comportamento: entre 2007 e 2017 foram confirmados 22.693 casos, com destaque para o biênio 2011-2012 quando a taxa de incidência foi superior a 140 casos por 100 mil habitantes. Dos casos confirmados, 24 evoluíram para óbito, com maior letalidade nos anos de 2014 e 2015 com 6 e 5 óbitos, respectivamente.

Ainda de acordo com o Plano Municipal (2017), os primeiros casos da Febre Chikungunya, em residentes de Fortaleza, foram registrados no ano de 2014. Os primeiros casos autóctones foram confirmados somente em dezembro de 2015, mas transmissão em padrão epidêmico ocorreu apenas em 2016. No período de 2014 a 2017, foram confirmados 72.690 casos, sendo 17.759 casos em 2016 e 54.925 no ano de 2017, aumento de 211% em relação a 2016. Destaque para a Regional II, com crescimento de 465%. No tocante ao número de óbitos em 2017, há um aumento em todas Regionais, particularmente nas regionais II, V e VI. A situação epidemiológica da Chikungunya, na SER II, em linhas gerais, foi a seguinte: entre 2016-2017 foram confirmados 7.656 casos de Chikungunya, sendo 84,9% no ano de 2017. Os

meses de maior incidência, neste ano, foram abril e maio. Dos casos confirmados, 27 evoluíram para óbito, sendo 14 em abril de 2017.

Quanto à Zika, o mais provável é que 2015 tenha sido o ano de maior incidência da Zika, regredindo nos anos posteriores. Nesse período, a falta de kits sorológicos para diagnóstico e a dificuldade de diagnóstico diferencial com outras arboviroses, em particular Dengue e Chikungunya, refletem o baixo registro da Zika no sistema de informação disponibilizado pelo Ministério da Saúde. A partir da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, foi definido que a doença aguda pelo vírus Zika seria de notificação compulsória. Assim, foram confirmados 1.329 casos em 2016 (24 por laboratório) e 286 no ano de 2017 (86 por laboratório). Em outubro de 2015, foram registrados os primeiros casos de microcefalia e alterações do sistema nervoso central associado à infecção por Zika. Até a 41ª semana epidemiológica de 2017, foram notificados 209 casos de bebês que atendiam a definição de caso preconizada pelo MS. Desses, 26,3% foram confirmados, 46,8% descartados e 25,8% permaneceram em investigação. (FORTALEZA, 2017).

Conforme o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2018-2021 (2017), essa emergência, no município de Fortaleza, veio ampliar os problemas relacionados ao enfrentamento das doenças transmitidas por arbovírus. A circulação simultânea de mais de um vírus, a possibilidade de epidemias explosivas, a complexidade de diagnóstico diferencial, a necessidade de ajustes nos protocolos de conduta, a maior proporção de casos sintomáticos são desafios constantes para os profissionais de saúde.

No combate às arboviroses, o trabalho desenvolvido pelos ACS no território é de fundamental importância para a redução dos índices de Dengue, Zika e Chikungunya; principalmente, por causa das ações realizadas, junto à comunidade, para a eliminação dos focos do mosquito *Aedes Aegypt*. São ações de atribuição primária dos ACE, mas, na ausência ou carência destes, também executadas pelos ACS, apesar das limitações de várias ordens. Nesse sentido, na Regional II, é desenvolvido o projeto “Quintal limpo”, um mutirão organizado pelas eSF, com o apoio da Coordenação de Combate às Endemias da SER II, no qual os ACS, em suas respectivas áreas, levam sacos de lixo às casas, observam os quintais, e orientam na limpeza e busca por potenciais reservatórios do mosquito. Então, é agendado, com o Setor de Mobilização Social da SMS de Fortaleza, o dia em que o caminhão passará para levar todo o lixo coletado.

Nós realizamos um trabalho focal: entramos na casa das pessoas; visitamos os quintais, banheiros... Fazemos o trabalho ‘masteiro’, ou seja, [...] derramar o copinho, o balde [...] com água parada [...]. Se tinha um tambor cheio d’água com foco, [...] chamávamos o morador e ‘orientava’ os cuidados com a lavagem e a secagem [...].

Assim, [...] trabalhamos duro [...], porque não temos ACE disponível na nossa área. Mas, no [...] limite que a gente tem, nós conseguimos fazer um bom trabalho. (AF6)

Ainda em relação às arboviroses, apesar dos ACS relatarem que grande parte do aprendizado vem com a prática, geralmente, é oferecida alguma formação antes deles irem a campo, para que possam desenvolver seu trabalho com segurança, almejando os resultados esperados. O CTACS é um dos exemplos dessa formação, pois apresentou um módulo com foco no combate às arboviroses.

[...] a gente obtém mais conhecimento onde [...] tem a prática. Mas, a formação no CTACS [...] foi aprofundado. Tivemos que fazer ações e apresentá-las [...]. A gente foi conhecer o tratamento da água de abastecimento [...]. Foram provas sobre Dengue, Zika e Chicungunha. Mas foi muito bom. (AF11)

#### *6.1.1.1.3 Outras participações*

Quando o paciente necessita de um tratamento especializado, o profissional da saúde faz o encaminhamento via Sistema de Regulação. Ao ser agendada a consulta, inicialmente, os ACS tentam contactá-lo via telefone. Se não houver sucesso, eles vão até à casa entregar, para que a pessoa não perca a consulta, mesmo que seja numa área diferente da sua, e esteja descoberta, por licença ou férias da ACS, por exemplo.

[...] não adianta deixar o pessoal desassistido e dizer: ‘Não! Vou fazer só na minha área’. [...] A prioridade é o paciente. Se ele ‘tá’ precisando do exame, por que não vou entregar? Por que não é da minha área?! Nós estamos trabalhando na promoção da saúde do povo [...]. (AF3)

Na área descoberta, [...] a gente se reúne pra fazer o mutirão; [...] porque, muitas vezes, ela fica desassistida. [...] Se tem exames pra entregar, quem tiver mais perto vai e entrega [...] pra aquela pessoa não perder [...]. (AF12)

O PBF é direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade. Ele busca garantir a essas famílias o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde. Fortaleza encontrava-se com 152.802 famílias beneficiárias em 2010, tendo seu maior número em 2012 com 175. 227, e caindo para 161.780, em 2014. As possibilidades de explicação seriam a aplicação mais rigorosa dos critérios de inclusão no Programa ou melhoria no mercado de trabalho com aumento da renda das famílias no período. Porém, a crise político-econômica que atingiu o

Brasil a partir de 2014, e que vinha repercutindo com aumento do desemprego, além da estiagem que já durava cinco anos no Ceará, apontavam para a necessidade de manutenção, e, mesmo, de ampliação desta estratégia de combate à miséria nos anos seguintes (FIOCRUZ, 2017).

Na Regional II de Fortaleza, o acompanhamento do PBF, que, geralmente, acontece de forma quinzenal, dentro da UBS, é realizado, com frequência pelo(a) enfermeiro(a) e os ACS de cada eSF. Eles analisam os critérios de beneficiamento das famílias, como vacinação infantil atualizada; acompanhamento pré-natal atualizado; criança matriculada e frequentando a escola; mulheres em idade fértil, dentre outros.

#### ***6.1.1.2 O Sentido do trabalho do Agente Comunitário de Saúde***

Os enfrentamentos experienciados nos domicílios e no território, por meio de suas atribuições, vão dando sentido ao trabalho e à vida dos ACS, e, em consequência, moldando e personalizando suas práticas.

Em Fortaleza, o ACS é reconhecido, pela gestão municipal, como integrante da ESF, como observado nesta fala:

[...] Eles continuam fazendo a visita domiciliar; cadastrando as famílias; e se envolvendo nos grupos que se formam a nível de Unidade; ou seja, [...] Ele está inserido na ESF. (GF2)

No entanto, em relação ao sentido que o gestor dá ao seu trabalho, aparentemente, há divergências, dependendo da distância quanto à sua realidade. Enquanto um, mais distante, considera que o ACS está se qualificando e agregando valor ao seu processo de trabalho; outro, mais próximo, acredita que ao longo do tempo, o ACS se perdeu da sua prática, ou seja, não se identifica mais com o que faz. E isto é preocupante.

O ACS é um profissional que está ficando com uma nova habilidade; que tá agregando valor ao seu trabalho e à sua função. E isso tem sido muito interessante. (GF1)

Porém, [...] ele não se enxerga, muitas vezes, como aquele ACS que tem que fazer a visita, acompanhando as famílias vulneráveis. Talvez, isso aconteça a partir do momento em que ele tem o nível superior [...] e ache essa prática muito pequena para o seu perfil [...]; e se questione: ‘Será que meu perfil [...] tá alinhado, realmente, com o que eu faço, o que eu sou e a minha identificação?’ (GF2)

Desde as primeiras experiências locais com ACS em fins dos anos 1970, apoiadas por iniciativas ligadas às pastorais da Igreja Católica, passando pela inclusão desse trabalhador em ações programáticas de governos estaduais e municipais, até chegar ao atual processo de mobilização pela profissionalização, o perfil sociodemográfico do ACS vem apresentando mudanças. No imaginário do ACS, sua escolarização pode representar uma saída, uma possibilidade de mudança. Nesse sentido, se pode perceber o caminho atualmente trilhado pelos ACS: um movimento transformador, de (re)construção, (re)inclusão e, sobretudo, de esperança. (MOTA & DAVID, 2010).

Realmente, tem havido grande mudança no perfil profissional do ACS, que, nos últimos anos, está diferenciado, também por influência do processo de informatização de seu trabalho, mas, principalmente, pelo empoderamento e busca de melhores condições de vida e de trabalho, apesar de não ser garantia para essas melhorias, como na seguinte fala:

Muitos ACS têm o perfil diferenciado. Antigamente, [...] o ACS, muitas vezes, não tinha o nível fundamental. Hoje, nós temos, talvez, na Regional II, em torno de mais de 50%, [...] que deva ter algum curso superior. Então, o perfil já é outro. (GF2)

Em um estudo sobre a escolarização do ACS, Mota e David (2010) verificaram que tem havido uma ampliação em todas as faixas de escolaridade e parece haver um desejo de continuar na área da saúde, que ainda é uma área de boa empregabilidade. Para além do ensino médio completo, os ACS têm buscado, frequentemente, um maior grau de qualificação. Os cursos de nível técnico que eles estão realizando são: técnico em administração, técnico em edificações, técnico em enfermagem, técnico em estética, técnico em informática, técnico em mecânica industrial, técnico em radiologia e técnico em segurança do trabalho. Dentre as opções de curso de nível superior realizado atualmente pelos ACS estão: administração de empresas, arquitetura, biotecnologia, ciências contábeis, direito, educação física, enfermagem, geografia, gestão ambiental, letras, logística, matemática, nutrição, pedagogia, petróleo e gás, psicologia, publicidade, serviço social, tecnologia em processamento de dados, turismo e veterinária (MOTA & DAVID, 2010). No entanto, as dificuldades de inserção no mercado formal de trabalho podem, em muito, contribuir para a permanência do ACS nessa função.

Essa realidade gera reflexões e questionamentos acerca dos motivos que levam o ACS a procurar novas alternativas de crescimento profissional, tais como: a profissão de ACS seria uma alternativa temporária e oportuna ao desemprego, problema vigente em todo o país? Ao mesmo tempo, o que, no processo de trabalho como ACS, o motiva a buscar o seu crescimento profissional e pessoal?

Assim, à semelhança de outros estudos (JARDIM & LANCMAN, 2009; SANTOS *et al.*, 2011; SANTOS & FARIAS FILHO, 2016; MOROSINI & FONSECA, 2018), serviram como motivação para ser ACS: falta de opção; momento de vida (crise no casamento, desemprego, necessidade de estar mais perto dos filhos); insatisfação com o emprego anterior; perspectiva do trabalho de ACS como algo temporário; empatia, interesse pela área da saúde vontade de ajudar as pessoas.

Matos e David (2010) afirmam que, se a profissão de ACS for considerada como uma ‘passagem’, pode não garantir a concretização efetiva de um vínculo com as famílias e a comunidade, já que a formação desse vínculo representa a certeza de que o ACS terá acesso à população e, portanto, poderá desenvolver as suas atribuições.

Em relação à percepção dos demais membros da eSF sobre o sentido do trabalho do ACS, os médicos de ambas as UBS, da Regional II, também declararam reconhecer esse profissional como membro da equipe, e seu trabalho, quando realizado de forma responsável e coerente, fundamental para o sucesso do processo de trabalho da ESF, pois o consideram como ponte que liga a UBS à comunidade, como se pode observar nas seguintes falas:

É claro que os ACS são fundamentais [...]; o trabalho deles é absolutamente primordial [...] Sem eles, não tem como a gente ter vínculo com o paciente. (MF1)

O ACS é [...] nosso termômetro diário das queixas, da insatisfação e da satisfação, ou da necessidade de um maior aporte em alguma atividade. Então, é fundamental [...] a sua presença [...] no contexto de otimização da ESF. (MF2)

De fato, a relação entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde ofertados pela APS é um tema importante no âmbito do SUS e adquire uma linguagem especial na PNAB, o vínculo, que “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012). Portanto, ele deve existir como condição para o funcionamento do serviço. Comumente, o termo ‘vínculo’ é confundido ou reduzido a um simples contato entre profissionais da saúde e os usuários dos serviços da APS, qualquer que seja, por meio de consultas, grupos, visitas domiciliares, momento em que acontece algum encontro. Contudo, vínculo é sinônimo de confiança e se apresenta como condição para a autonomia, a longitudinalidade e a responsabilização do cuidado, com ética, compromisso respeito. A pesquisa de Pinto *et. al* (2015 *apud* MOROSINI & FONSECA, 2018) reitera a centralidade da visita domiciliar, ou seja, a atividade mais valorizada do ACS, pois, além de ser

realizada diariamente, é também identificada como o principal meio pelo qual eles desenvolvem vínculos e conhecem as condições de vida e saúde dos moradores.

No entanto, um dos médicos da eSF teve a percepção de que, apesar de bastante capacitado para desenvolver suas atribuições no território, o ACS, de modo geral, desconhece o processo de trabalho da equipe dentro da UBS, chegando até a desrespeitá-lo em alguns casos, como observado neste relato:

[...] com relação ao trabalho no posto de saúde, os ACS ficam totalmente desorientados. Por exemplo, ele traz uma família e quer que seja atendida logo, porque trabalha na UBS; ou questiona: ‘Por que meu exame não sai? Por que meu encaminhamento não sai? Qual o horário do médico? Por que o enfermeiro não tá aqui o dia inteiro?’. Quer dizer, desconhecem as atividades práticas do dia a dia. (MF1)

Esses fatos sugerem uma baixa interação entre os ACS e demais membros da eSF, talvez, porque, na conjuntura atual, com a priorização ao atendimento à demanda espontânea em detrimento aos Programas da ESF, os momentos de encontro para troca de vivências e experiências, e compartilhamento de demandas pessoais e do território, são cada vez mais escassos. Esses encontros são importantes para o conhecimento do funcionamento de cada setor da UBS, como, também, para melhorar a comunicação entre os profissionais. Houve relatos de que vivenciam situações constrangedoras junto à comunidade em consequência a falhas no processo de atenção que ocorrem dentro da UAPS. Como se apropriar do processo de trabalho da UBS em um contexto em que há uma lacuna no acesso do ACS ao seu cotidiano? Segundo Santos e Farias Filho (2016), isso limita a ampliação do capital social, a troca de saberes e o efeito multiplicador referente à capacidade dos ACS de transmitir informações para a comunidade, comprometendo, em última análise, a efetividade da ESF (SANTOS & FARIAS FILHO, 2016).

O(A)s enfermeiros(as) também reconhecem a participação ativa e colaborativa dos ACS em outras ações, como as de Educação em Saúde e as Campanhas de Vacinação no território.

“[...] quando há atividade de Educação em Saúde, os ACS sempre estão conosco. [...] Por exemplo, ao iniciar o grupo de gestantes, [...] cada um contribuiu com sugestões [...]. A gente dividia as funções, [...] e eles tinham de elaborar e executar uma atividade específica. [...] Também, quando programamos uma [...] vacinação extramuro, sempre fazemos juntos [...]” (EF1)

“O que eu faço mais é organizar atividades educativas com os ACS [...] Inclusive, parte das atividades educativas, eu já delego pra eles.” (EF2)

### 6.1.1.2.1 Perspectivas do Processo de Trabalho segundo os trabalhadores ACS

Em Fortaleza, a maioria dos ACS reside, desde a infância, na comunidade onde trabalha, como apresentado a seguir:

[...] moro na comunidade desde os meus sete anos de idade; e trabalho nela há nove anos [...]. Quando chego numa residência, sempre pergunto se as pessoas estão com tempo [...] É uma forma [...] de lidar com elas, [...] mesmo conhecendo há muitos anos [...]. (AF2)

Por haver essa proximidade, é apontada a importância de reconhecer e, ao mesmo tempo, distinguir seu papel como membro da comunidade e como profissional da saúde, como relatado:

[...] a gente sempre deve ter o cuidado de não negociar ou misturar os sentimentos [...], o lado emocional com o [...] profissional; porque somos vizinhos e também profissionais da área da saúde. [...] independente do sentimento que eu tenho pela pessoa [...]. (AF4)

[...] as pessoas colocam a confiança delas na gente, porque já se criou um vínculo com as famílias [...]. (AF7)

Os ACS valorizam a ESF como uma estratégia que beneficia as comunidades carentes em diversos aspectos, por seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. Conseqüentemente, como partes integrantes e atuantes, percebem a importância de seu trabalho para fortalecer suas estruturas, tantas vezes abaladas por desvios de finalidade.

A ESF funciona, se colocada em prática realmente como deve ser; [...] ou seja, saúde na rua, batalhando humanização e buscando um trabalho preventivo. [...] Mas o que tem sido feito aqui não funciona: o pronto atendimento. [...] É só olhar os dados [...]. Agrava tudo! (AF12)

Às vezes, os ACS são usados [...] pra ‘tapar buraco’ [...] de outro funcionário. [...] Então, na Unidade, eu fico no horário em que a colega ficava, [...] porque não tem funcionário pra ajudar [...]. (AF10)

Assim, eles reconhecem a importância de realizar seu trabalho com amor, dedicação e respeito às singularidades de cada família e indivíduos, independente do sentimento que nutrem, sabendo que a comunidade necessita ser assistida, já que, talvez, eles sejam o único elo que a liga aos demais profissionais da saúde.

O ACS é o elo que liga a comunidade à UBS, porque é ele que leva a informação; [...] que leva a saúde à pessoa. [...] De manhã, de tarde ou de noite, 'tando' em casa, o pessoal vai te procurar. Então, sempre quando alguém precisa, a gente ajuda, independente de área. (AF5)

[...] tudo começa por nós, passa por nós e termina em nós [...]. A gente é a unidade e a rede de apoio da comunidade. [...] Há o respeito por todo tipo de crença. E, quando as pessoas notam que tão sendo respeitadas, e não afrontadas, elas também respeitam de volta [...] (AF12)

Muitas vezes, eles vão além das suas atribuições, apresentadas nas normatizações que as legislam, por amor ao trabalho, por cuidado com a comunidade, da qual também são membros, e por compreenderem que certas iniciativas individuais e coletivas podem transformar vidas, sem que precisem esperar por ações governamentais ou de outra autoridade.

Nós somos uma equipe muito dinâmica [...]. Nosso grupo trabalha na articulação, e desenvolve o evento; decora, executa, cozinha... Tira até do bolso pra bancar [...]. Às vezes, 'é' três 'hora' da manhã e eu tô produzindo máscara pras crianças. (AF10)

Quanto ao trabalho com os demais profissionais da ESF, os ACS de Fortaleza afirmam que, primeiramente, compartilham as demandas da comunidade com o(a) enfermeiro(a) e, só em seguida, com o(a) médico(a) da equipe. Em relação ao dentista, eles consideram que são raros os momentos em que eles interagem entre si.

O nosso vínculo maior é com o enfermeiro [...]. Primeiro, a gente passa as demandas pra ele [...], que verifica quais são as prioritárias [...] e a necessidade ou não de procurar o médico [...]. Aí, dá-se continuidade, dependendo do que o médico achar que deve fazer. (AF7)

Já vou fazer dez anos aqui [...] e, desde então, [...] não vejo interação entre o dentista e a equipe ou ACS [...]. Sempre que 'acontece' reuniões, é um ponto que se bate [...], pois a gente necessita de informação da Saúde Bucal. [...] E não é falta de interesse em saber e passar a informação pra comunidade; é falta mesmo de comunicação entre as duas categorias. (AF8)

O NASF da Regional II do município de Fortaleza é composto pelos profissionais que estão cursando a Residência Multiprofissional da ESP-CE. Quando da necessidade de encaminhar algum paciente aos seus cuidados, seja ele um acamado ou num pós-operatório, o ACS se reporta, primeiramente, ao(à) médico(a) ou enfermeiro(a) da equipe, de acordo com a necessidade. Segundo os ACS, esses profissionais realizam um trabalho importante para a comunidade e os acompanham em visitas domiciliares sempre que se faz necessário. Esses momentos proporcionam espaços de Educação Permanente em Saúde. Por meio do estudo de

caso real, não só possibilita ajudar a resolver o problema como constituir um espaço de aprendizado.

[...] os profissionais do NASF são pessoas de boa vontade; [...] com inteligência intelectual, e também [...] na ‘área moral’ e espiritual; porque sempre procuram ver os casos [...] com um olhar muito humano. Isso é um apoio que não tem palavras. (AF4)

O educador físico trabalha com o hipertenso e o diabético. Ele verifica a P.A., [...] no próprio aparelho [...]; a alimentação; e dá palestras. [...] Tem os ‘aparato’ e quando chega faz os exercícios com a comunidade e nós [...] juntos. Então, isso motiva a gente [...]. É muito bom. (AF11)

### ***6.1.1.3 Desafios e Resignificações nas práticas do Agente Comunitário de Saúde***

Um ponto polêmico no processo de trabalho do ACS em Fortaleza, é a necessidade de alimentar o sistema de informação com dados que resultam da coleta domiciliar durante as visitas às famílias. A permanência desses profissionais no interior da UBS desvia o foco das atividades e ações de prevenção e promoção à saúde, provocando, também, o afastamento dos problemas comunitários, o que resulta na descaracterização de seu trabalho. Assim, o ACS acaba, muitas vezes, por passar mais tempo dentro da Unidade, e, conseqüentemente, se afastar da sua prática, do que lhe compete realmente, como apresentado:

[...] Quando chegar na Unidade, eles têm que estar inserindo isso, informando as visitas, colocando a sua produção, tendo a discussão de equipe [...] (GF2)

Morosini e Fonseca (2018) alertam que legitimar e promover a atuação dos ACS no interior da UBS é uma ação com efeito de dupla face, ao passo que promove o reconhecimento deste profissional como parte da eSF, criando condições para sua integração no trabalho multidisciplinar; na prática, induz à redução do tempo dedicado à visita domiciliar e às atividades de educação em saúde no território, e potencializa uma modalidade de atuação na qual o ACS figura como um auxiliar genérico dos serviços de saúde e das atividades dos profissionais de nível superior. Abre-se assim um terreno propício para desvio de função. Dois acréscimos na PNAB 2011, chamam atenção: a realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; e o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e de qualquer programa de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades. Em conjunto, tais acréscimos denotam a compreensão do ACS como um trabalhador polivalente e

flexível, ao qual se pode transferir tarefas e atividades de menor complexidade pertinentes ao serviço, sem se levar em conta a intensificação do seu trabalho e o redirecionamento incessante de suas funções.

No município, é adotado o *Fastmedic* (Prontuário Eletrônico), Sistema de Gestão da Saúde Pública. Os profissionais da eSF, de nível superior, utilizam a Ficha de Atendimento Individual ou Ficha eSUS, com exceção dos dentistas que apresentam uma ficha própria. Já a maioria dos ACS, apesar da tecnologia, ainda usam as fichas A e B, preenchidas, respectivamente, no cadastramento e no acompanhamento das famílias, com informações que devem ser repassadas ao *Fastmedic*. Essa atividade é realizada na própria UBS e, como, geralmente, há apenas um computador disponível, todos os ACS vinculados à determinada Unidade se organizam em forma de rodízio, normalmente, para otimizar a utilização dessa ferramenta, como exposto a seguir:

Toda semana, uma equipe tem o dia de colocar a sua produção no sistema e ali fica registrado [...]. Uma vez por mês, a gente se reúne com a enfermeira que é pra fazer o consolidado, ou seja, tudo o que a gente fez no mês, a gente passa pra ela. (AF3)

Enfim, a grande quantidade de atribuições dos ACS pode refletir na impossibilidade de cumprirem com êxito suas atividades, comprometendo o alcance e a resolutividade das demandas da comunidade, como se pode observar:

[...] já faz muitos meses que eu não consigo trabalhar, dentro do meu livre arbítrio, temas de educação, devido à demanda [...]. (AF4)

Somos muito cobradas pela produtividade; quantidade e não qualidade do trabalho. [...] o interesse é a produção anotada no papel. [...] Aí, como é que a gente faz as coisas desse jeito? (AF9)

Por falar em atribuições, a questão da PNAB 2017 é ainda controversa para essa categoria profissional. Alguns ACS ainda mostraram desconhecimento do que é a PNAB e o que ela representa. Consequentemente, um desconhecimento, por completo, da nova reformulação e, desta forma, das mudanças que possa trazer para seu processo de trabalho e, até mais grave, sua permanência como membro da eSF, como observado a seguir:

Antes de começar, eu queria que você explicasse [...] o que é PNAB na realidade. [...] são várias informações que a gente escuta [...], mas a gente não sabe ao certo o que é realmente, o que é atribuído a nós, [...] tanto no conhecimento do trabalho como na nossa vida [...]; e tá uma grande confusão, porque se comenta de um lado e do outro;

mas ficam aquelas informações desencontradas [...]. Às vezes, a gente ouve muitas coisas ruins [...]. (AF4)

[...] ainda não [...] teve nenhum momento, em equipe, pra pegar as quarenta e duas páginas da PNAB e ler (AF1)

Porém, outros demonstraram conhecimento da nova Portaria (nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), como também das ameaças que ela apresenta e representa. Assim, mostraram-se indignados e preocupados com o futuro dos ACS e da ESF, como se pode constatar:

Essa nova temática [...] acabou de destruir o restinho da ESF que a gente ainda tinha. [...] Aí que o ACS é desvalorizado. [...] Não vamos mais andar ‘porta a porta’. Vamos, com o kitezinho de sobrevivência, ou seja, o aparelho da pressão, o glicosímetro..., fazer os atendimentos em casa. E as prioridades? [...] a vacina das crianças? O soro? [...] Aí, aos poucos, vai acabando tudo; e a gente, só com o glicosímetro e o aparelho de pressão na mão. (AF8)

Entre as fragilidades no cotidiano do ACS, está a hierarquia presente nas categorias profissionais. Ao mesmo tempo que são fundamentais ao processo de trabalho da ESF, os ACS observam, em várias situações, uma desvalorização e/ou falta de interesse por parte de algumas pessoas da Gestão e profissionais da saúde; até mesmo da comunidade. Isso pode gerar frustrações e desmotivações para o desenvolvimento de suas atribuições, como nos seguintes relatos:

Apesar da nossa demanda, às vezes, dizem: ‘O ACS não faz nada’. [...] no dia a dia mesmo, a gente é desvalorizado na UBS; [...] em simples coisas [...]. Na prática, a gente não vê essa valorização que é tão falada. Então, [...] muitas vezes, ficamos desmotivados. (AF10)

[...] saímos de porta em porta convidando as pessoas da comunidade a participar da palestra sobre o cuidado e o perigo que o lixo tava oferecendo [...]. Elas nem foram! [...] E foi uma coisa tão bonita; tinha até um homem tocando violão [...]. Ia ser [...] no meio da rua; pra piorar, quando ‘tava’ esperando o povo, [...] veio um e jogou mais lixo. (AF5)

Em relação à Gestão Municipal, os ACS sugerem que voltem a atenção a eles, buscando estimular seu entusiasmo por meio de melhores condições de trabalho, remuneração e incentivos financeiros. As condições de trabalho incluem fardamento, EPIs, filtro solar, balança, fita métrica, prancheta, caneta, crachá de identificação, etc. Por exemplo, há muito tempo estão sem balança, para pesar as crianças durante a visita domiciliar, e sem crachá de

identificação. Diante do contexto de violência vivenciado pelos ACS, o crachá é um instrumento de trabalho que oferece certo grau de segurança a esses profissionais, ao abordarem novas famílias ou serem abordados por policiais no território, mesmo que sejam conhecidos no espaço comunitário, como pode-se observar nestas falas:

[...] as crianças têm que ser pesadas e a gente não tem uma balança pra poder pesar; [...] e pra gente poder ver o IMC. (AF6)

[...] um crachá pode não significar muito [...], mas, pra nós, que ‘tá’ dentro de uma área violenta, significa; e até pro policial [...]. Tão dando revista nas mulheres da minha área por causa do tráfico e facção, e eu posso ser pega a qualquer hora. (AF7)

Relacionamentos interpessoais conflitantes com membros da equipe parecem desconstruir o trabalho dos ACS junto às famílias sob sua responsabilidade. Algumas situações vividas remetem a ruídos que resultam na descrença do serviço de saúde, tanto pelas famílias como pelos próprios ACS. Como consequência, a desarticulação do trabalho entre os membros de uma equipe compromete a proposta da ESF, no que se refere ao atendimento às necessidades do usuário e às do trabalhador.

É notório que, ao longo do tempo, a demanda do território se diferenciou, apesar de muitos problemas serem parecidos por questão da vulnerabilidade social. Mas, hoje, um grande desafio vivenciado pela ESF de Fortaleza é a questão da violência no território, que é um forte obstáculo ao seu processo de trabalho, e, principalmente, ao do ACS, que tem o território como campo de atuação.

[...] hoje, a violência é forte no território. [...] Isso realmente é um grande obstáculo [...] e atrapalha muito a prática. [...] Porém, [...] mesmo assim, os ACS ainda conseguem acessar alguns territórios. [...] Eles são vistos, de qualquer forma, como alguém que agrega e faz o melhor pra essas comunidades [...]. (GF2)

A Violência é definida como “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional, que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial (OMS, 2002 *apud* Dahlberg e Krug, 2007).

Em Fortaleza, a mortalidade por causas violentas vem apresentando tendência crescente. No período de 2007 a 2017, a proporção média foi de 14,1% de óbitos por estas causas em relação aos óbitos totais; com elevação no período 2012-2014 e expressiva queda em 2016 (9,8%), voltando a subir, de forma significativa no ano de 2017 (14%). A mortalidade proporcional por violências, segundo Regional, apresenta valores situados entre 5 e 28 % dos óbitos totais, no período de 2010 a 2016. A Regional II apresenta as menores proporções, entre 5 e 10%. Os riscos mais elevados ocorrem nas populações mais pobres de recursos e profissionais capacitados. Sendo assim, faz-se necessário uma melhor efetividade nos programas e abordagens direcionadas às regiões de desigualdades, tendo que ser adaptados às necessidades e ao contexto local (FIOCRUZ, 2017).

A violência gera insegurança e medo, tanto entre os profissionais como, principalmente, os moradores da comunidade, acarretando graves problemas de saúde de ordem psicológica e psicossomática. A isso se acrescenta o fato da violência provocar uma limitação da liberdade de acesso de ambas as partes, ou seja, da comunidade aos profissionais e vice-versa, agravando ainda mais a situação de saúde. Algumas vezes, para que o ACS possa adentrar uma área de alta periculosidade, ele precisa, em primeiro lugar, comunicar o dia, a hora, o trabalho e o local onde este ser realizado, para que seja liberado seu acesso.

[...] Sou hipertensa e entro no beco com uma sensação de medo e morte; todo mundo usando crack. [...]. Além disso, sempre vou nas mesmas casas e não tenho mais prioridade de nada. (AF8)

Semana passada, ligaram pro posto ameaçando fechar, senão iam ser invadidos posto e escola. [...] Porque os traficantes queriam ‘trabalhar’ [...]; eles iam cometer algum homicídio e não queriam o posto aberto por algum motivo que ninguém entendeu. (AF10)

A drogadição é uma infeliz realidade e um enorme desafio ao processo de trabalho, pois os ACS relatam dificuldade no acompanhamento de famílias cujo(s) membro(s) é(são) usuário(s) de alguma droga, seja ela lícita ou ilícita. Ele(s), geralmente, se encontra(m) em situação de alta vulnerabilidade social e de saúde. No caso de famílias com crianças, por exemplo, os cuidados necessários na infância, como alimentação, higiene e vacinação, ficam comprometidos. Estas situações exigem um grande esforço do ACS para cumprir os objetivos de seu trabalho.

Desta forma, no território, os ACS procuram desenvolver um tema em educação de acordo com a necessidade e a realidade que a comunidade vivencia; sempre respeitando a

cultura e a linguagem adotadas para que esse tema seja bem acolhido e compreendido, como se pode observar neste exemplo:

[...] teve um período que, na área, ‘tava’ tendo muito óbito [...] por conta da violência das brigas de gangue. [...] Muitas pessoas estavam indo doar sangue; não sabiam os requisitos e ‘voltava’. Aí, decidi trabalhar essa questão. Fui na ESP-CE pegar os panfletos e informações [...]. Noutro período, também por conta dos óbitos por violência, foi necessário trabalhar a ‘doação de órgãos’. No Hospital Geral, peguei as informações do que era necessário e trabalhei na área.” (AF4)

Para tanto, os ACS contam com a colaboração das Redes de Apoio, como lideranças comunitárias, Conselho Local de Saúde e equipamentos sociais, que funcionam como instrumentos, e também espaços, divulgadores de informações, serviços e projetos desenvolvidos pela ESF. Com elas, os ACS atuam como articuladores dos serviços ofertados por diversas políticas públicas no território, como se pode observar nas seguintes falas:

O NAPAZ (Núcleo de Ação pela Paz) [...] faz parte do Programa ‘Ceará Pacífico’ e tem a participação da polícia e de outros órgãos [...]. Eles trazem cursos que levamos pra comunidade. [...] Nós falamos também com os comerciantes pra ‘poder’ informar alguma coisa [...], porque eles conhecem muito bem a área e podem dar um apoio pra gente [...]. Essa é a nossa participação com as redes de apoio. (AF5)

Existe um Conselho Local de Saúde aqui. Inclusive, a presidente é uma ACS. (AF11)

A Fase II do CTACS abordou sobre as Redes de Apoio. Nela, os ACS realizaram, inicialmente, o mapeamento dos bairros e incluíram, como equipamentos sociais, as empresas, escolas, igrejas, associações, etc. Então, foram confeccionados ofícios, entregues a cada um, convidando para um espaço de diálogo e apresentação do projeto de interlocução ESF-Rede de Apoio, como relatado na seguinte experiência da UBS Célio Brasil Girão, Regional II:

[...] preparamos um ambiente no Centro Vocacional Técnico Portuário [...] e fizemos um *coffee break*. [...] Foram pastores, bombeiros e os responsáveis pelo CVT e pelas Escolinhas de surf e de futebol [...]. Daí, foi que realmente ‘abriu’ as portas da Rede de Apoio [...]. Elas eram mais isoladas porque achavam que não ‘caberia’ na Unidade. E hoje, não só a gente [...] como elas também sabem que cabem sim [...] e que a gente necessita. (AF11)

Na Regional II de Fortaleza, as reuniões de equipe parecem não acontecer de forma sistemática devido a problemas na organização do processo de trabalho. Os ACS relatam que, na gestão anterior, havia, com frequência, as ‘rodas de conversa’, nas quais participavam todas as eSF e a gerente da UBS, que era ‘fechada’ para atendimento, como exposto a seguir:

Antes nós tínhamos uma ‘roda de conversa’, [...] com todas as equipes, mais a coordenação; e colocávamos em pauta aquilo que tava precisando nos trabalhos, nas equipes, etc. Inclusive, se fechava o posto. É por isso que hoje não existe mais [...], porque o prefeito não quer que o posto feche [...]. (AF6)

Desta forma, eles confessam que, com a mudança de gestão, as reuniões de equipe, que deveriam acontecer semanalmente, são quinzenais; apesar de nem sempre funcionar assim devido à grande demanda do território que dificulta a ocorrência desses encontros. Porém, quando acontecem, eles aproveitam para compartilhar as atividades realizadas, as dúvidas, os problemas e as demandas do território, na tentativa de buscar soluções junto com a eSF.

[...] Quando o enfermeiro faz reunião com a gente, é ‘nas carreira’, porque ele tem que voltar pro atendimento. Então, isso tem estressado muito todos nós [...]. (AF8)

Apesar de não existir a ‘roda de gestão’, por causa da demanda, os problemas são resolvidos de alguma forma. O que tá faltando mesmo é a reunião da equipe. (AF2)

Além disso, como na capital, as eSF, geralmente, têm muitos ACS, em média 10, é difícil conseguir reunir todos e assim marcar um momento com a equipe. Então, existe uma abertura para o ACS trazer suas demandas durante os turnos de ‘Acolhimento’, procurando suprir alguma dificuldade maior que a pessoa ou família esteja passando.

Apesar das adversidades vivenciadas, na maioria dos casos, os ACS apresentam elevada resiliência, ou seja, são capazes de superar desafios e transformar uma experiência desafiadora em um grande aprendizado, fazendo com que o obstáculo se torne uma força impulsionadora para continuar sua missão, buscando táticas para chegar às pessoas que necessitam de cuidados, como observado neste dizer:

Mas a gente é água [...] e vai ficar lá até amolecer a pedra. (AF5)

Então, o grande desafio da ESF é manter ou resgatar o encanto profissional por meio da compreensão de suas práticas, ou seja, como se dá seu processo de trabalho e em que se pode melhorar. A Educação Permanente em Saúde resulta das necessidades que se apresentam no trabalho, na comunidade e no território, e no compartilhamento de saberes entre os membros da eSF em reuniões e rodas de conversa.

Nesse sentido, os ACS percebem que, para desenvolver e oferecer à comunidade um trabalho diferenciado, eles necessitam de formação e capacitação contínuas, pois as

mudanças na saúde acontecem com frequência e faz-se imprescindível a atualização de seus conhecimentos.

[...] se o ACS leva [...] a orientação à comunidade, ele tem que tá bastante orientado e capacitado. E ele [...] tem capacidade. Porém, ele tem que ter a capacitação. (AF5)

Fortaleza foi pioneira na Educação Permanente voltada para os ACS. Os da SER II concluíram, em 2017, as etapas formativas do CTACS, oferecido pela ESP – CE, e consideram, na sua maioria, que ele permitiu um aprimoramento do seu processo de trabalho. O Curso associou o conhecimento teórico à prática, cuja metodologia pareceu ter mexido com os sentimentos e fortalecido as ações e os laços com as redes de apoio da comunidade, resgatando vínculos.

[...] o CTACS foi de fundamental importância, porque ele fez um resgate do ‘ser humano’ por meio de uma estratégia que [...] mexeu muito. Teve choro e sofrimento [...]; mas quando passou, a gente se tornou muito mais humana do que antes. (AF9)

## **6.2 Aspectos gerais do processo de trabalho da ESF no município de Tauá**

Historicamente, a APS tem sido uma preocupação dos gestores estaduais, uma vez que é de responsabilidade dos Estados fortalecer esse nível de atenção, assessorando os municípios na organização e na educação permanente de suas equipes, além de definir fontes de financiamento adequado, bem como monitorar e avaliar sua execução e os indicadores relacionados. Nesse sentido, o CONASS desenvolve, desde 2007, a PAPS, uma proposta que vai além de uma simples capacitação, pois propicia o desenvolvimento da APS no território, por meio de mudanças efetivas na atitude e nos processos de trabalho dos profissionais, que compõem as equipes assistenciais e de gestão. Por meio de um Laboratório de Inovação, que se iniciou em 2014, realizado pelo CONASS no município de Tauá, em parceria com a SESA, a SMS de Tauá, a ESP-CE e a FIOCRUZ-CE, a PAPS demonstrou ser capaz de transformar a APS, tornando-a resolutiva e de qualidade (CONASS, 2016).

Considerando que o *locus* de atuação da APS é municipal, é imprescindível a participação efetiva do CONASS e do CONASEMS para a efetivação da PAPS. O CONASS (2016) propõe a realização de 11 oficinas de trabalho presenciais, com carga horária de 16 horas cada, com períodos de dispersão de, aproximadamente, 60 dias em média. Cada Estado poderá

redefinir os períodos de dispersão e números de oficinas que deseja realizar, de acordo com as suas peculiaridades. Desta forma, as oficinas propostas pelo CONASS abordam os seguintes temas:

- Oficina I – As RAS;
- Oficina II – A APS;
- Oficina III – Territorialização;
- Oficina IV – Vigilância em Saúde;
- Oficina V – Organização dos Processos de Trabalho em Saúde;
- Oficina VI - Organização da Atenção à Saúde na UBS;
- Oficina VII - Abordagem Familiar e o Prontuário Familiar;
- Oficina VIII - Organização da Assistência Farmacêutica;
- Oficina IX – Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde;
- Oficina X - Sistemas de Apoio Diagnóstico, Sistemas Logísticos e Monitoramento.

O ‘Qualifica APSUS’, uma expansão da PAPS, está vinculado à Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde da SESA, cuja missão é fortalecer as Políticas de Saúde no âmbito das RAS. A sua consolidação depende de uma APS que cumpra seu papel de responsabilização, coordenação e resolução dos problemas de saúde da população, garantindo, sobretudo, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado em saúde. A estratégia adotada consiste no estabelecimento de padrões de qualidade comuns para a APS por meio da certificação das equipes. Conta também com a padronização do instrumento para a avaliação da qualidade na APS que atribui os Selos de Qualidade, Bronze, Prata e Ouro às equipes de saúde que alcançam os padrões de qualidade esperados. Para receber os Selos, as UBS deverão cumprir um conjunto de ações, mantendo o compromisso de investir na melhoria contínua da qualidade dos serviços e práticas de saúde, assim como no fortalecimento dos sistemas de monitoramento e avaliação, instrumentos essenciais na gestão (SESA).

Como Tauá teve o privilégio de inserir, na política municipal da APS, a PAPS e, em seguida, o Qualifica APSUS, todos profissionais, desde o porteiro até o gerente da UBS, passaram a compreender que fazem parte e gerenciam os processos de trabalho desse nível de atenção à saúde, como observado no relato a seguir:

Quanto à Planificação, Tauá foi um dos projetos-piloto do Ceará; e o Qualifica APSUS é a extensão desse processo [...] Da ideia inicial de planificar os processos de saúde; hoje, é de qualificar esses processos [...] que a política pública de saúde adotada em Tauá [...] possa ocorrer nos municípios adjacentes; e, talvez, nos 184 municípios do Ceará. O objetivo é incorporar práticas e modelos, não de assistencialismo, mas de política pública para [...] prevenção e o controle de doenças. (GT2)

A organização do processo de trabalho da ESF de Tauá ocorre, primeiramente, por meio da estratificação de risco da população, nas zonas urbana e rural. Uma das grandes preocupações da gestão tem sido dar segmento aos processos de trabalho em saúde, visando à questão da prevenção, por meio dessa estratificação. Mediante o conhecimento do risco da população, as eSF usam a parametrização das consultas, ou seja, o usuário passa a ser acompanhado bem de perto pelos profissionais de saúde e, se de alto risco para algum agravo, terá a garantia de ser acompanhado por um especialista no serviço especializado; no caso de Tauá, a Policlínica Regional, inaugurada em 2010 (CEARÁ, 2016). Para que esse processo realmente aconteça, o ACS é peça fundamental.

[...] o ACS é o elo entre a ESF e a população; principalmente a mais carente. [...] Cada enfermeiro, gerente da UBS, conhece o território e, juntamente com a ACS, faz as buscas ativas da população. Mediante esse conhecimento, [...] a gente consegue identificar as pessoas que precisam mais. Daí, conseguimos dar mais [...] (GT3)

Ainda sobre a organização do processo de trabalho da ESF em Tauá, de forma geral, as atividades e ações são planejadas, programas e agendadas. Porém, em relação à demanda programada, o agendamento de consultas difere entre as zonas urbana e rural. Na primeira, uma consulta é agendada a cada quinze minutos, por turno, até completar dezesseis consultas; geralmente, são doze vagas para demanda programada e quatro para demanda espontânea. Já na zona rural, devido às dificuldades de deslocamento da eSF e dos usuários, o agendamento ocorre por bloco de horas, ou seja, a cada uma hora, o profissional agenda uma quantidade de pacientes, deixando sempre vagas para a demanda espontânea. Assim, por bloco, a cada três consultas agendadas, uma vaga é para a demanda espontânea (TAUÁ, 2018).

A gente trabalha com bloco de horas, diferente da cidade, [...] pois eles trabalham com agendamento a cada quinze minutos [...] Direitinho. (MT2)

Ainda sobre a zona rural, como o acesso ao território é bem difícil, uma vez por semana, as eSF se deslocam a uma microárea distante, onde tem um ponto de apoio para o atendimento às demandas; como, por exemplo, Guaribas e Lagoa do Frazin, distantes, aproximadamente, 40 minutos da UBS. Nestas, são centralizados os atendimentos à população de outras localidades ainda mais distantes.

[...] tem outras localidades bem mais distantes. Mas nestas, a gente só faz visita, porque não tem condições de atender [...]. (MT2)

Nesse contexto, na intenção de otimizar o acesso à ESF das comunidades que moram mais distantes da sede, a enfermeira da zona urbana também sugere o atendimento descentralizado na zona rural, por meio de um rodízio entre as áreas cobertas por cada ACS, por exemplo:

Quando eu fiz a Planificação, o meu projeto [...] foi em torno de um rodízio entre as quatro ACS. Então, eu iria a cada área [...] por quatro meses [...]. Como o ano tem 12 meses, eu passaria três vezes por ano em cada área. Na verdade, faríamos um mutirão de atendimento multiprofissional, com médico, enfermeiro, dentista e NASF. (ET1)

De um modo geral, o dentista é um profissional muito focado nas atividades clínicas, e por isso, salvo exceções, acaba por não desenvolver, nem se engajar em atividades extramuro. Infelizmente, isso não acontece somente nos consultórios particulares, mas também no serviço público; até mesmo na ESF. E não é diferente em Tauá. Essa ideia vem muito da formação do cirurgião-dentista, desde a sua graduação, e da questão cultural da sociedade, que acredita que o dentista deve ficar “preso” ao consultório, pois “Dentista bom é aquele que senta à cadeira e trabalha!”.

[...] infelizmente, pela carência de profissional, [...] o serviço é muito restrito ao consultório [...]. Ao realizar visita, às vezes, deixo de atender vários pacientes na UBS [...]. Além disso, [...] as pessoas acham ruim o dentista ‘tá’ se deslocando do local de trabalho. Então, [...] teria que ser uma estratégia bem estudada. (DT2)

Uma das atividades de maior impacto desenvolvidas pela ESF de Tauá é a prevenção e a promoção à saúde por meio de ações coletivas de ‘Educação em Saúde’, como projetos, programas e campanhas, a saber: ‘Saúde nas Praças’ (atividades físicas voltadas pra população idosa, principalmente mulheres); ‘Saúde na Escola’ (dentre outras ações, encaminhamento e monitoramento de crianças obesas); ‘Campanha de prevenção a acidentes por motocicletas’; ‘Outubro Rosa’ (caminhada de conscientização a prevenção dos CA de mama e colo de útero); ‘Semana do Bebê e da Criança’ (ação multiprofissional sobre os cuidados e direitos do menor); Combate às Arboviroses (mutirões, visitas domiciliares, caminhada e ‘bicicletada’); e cobertura vacinal (busca ativa e campanhas de vacinação). Na grande maioria, os ACS são protagonistas (TAUÁ, 2018).

A gestão municipal tem investido na otimização da produção de dados por meio da informatização dos processos de trabalho em saúde, pois reconhece a importância da informação para a tomada de decisão, e, conseqüentemente, melhor organização e planejamento

das ações em saúde. Desta forma, foi instalado o acesso à *internet* nas UBS e implantado um sistema de informação, a plataforma GISSA (Governança Inteligente em Sistemas de Saúde), sistema de integração de dados com informações dos pacientes e dos atendimentos feitos pelo SUS. O objetivo principal dessa ferramenta é dinamizar as informações produzidas em tempo real, para (re)definir estratégias envolvendo a gestão, profissionais de saúde e comunidade; assim, integrar as RAS, facilitar os trabalhos da administração pública, gerenciar os processos de trabalho e reduzir custos. A informação em tempo real permite o monitoramento permanente para a tomada de decisão e o estabelecimento de estratégias de ação, muitas vezes evitando agravamento de quadro clínico e mortalidade, a exemplo dos casos de doenças crônicas não transmissíveis, tuberculose e hanseníase, assim como das arboviroses. (CANUTO, 2019).

O município de Tauá possui cultura e hábito no uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no apoio à gestão; sendo, também, pioneiro em inclusão digital, com os cinco Telecentros na cidade. Além destes, apresentou um importante projeto de inclusão digital: a Cidade Digital, onde são suportados vários serviços, dentre os quais se destacou o ‘ACS Digital’, responsável pela manutenção de um ‘Banco de Dados da Saúde Familiar Local’, utilizado no planejamento de metas e ações para melhoria da saúde familiar (INSTITUTO ATLÂNTICO).

O GISSA é constituído por “um conjunto de componentes habilitados para coletar informações em tempo real de contextos inerentes às situações monitoradas de saúde e alimentar mecanismos inteligentes capazes de produzir informações qualificadas, as quais municiam diversas aplicações voltadas para os mais variados atores (pacientes, ACS, enfermeiros, médicos, secretários de saúde), tomadores de decisão do sistema de saúde”. Para que o GISSA disponibilize aplicações analíticas para embasar decisões de qualidade, o projeto envolve áreas de fronteira do conhecimento técnico-científico, em dois aspectos: de um lado, no campo da saúde coletiva, mais especificamente o planejamento e gestão em saúde pública e saúde da família; de outro lado, no campo da tecnologia da informação, mais especificamente por meio dos mecanismos de inferência, baseados em técnicas de inteligência artificial, e modelos filosóficos para representação de contextos (Projeto GISSA).

Sua principal característica é o fornecimento de inteligência de governança na tomada de decisão para os cinco domínios clássicos da gestão de saúde pública: Clínico-epidemiológico, Técnico Administrativo, Normativo, Gestão Compartilhada e Gestão do Conhecimento. Assim, a Inteligência Epidemiológica é um dos componentes destacados do Projeto, com foco na Rede Cegonha, apresentando uma série histórica dos indicadores epidemiológicos sobre tipos de parto, óbitos infantis por faixa etária e mortalidade materna.

Acrescenta-se ainda algumas informações sobre as arboviroses, que também é foco do GISSA (CANUTO, 2019).

O domínio clínico-epidemiológico alcança desde o gestor maior da municipalidade, passando pelo Secretário de Saúde, técnicos setoriais, profissionais de saúde e famílias presentes nas microáreas dos territórios. É também o domínio mais amplo que disponibiliza uma maior quantidade de informações na APS informando os principais indicadores de interesse destas áreas, assim como fornecendo alertas epidemiológicos e relatórios aos usuários, conforme o perfil que possuem no GISSA. Portanto, ele acaba por despertar interesse, motivação e utilidade para o processo de trabalho em saúde (CANUTO, 2019).

Segundo Canuto (2019), a colaboração do Projeto GISSA, para os diferentes segmentos implicados na gestão em saúde (gestores, técnicos, profissionais e comunidade), proporciona, por meio da estrutura concebida, inovação no fazer saúde e uma corresponsabilidade na produção da saúde; promove e amplia a participação dos diferentes sujeitos implicados; assim como altera, de forma significativa, a organização de informações, orientando pactuação e monitoramento para a tomada de decisão. Ele realiza a integração de um conjunto de sistemas coordenados pelo MS e alimentados pelos estados e municípios brasileiros; assim como disponibiliza informações relacionadas ao ordenamento jurídico da administração pública municipal. Agrega ainda orientações normativas do Tribunal de Contas, quanto ao ingresso de Receita, Execução da Despesa, calendário de obrigações, dentre outras informações importantes para a tomada de decisão dos gestores públicos. Os Sistemas de Saúde considerados na conformação do GISSA são: SINASC; Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI); SINAN; CNES; e o e-SUS.

Alertas e Relatórios são funcionalidades que marcam a gestão e a atenção no município de Tauá em decorrência da utilização do GISSA. Os alertas promovem a corresponsabilidade, estimulando e permitindo ação imediata em rede. Já os relatórios são exaltados como uma ferramenta que permite organizar dados conforme o detalhamento e a necessidade dos serviços/gestores/técnicos/profissionais, permitindo analisar e agir, bem como disponibilizar (CANUTO, 2019).

Com o objetivo de contextualizar a concepção, planejamento, implantação e impacto do GISSA na APS do município de Tauá, um breve espaço será reservado, que tomou como fonte de embasamento o Relatório de Impacto Socioeconômico do Projeto no município de Tauá, período de 2016-2018, elaborado por Ondina Maria Chagas Canuto, servidora da SESA-CE, com ampla experiência no campo da gestão de políticas públicas, em especial na

área da educação, gestão e atenção à saúde pública. Esse relatório se fundamentou em informações obtidas pelas leituras do Manual Operacional do Sistema, do Projeto GISSA e dos Planos Municipais de Saúde de Tauá (2014-2017 e 2018- 2021); e por visita *in loco*, com reuniões, entrevistas e grupos focais realizadas com atores chave do processo. Este *corpus* constituiu-se em materiais de referência para identificação de impacto para melhoria da qualidade da informação em saúde e tomada de decisão no município.

Em diferentes contextos políticos, o GISSA foi idealizado, recepcionado e desenvolvido. Na gestão municipal compreendida entre os anos 2013-2016, deu-se início aos processos de planejamento e concepção do projeto GISSA por parte do Instituto Atlântico, sendo lançado, no município de Tauá, em fevereiro de 2015, com apresentação aos gestores municipais e trabalhadores da saúde. A implantação e o treinamento dos usuários da plataforma passa a efetivar-se a partir do ano de 2016 com grande envolvimento e determinação por parte da gestão municipal e mobilização de seus profissionais de saúde, assim como os gestores/trabalhadores que ocupavam postos nas áreas de coordenação envolvidas com o Projeto, quais sejam, APS, Saúde da mulher, Epidemiologia, dentre outros (CANUTO, 2019).

De acordo com Canuto (2019), com a alternância de poder entre diferentes lideranças políticas locais, a gestão, que assumiu em 2017, passou por um processo de rerepresentação do Projeto GISSA, posto que, além de prefeitos e secretários de saúde, houve também alterações na composição das equipes de saúde. Em março e setembro deste mesmo ano, foram entregues os *smartphones* e *tablets* aos ACS e algumas famílias, das UBS Prova de Conceito, assim como a outros atores da gestão, momento que reanimou o andamento do GISSA no nível local. No período de 2016 a 2018, fatos alteraram a dinâmica do GISSA: a descontinuidade de aporte de recursos financeiros ao projeto, no nível central, que ocasionou uma redução na capacidade de suporte às demandas do município; e alterações na composição da equipe de consultoria. Portanto, considera-se ainda insuficiente o tempo de aplicação propriamente dita do GISSA, que em efetivação a partir de 2016, teve, no ano de 2017, uma descontinuidade, que exigiu um recomeçar, com nova apropriação por parte dos atores que assumem a saúde no município.

Apesar disso, o Projeto já apontou alguns indicadores relativos a impactos econômicos e sociais, conforme os ‘Impactos Previstos pelo Projeto’ - Projeto GISSA. Em se tratando de impactos econômicos, foram constatados: redução do custo no processo de monitoramento e acompanhamento de pacientes à distância; redução de deslocamentos dispensáveis de pacientes; diminuição de internações desnecessárias; e redução do tempo médio das internações. Com relação aos impactos sociais, ele indicou: redução no número de leitos

ocupados em hospitais através de monitoramento à distância; e redução de deslocamentos dispensáveis de pacientes/profissionais. Pode-se dizer que o impacto é visível na dinâmica de trabalho, destacando-se: pactuação de indicadores com dados qualificados; acesso compartilhado, facilitando comunicação; tomada de decisão; e corresponsabilidade na produção da saúde, com funcionalidade da solução. (CANUTO, 2019).

Considera-se fundamental para o Projeto GISSA, a permanência dos ACS em suas microáreas, com vínculos permanentes com a comunidade, o que permite uma ação continuada. No contexto de alterações políticas, pode-se afirmar que os ACS são os profissionais que, na base, dão sustentação ao GISSA e, pelas narrativas que manifestaram, em grande maioria, são usuários e apoiadores deste recurso tecnológico que permite uma governança inteligente em sistemas de saúde (CANUTO, 2019).

Portanto, a dinâmica de trabalho dos ACS de Tauá incide sobre expressões e práticas relevantes na APS deste município. As atitudes e os diálogos para o cuidado e a promoção da saúde no território da ESF demonstraram a importância do protagonismo deste profissional vivenciada cotidianamente no seu processo de trabalho.

### **6.2.1 O Processo de Trabalho do ACS: do sentido do trabalho aos numerosos desafios**

O município de Tauá apresenta ACS de várias gerações; umas com menos experiência e outras com mais, podendo chegar a 21 anos no exercício dessa função. Cada ACS é responsável por 450 a 500 pessoas (TAUÁ, 2108), e confessam que têm dificuldade em realizar todas as atribuições competentes, mesmo com um número inferior ao que é preconizado pelo MS, pois apesar do menor número de famílias cadastradas, a área de cobertura é muito ampla, principalmente na zona rural.

[...] o Ministério da Saúde preconiza 700 pessoas por ACS [...]. Isso é um absurdo! Cada um de nós aqui ‘temos’ 450 a 500 pessoas, e, com esse tanto de atribuições, só falta não dá conta. (AT3)

#### ***6.2.1.1 A Participação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na ESF***

Em Tauá, dentre as atribuições que competem aos ACS, normatizadas nas Leis, destacam-se: cadastramento de pessoas e famílias; busca ativa e visita domiciliar, principalmente de grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes, puérperas,

crianças menores de dois anos de idade e acamados); ações de combate às Arboviroses; notificações compulsórias de nascidos-vivos, óbitos, e dos casos de arboviroses e diarreia (esta, semanalmente); ações de Educação em Saúde (grupos operativos, campanhas, e outros); acompanhamento dos beneficiários do PBF; alimentação do sistema de informação da SMS; e reuniões de equipe.

No Quadro 12, foram sistematizadas as práticas citadas pelos ACS.

Quadro 12 – Práticas realizadas pelos ACS de Tauá

<b>Visita domiciliar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento dos grupos prioritários (gestantes, idosos, acamados, hipertensos, diabéticos e crianças menores de dois anos de idade).</li> </ul>
<b>Crianças menores de 2 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesagem;</li> <li>• Acompanhamento do Cartão da Criança;</li> <li>• Verificação das vacinas.</li> </ul>
<b>Gestantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento do pré-natal, exames, vacinas e medicação (ácido fólico e sulfato ferroso);</li> <li>• Orientação quanto à entrega de exames, consultas na UBS, alimentação saudável, cuidado ao bebê e a importância da amamentação exclusiva.</li> </ul>
<b>Puérperas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação sobre a amamentação e os cuidados com o bebê;</li> <li>• Orientação aos familiares sobre o cuidado amoroso com a parturiente nesse momento inicial, e o risco da depressão pós-parto.</li> </ul>
<b>Diabéticos e hipertensos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientam em relação às consultas e ao uso correto da medicação, sendo necessário o retorno sistemático para acompanhamento.</li> <li>• Questionário Findrisk para prevenção de DM Tipo 2.</li> </ul>
<b>Idosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento do Cartão do Idoso para verificação mensal da P.A.;</li> <li>• Monitoramento da medicação e das consultas.</li> </ul>
<b>Acamados/ domiciliados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendamento da visita da eSF ou profissionais do NASF.</li> </ul>
<b>Exame e Cartão do SUS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega em domicílio.</li> </ul>
<b>Combate às Arboviroses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutirão para limpeza das ruas e quintais das casas;</li> <li>• Orientação sobre depósitos que funcionam como possíveis focos para o desenvolvimento da larva do Mosquito Aedes Aegypt.</li> </ul>
<b>Bolsa Família</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento dos critérios de acompanhamento</li> </ul>
<b>Educação em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nas visitas domiciliares;</li> <li>• Grupos Operativos, como Hiperdia, Adolescentes e Tabagismo.</li> </ul>

<b>Matriciamento em Saúde Mental</b>	• Trabalho intersetorial com o CAPS.
<b>Notificações compulsórias</b>	• Nascidos-vivos; óbitos; diarreia (semanal); e casos suspeitos de Arboviroses.
<b>Reunião em equipe</b>	• Semanal (zona urbana) e quinzenal (zona rural).
<b>Alimentação do Sistema de Informação</b>	• Consolidado da SMS.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

#### 6.2.1.1.1 Visita Domiciliar e Educação em Saúde: práticas cotidianas

Em relação à organização da rotina de trabalho, os ACS de Tauá concordam que cada um apresenta um método que se aproxima com o seu jeito de ser, sua personalidade, e com a realidade que vivencia em seu território, já que são muitas atividades realizadas ao mesmo tempo, como pode-se observar nestes relatos:

Eu sou bastante arcaica; sou a mulher dos papéis [...]. Pra tudo eu tenho dados, [...] pra poder conseguir me organizar, porque esse é o meu jeito de ser [...]. (AT1)

A gente sente dificuldade de traçar um plano. [...] Por exemplo, nós não temos condições de tirar um dia só pra hipertensos, porque eu tenho localidade com 30 Km de distância; [...] não tem a menor condição. [...] Aliás, eu não encontro ali só os ‘hipertenso’; [...] encontro famílias com os outros problemas de saúde. [...] Então, a rotina é de acordo com a necessidade da comunidade [...]. (AT3)

Apesar da ESF apresentar os grupos prioritários identificados e normatizados, no acompanhamento às famílias, por meio da visita domiciliar diária, os ACS de Tauá têm, como critério de priorização, a estratificação de risco quanto à vulnerabilidade de saúde e social dos indivíduos e das famílias, como observado a seguir:

A gente realmente identifica o grau de risco, a situação, a vulnerabilidade da família; e a gente acaba tomando esse ponto como um fator necessário pra visitar. (AT6)

Por exemplo, tenho um hipertenso que faço de três a quatro visitas no mês, porque a família não sabe ler e, [...] eles se atrapalham com os remédios. [...] Então, eu tenho um olhar mais direcionado pra aquela família, pois [...] eu sei que ela é bem mais vulnerável do que outra com escolaridade. (AT14)

Desta forma, há famílias que os ACS acompanham bem de perto, chegando a realizar mais de uma visita por mês ou, até mesmo, por semana. São famílias, num grau elevado

de vulnerabilidade, que necessitam de um cuidado e atenção especiais. Nestes casos, os ACS recorrem, com frequência, à equipe multiprofissional da UBS, que, juntos, decidem, dependendo da situação, por buscar o acompanhamento de Órgãos especializados, como Conselho Tutelar, CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) ou CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social). Estes equipamentos funcionam como Rede de Apoio à ESF do município de Tauá.

A gente tem que conhecer, em primeiro lugar, as famílias, porque, dependendo disso, você desenvolve o trabalho de uma maneira pra cada uma. É muito complexo. (AT2)

Para a organização das visitas domiciliares pelos profissionais da APS do município de Tauá, tanto da eSF como do NASF, cada um tem uma agenda reservada para a programação dessas visitas. Quando um ACS identifica a sua necessidade, ele vai até a agenda para ver a disponibilidade do profissional e, assim, marcar a visita domiciliar, como exemplificado a seguir:

O fisioterapeuta costuma fazer a primeira visita com a gente. [...] Aí, depois, ele agenda com a família e já faz sozinho. Porque, geralmente, ele acompanha os pacientes [...] duas vezes na semana [...]. (AT1)

Na visita aos acamados, os ACS costumam ir acompanhados, se possível, do(a) técnico(a) de enfermagem para a verificação da P.A. e, dependendo do resultado, procura o(a) médico(a) para uma nova visita a esse paciente. Ou então, no caso do acamado ou qualquer pessoa impossibilitada de ir à UBS, necessita de uma consulta com determinado profissional, os ACS repassam a este, que a agenda. Em seguida, eles retornam à família para informar a data e o horário da consulta.

Em Tauá, o médico da ESF tem, semanalmente, um turno reservado para atendimento domiciliar a pacientes do “Programa Melhor em Casa”, selecionados a partir do protocolo preconizado pelo MS. Essa seleção é feita conjuntamente com o ACS, que detém maior conhecimento das demandas do território e, conseqüentemente, da população. São pacientes que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a UBS, e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos. A indicação para o atendimento domiciliar pode vir de diferentes serviços da RAS, e é prestado sob a responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção

Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), sendo o cuidado compartilhado com a família e/ou cuidados responsável (BRASIL, 2015).

No acompanhamento aos hipertensos e diabéticos, os ACS orientam em relação às consultas de monitoramento, à rotina das medicações, à dieta saudável e à prática de exercícios físicos. O do hipertenso, especificamente, é aferida mensalmente a P.A., que é anotada no Cartão do Idoso.

O município de Tauá emprega o questionário *Findrisk (Finnish Diabetes Risk Score)* para estratificação de risco para *Diabetes Mellitus (DM) Tipo 2*, na população acima de vinte anos de idade, como estratégia preventiva na saúde coletiva, com o objetivo de planejar ações de prevenção e promoção da saúde, conforme o nível de gravidade. Neste instrumento, o ‘Risco Total’ é dado em pontos e o ‘Risco Individual’, em porcentagem, sendo composto por oito variáveis que englobam informações relativas à idade, IMC (Índice de Massa Corpórea), circunferência abdominal, atividade física, dieta, uso de medicação anti-hipertensiva, história de glicemia elevada e história familiar de DM. Desta forma, ele permite classificar os indivíduos em uma escala de risco para desenvolver DM em 10 anos, a saber: baixo risco; risco leve a moderado; risco moderado; alto risco; e muito alto risco (CÂNDIDO *et al.*, 2017).

Assim sendo, esse questionário é preenchido pelos ACS nos domicílios, ou seja, eles realizam todo o processo de anamnese, pesagem, medidas, cálculos, análise e interpretação da escala; e, só quando detectam alguma alteração, que encaminham o indivíduo à UBS para consulta com o(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a).

Apesar de acompanharem outras condições de saúde, o cuidado à atenção materno-infantil ainda é uma atividade fortemente desenvolvida pelos ACS de Tauá. Na visita domiciliar às gestantes, o papel dos ACS é monitorar, pelo Cartão da Gestante, o acompanhamento do pré-natal mensal; as orientações médicas, como o uso de ácido fólico e sulfato ferroso; a solicitação de exames; as vacinas; e, também, a dieta. Além de já dar início a algumas orientações sobre os cuidados com o bebê, com foco na amamentação exclusiva até os seis meses de vida, as quais serão continuadas após seu nascimento, durante a visita à puérpera. Nesta, além da atenção voltada à saúde física da mãe e do bebê, os ACS também têm um olhar especial à saúde emocional, estimulando a rede de apoio ao cuidado com o binômio mãe-bebê.

Eu chamo atenção da família pra questão do cuidado com o emocional da puérpera [...]. Porque pode acontecer [...] dela se sentir sozinha e muito triste; [...] até mesmo a depressão pós-parto. Então, sempre peço à família pra ficar por perto dela, dando carinho e atenção. (AT6)

Em Tauá, as crianças são acompanhadas, pelos ACS, até os dois anos completos de idade. Mensalmente, eles vão às casas, pesam essas crianças e monitoram o gráfico de acompanhamento do peso no Cartão da Criança. Também verificam as vacinas e, observando alguma pendência, orientam os pais e/ou responsáveis a leva-la à UBS para atualização da Caderneta da Criança.

Na zona rural, as gestantes e as crianças menores de dois anos de idade são incluídas no Grupo ‘Amigos do Parto’. Geralmente, a mulher inicia no 1º. mês de gestação e fica até a criança completar dois anos. Portanto, o grupo é contínuo, porque sempre vão chegando novos integrantes. Seus encontros são mensais e um cronograma é organizado para a participação dos diversos profissionais [médico(a), enfermeiro(a), dentista, assistente social, nutricionista, psicólogo(a), fisioterapeuta, e outros].

Na série histórica da taxa de mortalidade infantil, para os anos de 2006 a 2018, é possível identificar a sua importante redução nos dois últimos anos, o que demonstra, um esforço da equipe local, utilizando, por exemplo, a solução GISSA como um instrumento para monitoramento e tomada de decisão (CANUTO, 2019).

De acordo com Canuto (2019), a Rede Materno Infantil/Rede Cegonha foi escolhida pelo GISSA como uma das estratégias prioritárias de enfrentamento aos indicadores que envolvem gestantes, puérperas e crianças menores de dois anos. Esta mesma rede já vinha recebendo da gestão municipal que implantou o GISSA, uma atenção especial, com destaque para uma iniciativa pioneira no Ceará, desenvolvida no município de Tauá, a PAPS, que antecedeu ao GISSA, desenvolvida nos anos de 2014 e 2015. Percebe-se uma relação virtuosa de iniciativas, que potencializa tanto a saúde como a educação, induzindo a uma cultura de planejamento, monitoramento e avaliação, envolvendo gestores, profissionais e comunidade na melhoria de processos de trabalho e na busca de melhores indicadores.

Os ACS, especialmente na zona urbana, participam do planejamento e da mobilização da comunidade para as ações coletivas de Educação em Saúde. Uma delas acontece por meio de Grupos Operativos, como o HIPERDIA e o de gestantes; dos quais os profissionais de saúde, quer sejam da eSF ou do NASF, contribuem com palestras sobre o tema abordado, e a comunidade com o compartilhamento de vivências, caracterizando rodas de conversa. Nelas, as pessoas interagem entre si, o que gera maior identificação, apropriação e participação, contribuindo para o desenvolvimento de um Plano de Ação mais voltado à realidade do grupo.

No Grupo HIPERDIA, a participação da educadora física é muito importante para o condicionamento físico e o controle da P. A. e da glicemia. Os idosos e obesos que não

apresentam comorbidades também participam. Na zona urbana, essas atividades acontecem semanalmente, enquanto que na rural, quinzenalmente.

Alguns ACS já tentaram, por diversas vezes, formar o Grupo de Adolescentes. No entanto, eles são muito resistentes em participar. Recebem o convite, ficam de ir, mas não comparecem. Quando o Cartão do Adolescente chegou, os ACS tiveram a esperança de que conseguiriam formar esse grupo; no entanto, não surtiu o efeito que desejavam. O máximo que já conseguiram foi conversar com as mães, por uma demanda delas, e se reportar ao profissional de saúde, quando necessário.

Outro grupo bastante importante, mas que ainda não foi colocado em prática na ESF de Tauá é o de Tabagismo. No entanto, ele acontece no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do município, onde também há um grupo de Saúde Mental, composto por pacientes encaminhados pelo(a) médico(a) da eSF.

Assim, os ACS de Tauá confessam que o trabalho com as Redes de Apoio ainda é fragmentado, ou seja, não há uma comunicação direta entre eles, com exceção das Escolas. Os pacientes têm acesso aos demais equipamentos dessa Rede por meio de encaminhamentos dos profissionais de saúde, que acolhem as demandas apresentadas pelos ACS ou pela própria comunidade. Nas Escolas, os ACS participam, com frequência, de atividades desenvolvidas pelas eSF, como o PSE, cujas ações, desenvolvidas pela eSF, incluem verificação do peso e altura dos adolescentes; vacinação de HPV, para os que completam 14 anos, e antitetânica; e palestras sobre DST.

Apesar das ações de Educação em Saúde na zona rural, normalmente, ficarem comprometidas, devido às limitações do território, cuja distância entre as diversas localidades é um fator importante que dificulta o acesso a atividades coletivas, com criatividade, boa vontade e organização, os ACS conseguem aproximar a comunidade às eSF, atuando mais uma vez como elo de ligação, como observado nos relatos a seguir:

[...] na área rural, infelizmente, já é um pouco mais complicado. Não 'é' todas as vezes que a gente convida e que eles conseguem vir. [...] Eles participam mais do grupo de hipertenso e diabético, [...] mas não é em grande quantidade [...]. (AT6)

A gente fez [...] um mutirão da equipe. [...] os profissionais [...] foram pra escola da área, que é rural, e [...] a gente mobilizou a comunidade pra um único dia. O objetivo era que fosse mensal ou a cada dois meses; só que, infelizmente, [...] devido à superlotação das agendas, a gente não tá conseguindo manter. (AT3)

Outros exemplos de ações de Educação em Saúde, bem-sucedidas, na zona rural, foram os Encontros sobre Tabagismo e sobre Álcool e outras drogas. O primeiro foi pontual, mas significativo, pois, segundo os ACS, depois do encontro, o índice de fumantes na área caiu bastante. Além disso, a comunidade teve conhecimento de uma Rede de Apoio a quem queira parar de fumar, o CAPS, como mencionado anteriormente.

Os encontros sobre ‘Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas’, foram demandas da própria comunidade; e teve a participação fundamental do ‘AA Grupo Inhamuns’, uma Irmandade do Grupo Alcoólicos Anônimos do Brasil, com sede em Tauá. Após esses encontros, os ACS relatam que houve uma redução dos índices de alcoolismo na região, como apresentado a seguir:

[...] foi a partir das palestras de base, que a gente encontrou no CAPS, no AA e no CAPS AD, [...] o apoio contra o cigarro e o álcool. (AT10)

Na verdade, na zona rural, ainda se percebe uma interlocução com lideranças comunitárias e algumas Redes de Apoio, como Associações, que têm o papel de contribuir com a mobilização da comunidade. Os ACS participam das reuniões que acontecem nesses equipamentos sociais, enquanto que os presidentes de cada um deles comparecem à UBS, quando solicitados, para encontros e trocas de experiências. Como colocam algumas ACS:

[...] são informações que ‘vai’ e ‘volta’. (AT12).

[...] se eu entrar em contato com o presidente de uma Associação, em qualquer uma das ‘comunidade’, o recado chega e a mobilização é feita. E eu acho que a confiança que eles têm com a gente é o que faz acontecer. (AT13)

Desta forma, é notório que os ACS da zona rural são bastante atuantes e colaborativos quando diz respeito à participação em eventos, ações e atividades desenvolvidas na comunidade, como observado no seguinte relato:

Tudo que for acontecer na comunidade, o ACS tá no meio. [...] Se é ‘festa das mães’; ‘festa das crianças’; ‘festa dos pais’; ‘festas religiosas’ [...], a gente ‘tá’ lá. [...] independente de religião. (AT11)

#### 6.2.1.1.2 Combate às Arboviroses

Para o combate às Arboviroses, os ACS receberam prévia formação no CTACS, concluído em 2016, quando as ações foram mais intensificadas por meio de mutirões para a limpeza de muros, a coleta de lixo e busca por foco do mosquito *Aedes Aegypt* em quintais das casas e equipamentos sociais. Além disso, eles são responsáveis pela notificação compulsória de casos suspeitos (ficha SINAM), encaminhamento à UBS para consulta médica, e acompanhamento domiciliar, em casos positivos.

Todo mundo deu a mão [...]. Pra você ter uma ideia, [...] a gente juntou toda a eSF e do NASF com a comunidade [...]; todo mundo na rua. [...] era catando lixo; entrando no muro do vizinho, das 'família'; e 'era' sacos e mais sacos de lixo. (AT11)

Uma iniciativa muito interessante, ocorrida na zona rural, e que resultou na redução dos índices de Dengue, foi o trabalho de prevenção e combate realizado, inicialmente, com as mães e estendido às famílias. Devido ao sucesso, em seguida, os ACS foram às escolas, onde as crianças passaram a receber as orientações de higiene, tratamento do lixo e cuidado com recipientes que acumulam água. Essas orientações foram repassadas, por elas, às suas famílias. Assim, as crianças foram chamadas de 'ACS Mirins', o que ajudou a estimulá-las nessa ação. Desta forma, a contribuição da comunidade da zona rural teve um impacto ainda mais significativo, pois, antes, havia uma coleta de lixo realizada por um trator, que o colocava na serra; mas, com a mobilização da comunidade, a Gestão disponibilizou o caminhão para que o lixo coletado seja processado.

A série histórica da frequência dos casos de dengue, de 2014 a 2017 (jan-out/17), demonstrou que houve, em 2016, 3.161 casos de dengue notificados, sendo 2.361 confirmados e 800 descartados. O GISSA, ao oferecer dados em tempo real, subsidiou as equipes, nos anos seguintes, coordenadas pelo setor de epidemiologia, a trabalhar o bloqueio nas microáreas, realizando o controle e o acompanhamento dos casos confirmados, com redução importante no ano de 2017: 193 casos notificados, sendo 76 confirmados e 117 descartados (TAUÁ, 2018).

Quanto à frequência dos casos de Chikungunya, na série histórica de 2014 a 2017 (jan-out/17), em 2016 foram notificados 248 casos da doença, sendo 82 confirmados e 166 descartados. Como observado para a Dengue, no ano seguinte, 2017, também houve uma importante redução de casos de Chikungunya no município, com a notificação de 69 casos, sendo 43 confirmados e 26 descartados. Aqui, também, se pode trazer uma reflexão da contribuição do GISSA para a mudança no quadro epidemiológico de Tauá, pois o modo de

pensar da governança inteligente, possivelmente, fomentou novos processos de trabalho em busca de melhores indicadores (TAUÁ, 2018).

#### 6.2.1.1.3 Outras participações

Os ACS coletam um extenso volume de dados, resultantes do seu trabalho, que são usados, dentre outras funções, como critérios para o planejamento e desenvolvimento do processo de trabalho da ESF. Objetivando sistematizar a vasta gama de atribuições e, conseqüentemente, os dados advindos delas, os ACS são encarregados de apresentar um consolidado que alimenta o Sistema de Informação da SMS do município de Tauá, como se observa nestas afirmações:

Nós preenchemos tudo que o município precisa em dados. [...] Porque, a cada seis meses, a gente preenche um consolidado das pessoas de zero até menores de oitenta anos, por faixa etária. [...] Na verdade, a gente tem todo o controle da população nas nossas mãos. (AT1)

[...] no fundo, eu me sinto privilegiada, porque quem conhece a comunidade sou eu. (AT9)

Para tanto, é empregada a plataforma GISSA, com a finalidade de auxiliar na rotina de trabalho dos ACS, quanto ao acompanhamento de pacientes, via alertas recebidos em *smartphones* ou *tablets* disponibilizados pela SMS. A base para o funcionamento do GISSA na atenção básica é o e-SUS, que, conforme já explicitado, é o registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde. A atualização permanente do e-SUS deve ser realizada pelos ACS, envolvendo dentre outras, o cadastramento de novas famílias e exclusão daquelas que saíram de sua microárea (CANUTO, 2019).

Em Tauá, o número de famílias beneficiárias pelo PBF era de 6.854, em 2010, caindo para 6.839, em 2014. O Programa vem se mantendo em crescimento, com exceção de Fortaleza, a qual teve uma queda no período analisado (FIOCRUZ, 2017).

Em relação à saúde mental, a demanda, em Tauá, é gigantesca, e, obviamente, os médicos não conseguem realizar o acompanhamento mensal de todos esses pacientes. Então, entra a valiosa contribuição dos ACS, que conhecem a todos os casos e, rotineiramente, compartilham a evolução do quadro clínico-comportamental desses pacientes.

[...] tem muito paciente usando psicotrópico. Acho até que a principal demanda, mais do que hipertenso, é renovar essa medicação. (MT1)

[...] quando as ACS veem ou percebem que [...] o paciente tá descompensado, [...] elas me comunicam. Ele é trazido pra uma reavaliação. [...] Mas, geralmente, quando [...] a medicação 'tá' bem direitinha, [...] a gente vai só monitorando; renovando a receita e vendo qualquer demanda. (MT2)

No município de Tauá, não é comum os ACS acompanharem pacientes portadores de DST/AIDS. São poucos os que o fazem, em parceria com o(a) médico(a) da equipe, acontecendo mais entre aqueles que trabalham na zona urbana. No entanto, alguns declaram que seria muito importante abordar o assunto para se trabalhar a prevenção, assim como, ter conhecimento dos casos positivos para o monitoramento desses pacientes em alguma necessidade.

Em relação às reuniões de equipe, de uma forma geral, são realizadas duas por mês. Uma, na primeira semana, com toda a equipe da UBS, para o compartilhamento e a discussão das informações, dados, indicadores e demandas. E a segunda, somente com o(a) enfermeiro(a) da eSF, para a atualização do monitoramento dos dados. Porém, na zona urbana, ainda acontece uma terceira reunião mensal que envolve toda a equipe e os membros do Conselho Local de Saúde. Este é bastante atuante, pois há relatos de pavimentação de ruas, sinalização do trânsito, tratamento de esgoto a céu aberto, dentre outros benefícios conquistados por meio de sua atuação.

[...] como o território é dinâmico, mensalmente, vão ter mudanças; então a gente faz essa atualização por meio de reuniões. (GT3)

Tem a reunião mensal, que é pra gente registrar os dados, [...] e tem também a solicitada pelos ACS [...] pra falar sobre a localidade. (GT5)

Na terceira reunião de equipe, tem a participação do Conselho Local de Saúde [...] até pra equipe poder se defender e explicar, quanto às reclamações da comunidade. (GT4)

Ainda na zona urbana, a eSF se reúne semanalmente com a finalidade de traçar, por profissional, as metas, planos, ações, atividades e grupos que serão desenvolvidos. Como resultado, os profissionais da ESF consideram que houve uma aproximação com a comunidade, pois suas demandas aparecem com frequência, principalmente pela participação dos ACS, que estão diariamente no território, e que têm a oportunidade de expô-las à equipe. Geralmente, antes das reuniões, os ACS e o(a) enfermeiro(a) da equipe conversam separadamente, com o intuito de compartilhar sobre a realidade e vulnerabilidade de alguns casos, em específico, e pensar em possíveis soluções para sanar esses problemas.

[...] Lembro que, no início, se achava absurdo reunião semanal, pois [...] não tinha o que falar. A nossa experiência é o contrário. Por incrível que pareça, toda semana tem assunto [...]. Os problemas da comunidade vêm à tona [...]. (DT1)

[...] o compartilhamento acaba sendo mais com a enfermeira mesmo. E, assim, tudo é tão corrido, que, às vezes, não dá tempo de repassar os casos para toda a equipe. (AT6)

Na zona rural, no entanto, por conta das limitações do território e das agendas dos profissionais sempre cheias, as reuniões acontecem mensalmente; mas sempre com a participação dos ACS.

A reunião é mensal. [...] Então, são todas as ACS, a enfermeira, o médico, a atendente, recepcionista, etc. [...]. As ACS [...] dão o *feedback* das necessidades da comunidade. Tem sempre aqueles mais carentes de cuidado [...]. (DT2)

### **6.2.1.2 O Sentido do trabalho do Agente Comunitário de Saúde**

A participação dos ACS na ESF de Tauá é marcada pelas atribuições preconizadas pelo MS. No entanto, as práticas se moldam também conforme aquilo que dá sentido ao trabalho e à vida, evidenciado por afetos e solidariedade nos enfrentamentos nos domicílios e no território. Na percepção dos ACS o conhecimento sobre sua prática foi sendo adquirido, principalmente, pela experiência compartilhada com seus pares e demais integrantes das equipes de saúde da família a partir dos problemas vividos no processo de trabalho.

Os gestores municipais de Tauá reconhecem a importância do trabalho do ACS. De forma geral, eles valorizam a disponibilidade dos ACS em contribuir com seus saberes e práticas. Contudo, percebem e respondem à capacidade de organização política desta categoria, como se observa nas seguintes falas:

[...] o ACS é quem detém a maior parte das informações sobre a comunidade e o território. Então, é quem, realmente, os conhece. (GT3)

Eu e o prefeito [...] temos frequentado as reuniões dos ACS, [...] sempre ouvindo suas demandas [...] e dialogando sobre seu processo de trabalho. [...] Realmente, os ACS são ‘um por todos e todos por um’; muito engajados. [...] Eles são o nosso elo com a comunidade. (GT1)

No trinômio mobilização-diálogo-trabalho, a gestão investe tempo para o planejamento conjunto do processo de trabalho dos ACS, por meio de reuniões e encontros, no intuito de aprimorar sua contribuição com o plano gestor.

Os ACS contam com o coordenador da APS [...]. Semanalmente ou quinzenalmente, eles se reúnem para a organização das agendas e planejamento do trabalho nos próximos dias, [...] como as visitas domiciliares.” (GT1)

A gente tem reunião mensal com os ACS. [...] Participam também os coordenadores da epidemiologia, da imunização e da atenção secundária. [...] Nela, a gente observa a quantidade de visitas e como eles desenvolvem suas atividades; [...] trabalhamos muito as potencialidades, mas, principalmente, as dificuldades [...]. (GT3)

Outro investimento realizado pela gestão municipal, com o objetivo de fomentar o processo de trabalho dos ACS de Tauá, é a Educação Permanente em Saúde voltada para esta categoria, como se pode observar a seguir:

[...] trouxemos a Coordenadora de Núcleo dos ACS da SESA pra falar [...] sobre hipertensão e diabetes. Não o manejo clínico, [...] mas a busca ativa de pacientes. [...] Também, desenvolvemos uma [...] capacitação, que apresentou o sistema de informação [...], pra que as ACS pudessem lidar com o *tablet* ou *smartphone*, e passar pra população. (GT1)

Assim, os gestores de Tauá sugerem que, como resultado das ações e investimentos, houve uma mudança no processo de trabalho dos ACS de Tauá, os quais realizavam, inicialmente, atividades pontuais, focadas na produção de dados. Agora, eles passaram a realizar a análise e avaliação de indicadores, priorizando, sobretudo, aquelas situações, pessoas e/ou famílias, que requerem um acompanhamento mais próximo, como se constata na seguinte fala:

[...] hoje, os ACS têm liberdade [...] de trabalhar todos os agravos de forma dinâmica. [...] até porque a plataforma GISSA colaborou nesse processo, já que a informação é processada de forma mais ágil. (GT2)

A gerente da UBS localizada na zona urbana de Tauá também concorda com o engajamento e a dedicação dos ACS no cumprimento de suas atribuições, mas criticam a falta de apoio por parte da gestão municipal.

Tenho oito áreas; [...] são quatro ACS na zona rural [...]. As que têm moto, trabalham com elas. O combustível é delas e não recebem nenhum incentivo por isso. [...] Por exemplo, [...] se a família não vier vacinar uma criança, as minhas ACS levam a técnica de enfermagem até lá, na própria moto, e faz [...] (GT4)

Porém, a gerente da UBS da zona rural, assim como o Secretário Adjunto de Saúde, aponta para algumas queixas em relação ao compromisso do ACS, de forma geral, no cumprimento do seu trabalho, como observado a seguir:

Hoje, os ACS têm liberdade de desenvolver um trabalho com muito mais qualidade. [...] Porém, [...] a motivação [...], ao longo do tempo, vem diminuindo, [...] em função, na minha opinião, da falta de um despertar maior para a qualidade do serviço. (GT2)

São muitos ACS e tenho uns dois que dificultam o trabalho [...]. Trazem os dados errados porque não vão a todas as casas; [...] dizem que estão na visita e não estão. [...] O paciente vem e fala. É preciso estar no pé dos ACS, porque eles não cumprem o horário e não têm compromisso. Aí dificulta também o meu trabalho.” (GT5)

Quanto ao uso da GISSA no cotidiano da APS de Tauá, há um reconhecimento da sua potencialidade e colaboração na organização do processo de trabalho. Nessa perspectiva, os gestores reconhecem que os ACS assumem função importante na inserção da tecnologia de informação por meio do trabalho com o GISSA. Porém, se faz necessário convencer alguns desses profissionais de sua aplicabilidade para a qualidade da atenção à saúde, pois ainda há casos de resistência quanto a essa proposta inovadora, como observado:

[...] o GISSA, [...] facilita muito a dinâmica do processo de trabalho; [...] pois o gestor e os ACS conseguem se reunir [...] programar, [...] e dialogar os problemas, [...] sem necessariamente estarem na unidade. [...] a gente vai recebendo as informações e vai repassando. (GT2)

Porém, nós não conseguimos ainda que todos os ACS usem essa ferramenta. [...] O uso do tablet, para alimentar os dados do eSUS, [...] facilita muito o trabalho. Porém, muitos têm resistência [...] e preferem o papel.” (GT3)

No entanto, os ACS, na sua maioria, se destacaram na utilização do GISSA no cotidiano de seu trabalho, muitos deles demonstrando grande apropriação e segurança no seu uso. Eles observaram que, por meio dessa ferramenta, o trabalho foi redimensionado, no melhor aproveitamento do tempo, antes utilizado com registros manuais, desvincilhando-se dos papéis (CANUTO, 2019).

Os médicos, tanto da zona urbana como da rural, também, valorizam a presença do ACS na eSF, por considerarem que seu vínculo com a comunidade facilita o processo de trabalho.

[...] dependendo do caso, como [...] alguma demanda limitante, [...] o usuário ou responsável conversa com o ACS para marcar sua consulta na Unidade. (MT1)

[...] os ACS [...] têm mais vínculo com a comunidade. Estão, todo mês, entrando nas casas [...]. Então, gosto da companhia deles durante as visitas, porque [...] eu acho que o trabalho flui melhor [...]. (MT2)

No entanto, o médico da zona rural percebe, de forma crítica, o poder de mobilização e organização política dos ACS, que, às vezes, é usado equivocadamente, tolhendo seu potencial de ampliação e qualificação das práticas, como expresso a seguir:

Os ACS são cheios das Leis [...]. Às vezes, isso dificulta o andamento do trabalho, porque a gente quer ir além e eles nos barram. Dizem ‘Não, não sou obrigado a fazer isso, porque a Lei diz que não!’. [...] Ou ‘Ah, não vou mais avisar o paciente pra fazer o exame. Sempre o resultado não chega!’ [...] O papel dela não é avisar o paciente? Então pronto, faça pelo menos o seu trabalho. (MT2)

As enfermeiras da ESF de Tauá também respeitam e valorizam os esforços dos ACS para cumprirem suas atribuições, ainda que não sejam oferecidas as condições ideais de trabalho, como relatado a seguir:

As minhas ACS são maravilhosas! [...] andar debaixo d’um sol escaldante e, como elas, sem folha pra trabalhar, nem material, [...] nem mapa de visita, nada! É complicado ... só a própria boa vontade. [...] A fragilidade é a situação de saúde do país, que não é exclusividade nossa. (ET1)

Apesar da distância que o dentista, geralmente, mantém em relação aos demais membros da eSF, ele reconhece o valor do ACS para o êxito de seu processo de trabalho, como se pode observar:

[...] os ACS são competentes. [...] Eles são as pessoas ideais pra desvelar as necessidades da comunidade [...]. (DT2)

[...] Na estratificação de risco de crianças de zero a dois anos e de diabéticos, [...] só se consegue êxito se tiver a participação das ACS [...]. (DT1)

No entanto, há dentistas que, também pelo perfil, acabam se identificando e se aproximando de atividades compartilhadas com a eSF, principalmente os ACS, objetivando responder às necessidades da comunidade à qual assistem. Isso parece ser mais comum na ESF do interior do Estado, como observado a seguir:

[...] uma forma de ampliar as práticas do dentista na ESF é através dos ACS [...], pois eles conseguem atingir a população em geral. (DT2)

#### 6.2.1.2.1 Perspectivas do Processo de Trabalho segundo os trabalhadores ACS

Os ACS de Tauá apresentam alguns descontentamentos, principalmente, em relação à remuneração, pois a consideram insignificante e desproporcional à importância que seu trabalho representa.

[...] a nossa remuneração é uma desgraça; um salário-mínimo [...] é uma tristeza. [...] A gente anda muito e a responsabilidade é grande [...], porque cuidar de famílias [...] dá trabalho [...] (AT6)

Há quatro anos que não tem aumento. Nós ‘tamo’ pagando pra trabalhar; [...] e quando isso acontece, [...] o trabalhador se desestimula muito [...] Às vezes, eu tenho que tirar xerox das fichas pra mandar pra SMS. (AT8)

Também alertam para a inexistência de um cuidado especial voltado à ‘Saúde do Trabalhador’, pois se sentem vulneráveis e sobrecarregadas com a quantidade de responsabilidades que acumulam no seu processo de trabalho.

[...] Nós somos porta de entrada. [...] Somos ‘escudo’ [...]: pra hanseníase, pra tuberculose, pras gripes, pra vírus... Fazemos muitas coisas ao mesmo tempo. [...] E o psicológico, como fica? A gente mexe com todo tipo de gente e todo tipo de problema. [...] Na verdade, somos resolvedoras de problemas. (AT5)

Muitas de nós estamos acabadas [...]; sem saúde psicológica, mental ou física. [...] Tem muitas ACS que deram a vida pelo trabalho; e, agora, estão em casa, acamadas e esquecidas [...]. (AT4)

Esses descontentamentos levam a uma sensação de frustração e impotência profissionais, que podem resultar na desmotivação e falta de identificação com o exercício de suas atribuições, chegando ao ponto do ACS desistir de seu trabalho e partir para outro ofício, como se pode constatar:

Só a gente sabe o dia a dia de um ACS. As pessoas não têm a dimensão do nosso trabalho; [...] e elas falam [...] sem conhecer a nossa realidade. [...] Chegou um tempo em que eu disse que não queria mais. Mas hoje, eu ‘tô’ tentando tomar o folego de novo. (AT3)

Sou psicopedagoga e trabalho como ACS [...] por falta de oportunidade [...] na minha área. (AT4)

Apesar dos descontentamentos, os ACS se veem como os ‘olhos da ESF’, ou seja, tudo o que acontece na área, eles são os primeiros a saber e reportar aos demais profissionais. Além disso, reconhecem que, por várias vezes, fazem mais do que sua ‘obrigação’, por doação, amor e compromisso com as famílias carentes, necessitadas de atenção e cuidado, que, no conjunto, perfazem a comunidade, da qual os ACS também fazem parte. Assim, na percepção deles, o ‘trabalho é complexo, mas muito gratificante’, como observado:

O ACS faz muito mais. Ele bota o paciente na garupa da moto; [...] acompanha pro hospital; [...] pega briga na recepção, quando maltrataram nossas famílias. Quando estoura a violência no território, se esconde dentro das casas das famílias [...]. (AT4)

[...] se acontece de alguém precisar ou adoecer, a gente vai na casa à noite, nos feriados e nos finais de semana. (AT10)

A proximidade entre as famílias e os ACS acaba por envolvê-los em laços muito fortes, ao ponto, muitas vezes, daquela se desarmar, se abrir e acolher o ACS no seio familiar, o considerando como parte, como membro.

[...] a gente se envolve muito com as nossas famílias; cria vínculo e uma amizade toda especial. Então, a gente acaba que conhece [...] a estrutura da família por completo. [...] Por exemplo, eu sou madrinha de uma criança com paralisia cerebral. (AT5)

Contudo, como era de se esperar, também há famílias que confundem a disponibilidade e a doação dos ACS; extrapolam quanto às suas exigências e demandas, e agem como se esses profissionais tivessem que servi-los a todo momento e em toda ocasião, como se percebe nos relatos a seguir:

Algumas pessoas são mal-acostumadas. Volta e meia, nós ‘tamo’ ‘dando comida na boca deles’ [...]. Outro dia, uma ligou, sete da manhã, pra pedir pra eu pegar, no posto, uma injeção anticoncepcional. (AT3)

Tem família que acha que a gente tem obrigação de marcar consultas ou levar a medicação e os exames em casa. [...] Já acordei, cinco da manhã, com uma ligação ‘Será que hoje tem médico? Você sabe quanto é que custa o exame tal?’. (AT4)

Em relação à Gestão Municipal, os ACS se sentem muito pressionados, pois, na percepção deles, além da Gestão priorizar a produtividade, ou seja, a quantidade em detrimento da qualidade, ela atribui aos ACS outras responsabilidades, além daquelas normatizadas pelas Leis que regem o exercício do seu trabalho. Tomam como exemplo, a função de buscar o

CADSUS (Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS) da SMS para a troca dos Cartões Nacionais de Saúde, que apresentam o prazo de validade vencido.

Essa sensação de pressão se agravou, principalmente, após a introdução do questionário *Findrisk*, como mencionado anteriormente, para estratificação de risco para DM Tipo 2, na população acima de vinte anos de idade, com o objetivo de planejar ações de prevenção e promoção da saúde, conforme o nível de gravidade. Em relação a essa estratégia, os ACS afirmaram que, além das orientações terem sido superficiais, a Gestão não levou em consideração as questões do tempo disponível desses profissionais, já tão sobrecarregados com as atividades até então realizadas, e do fornecimento dos instrumentos necessários ao preenchimento dos dados e definição da escala. Isso aguçou sentimentos conflituosos, como o receio de não dar conta de todos os afazeres e a fragilidade no apoio da gestão ao trabalho desenvolvido por eles.

[...] ninguém sentou com a gente e explicou o que causa Diabetes. [...] Falaram o objetivo [...], mas ficou solto do mesmo jeito. [...] A Gestão simplesmente mandou [...] e disse: ‘Vocês têm até 04/12 pra entregar toda a população maior de vinte anos, pesada e medida’. [...] Isso sem fornecer material, porque tem muitas que não tem nem balança. (AT4)

[...] pra ‘mim’ fazer a Escala *Findrisk*, a única coisa que me deram foi a folha [...] do questionário. Sendo que eu preciso de uma balança, da bateria, de uma fita métrica e de um disco que faz o IMC. (AT13)

[...] esse *Findrisk* só tá funcionando [...] porque eu tô comprando a bateria da balança. [...] E o prazo tá se vencendo.”(AT7)

Além disso, de uma maneira geral, os ACS afirmam que essa nova atribuição é um grande desafio, pois, além de tomar bastante seu tempo, complica a logística de trabalho por diversos fatores, como o exposto:

[...] a gente vai na casa. Aí, [...] nunca encontra todo mundo, e [...] faz de uma, duas pessoas. Depois tem que voltar [...]. Além disso, a gente anda com duas balanças, a de pesar bebês, a balancinha, e a digital. Aí, [...] troca de balança, vem e não sei o que ... Assim, é bem complicado pra poder dar conta. (AT5)

Por todos os problemas apresentados, os ACS, na sua maioria, se mobilizaram e, em audiência na Associação do município de Tauá, decidiram por interromper o processo do questionário *Findrisk*. No entanto, isso não durou muito tempo, pois alguns ACS resolveram

dar continuidade à essa atividade, mesmo sem as condições necessárias para a sua realização, como expõe a ACS:

[...] a gente deu uma parada no *Findrisk*, como forma de protesto. [...] Foi uma decisão da Associação dos ACS. [...] Porém, ‘teve’ umas que quebraram o protocolo, [...] e o *Findrisk* tá rolando. Tem que fazer nem que compre a balança [...]. (AT14)

Quanto ao trabalho com os demais profissionais da ESF, os ACS reconhecem que há parceria entre eles, principalmente com o(a) médico(a) e o(a) enfermeiro(a), pois percebem que estes oferecem acesso para os diálogos e compartilhamentos de demandas e necessidades, especialmente, quando de uma situação bastante problemática, em que os ACS se sentem impotentes na busca de uma solução.

Porém, compreendem a necessidade de uma atenção integral à saúde do paciente, envolvendo o trabalho interdisciplinar entre os profissionais da eSF e os do NASF, como relatado a seguir:

Por exemplo, o paciente [...] passa pelo médico e vai pra casa. [...] poderia passar pela nutricionista, [...] pela psicóloga...; [...] aquele hipertenso, obeso, poderia também ser acompanhado pela nutricionista; a paciente com problemas, ser encaminhada pro psicólogo [...]. Não só o paciente, mas toda a família, conforme a necessidade. (AT2)

### ***6.2.1.3 Desafios e Ressignificações nas práticas do Agente Comunitário de Saúde***

O município de Tauá está inserido por completo no bioma da caatinga e apresenta clima semiárido, quente e com chuvas escassas. A umidade do ar chega a níveis críticos na estação seca, podendo ficar abaixo dos 20%, caracterizando estado de atenção, bem abaixo dos 60% recomendados pela OMS (FUNCEME, 2017). Assim, pode-se imaginar que este cenário maltrata os habitantes da região, principalmente, aqueles que desenvolvem maior parte do seu trabalho no território, percorrendo áreas debaixo de um sol causticante, como os ACS.

Nós estamos expostas ao sol e ao vento seco, castigando nossa visão, a pele, o cabelo, os pés... Às vezes, eu tô de pés rachados de caminhar [...] na terra quente. (AT3)

Eu ainda trabalho com amor; porque se não tivesse, acho que não suportaria mais o sol, o vento, os pés rachados...a falta de saúde. (AT4)

Um grande desafio para a ESF do município de Tauá também é a violência, que se apresenta mais intensa nas localidades da zona rural. Ela, infelizmente, é um determinante social presente em todo o Estado do Ceará, tanto na Capital como no interior, e tem papel negativo importante na saúde de profissionais e comunidade, trazendo, conseqüentemente, prejuízos ao processo de trabalho da ESF, principalmente, aos ACS, que desenvolvem a maior parte de suas atividades no território, como pode ser observado nos diversos relatos:

Eu já fui ameaçada [...] dentro da casa de uma família. O cara ‘tava’ deitado e a esposa disse que ele usava crack [...]. Aí, ele falou que se eu contasse, [...] levaria um tiro na boca [...]. Eu disse ‘Não se preocupe; o meu trabalho não é esse’; mas ele imaginou, porque eu ando em toda casa, conheço todo mundo. (AT1)

Eu ‘tava’ [...] no mutirão da comunidade. Daí, saiu o ‘dono da boca’ de lá e [...] mostrou só o cabo do revólver [...]. (AT5)

Eu bati na porta pra fazer a visita e a família abriu. Ela [...] nunca abria a porta pra mim. [...] perguntei pela esposa e ele só levantou a camisa e já me mostrou o cabo do revólver. Aí, ali, já foi tudo; eu gelei e entendi o recado. (AT6)

Um outro grande desafio, dentro da ESF, é a incorporação de uma nova prática, como o combate às endemias. Tauá, por exemplo, é um município endêmico para Leishmaniose e Doença de Chagas. É desafiadora essa interlocução entre os ACE e a ESF, para o alinhamento de suas práticas. Isso tem sido uma discussão permanente. Os territórios têm definições que divergem daquelas do Controle às Endemias, pois alguns agravos são localizados, e, em algum momento, a ESF pode não compreender a associação entre esses agravos e outras patologias que possam estar relacionadas (BARRETO *et al.*, 2018). Isso pode ser facilitado pela atuação do ACS juntamente ao ACE no combate a esses agravos, algo incentivado pelos gestores municipais.

[...] o ACS ‘tá’ o tempo todo fazendo essa interlocução ACS/ACE. Isto é [...] uma das ações que tem dado resultado. (GT2)

No campo da tecnologia da informação, para a coleta e envio de informações da família e de ações dos gestores e ACS, necessárias para alimentar os sistemas de inferência e inteligência, são desenvolvidas aplicações de usuário para as mais diversas tecnologias de porte, como: *smartphone*, *tablets*, *notebooks*, *desktops*, *smarttv*, *set-top-boxes* e redes sociais. (Projeto GISSA). No município de Tauá, foram entregues *smartphones* e *tablets* aos ACS, como também

a algumas famílias, adscritas às UBS da Prova de Conceito do Projeto GISSA (CANUTO, 2019).

Porém, nem sempre esses instrumentos são acessíveis ou bem usados, pois, além das diferenças de condições de trabalho entre as zonas urbana e rural, não são todos os ACS que têm habilidade para trabalhar com equipamentos tecnológicos. Então, optam por trabalhar com pastas e papéis e fichas preenchidas à mão, pois, como sempre foram seus instrumentos de trabalho, já estão habituados e se identificam mais.

Eu recebi o alerta de uma gestante. [...] Deu pra ‘mim’ entender só um pouquinho [...], mas não sei ainda manusear direito. Além disso, [...] a colega A., por exemplo, se adapta muito bem com o tablet. Já eu fiquei arrancando os ‘cabelo’; porque eu gosto dos papéis, de colorir, de pintar os dias e essas coisas [...] (AT1)

Contudo, no âmbito da estrutura, considera-se importante destacar dificuldades na operacionalização do GISSA. Se é verdade que alguns profissionais de saúde ainda encontram limitações pessoais para o manuseio da tecnologia digital, as falhas técnicas são mais evidenciadas quanto a ausência de sinal de *internet* e o funcionamento dos robôs do GISSA para captação de informações nos sistemas de saúde (CANUTO, 2019). O problema técnico apontado não se manifesta igualmente em todas as UBS, sendo mais comum naquelas localizadas na zona rural. Neste sentido, uma saída seria buscar outras estratégias para alinhar a informação do sistema com a realidade no território, como, por exemplo, acompanhar o SI-PIN e/ou o Cartão da Criança, no caso de atualização das vacinas.

Nesse sentido, o acesso à comunicação com os ACS, principalmente na zona rural, é apontado, por gerentes e profissionais da saúde de Tauá, como um dos grandes desafios ao processo de trabalho da ESF. Apesar de toda a tecnologia implantada, essa comunicação ocorre, predominantemente, de forma presencial, como exposto a seguir:

[...] às vezes, eu preciso, urgentemente, de um dado de determinado paciente, mas não consigo, por conta da dificuldade de comunicação. Não dá certo por WhatsApp, por ligação ou por outra forma. [...] Tem três ACS que eu nunca encontro. (GT5)

“A gente tem uma boa relação; de ‘porta aberta’ [...] Os ACS vão no consultório, batem, entram e pronto, [...] É bem livre mesmo.” (MT2)

Assim, observa-se que a comunidade da zona rural, geralmente, é prejudicada no acesso às ações e serviços de saúde, pela necessidade de grandes deslocamentos e pela

precariedade na comunicação, o que acaba por comprometer o processo de trabalho da ESF e, conseqüentemente, dos ACS no território, como relatado a seguir:

[...] o município não dispõe de transporte pros profissionais se deslocarem até a zona rural. [...] Nós temos pacientes que precisam de ‘fono’, de fisioterapeuta... mas, infelizmente, eles não são acompanhados. [...] Nós também não dispomos de tempo suficiente pra acompanhar o cartão de vacina de todas as crianças, já que são muitas e a nossa área é distante. [...] Enfim, são várias as barreiras que, infelizmente, penalizam a área rural. (AT2)

Os ACS de Tauá afirmam que, apesar de já terem participado de alguns cursos oferecidos pela gestão, como Planificação da APS, Controle de álcool e outras drogas, CTACS, “Viver Bem no Sertão”, “Caminhos do Cuidado”, “Kit da Família Brasileira Fortalecida” (curso on-line), a saúde é uma área dinâmica, na qual as mudanças acontecem com frequência. Para acompanhá-las, seria necessária uma Política Municipal de Educação Permanente em Saúde. No entanto, ela não existe, o que exige que os profissionais busquem adquirir conhecimento por meio da pesquisa ou da Educação Continuada, com o propósito de responder a uma demanda pessoal e/ou da comunidade.

O CTACS foi concluído em 2016. No entanto, nem todos os ACS do município participaram desse processo de Educação. Aqueles que assim o fizeram, expõem que a formação sobre as doenças crônicas não supriu as necessidades de aprendizagem e, portanto, precisam de uma atualização. Enquanto ela não acontece, eles buscam informações por meio de outras fontes, como a internet.

Em relação às doenças crônicas, [...] o que vimos [...] no CTACS [...], foi muito superficial. Pra ser sincera, sinto falta de uma capacitação. [...] Sou responsável pela orientação que vou passar. [...] Se eu não recebo nenhum treinamento [...], então eu vou pesquisar [...]. (AT3)

[...] a gente se esforça pra buscar conhecimento [...], pois as pessoas confiam [...] no que falamos e orientamos. [...] Então, a gente [...] dá uma lida, uma pesquisada e aprende também [...] dentro do processo. [...] Às vezes, eu pesquiso na internet, em sites de saúde; outras vezes, eu pergunto pro médico. (AT4)

[...] em 15 anos, não tinha acompanhado nenhum caso de hanseníase; e nunca recebi uma formação [...]. Quando apareceu na minha área, eu fiquei [...] sem saber o que fazer. Aí, vim na unidade e [...] a enfermeira me arrumou um livro. Daí, fui ver algumas informações sobre a doença e orientações sobre o tratamento. (AT9)

Apesar de existir essa lacuna, os ACS confessam que, na maioria das vezes, não compartilham com os demais profissionais da ESF sobre as necessidades e demandas em relação à Educação Permanente em Saúde. Eles acabam por manter esse descontentamento

entre eles mesmos; atitude que não contribui para a solução do problema. Talvez, com a pressão das eSF, a Gestão também se sinta pressionada a elaborar e executar, em parceria com os profissionais da ESF, uma Política Municipal; semelhante ao que aconteceu em relação à implantação do CTACS, por pressão da própria categoria. Este curso foi uma conquista dos ACS concursados em 2008. Eles não se sentiam capacitados para desenvolver suas atribuições na ESF e, quando souberam do curso técnico, começaram a reivindicar por ele, como relatado a seguir:

[...] a gente sabia que o CTACS era de fundamental importância pra o nosso trabalho [...]. Aí, começamos a cobrar da Gestão. Em 2014, teve a primeira fase; 2015, a segunda; e 2017, a terceira. [...] Portanto, o curso técnico foi uma demanda e uma conquista nossa. (AT9)

Um exemplo positivo de uma iniciativa de compartilhamento da demanda pessoal foi uma formação sobre “Saúde do Trabalhador”, recebida pelos ACS da zona rural, após compartilharem essa necessidade de conhecimento com a eSF. A formação foi conduzida pelo médico da equipe, especialista na área. Ele preparou uma apostila, respondendo aos questionamentos dos ACS quanto aos temas ‘Acidentes de Trabalho’, ‘EPI’ (Equipamentos de Proteção Individual), ‘Primeiros Socorros’, ‘Doenças ocupacionais’, dentre outras; informações básicas para que eles pudessem repassar à comunidade rural.

## 7. DISCUSSÃO

A expansão da ESF nas últimas décadas, no âmbito do SUS, foi feita com o propósito de produzir significativas mudanças nos modos predominantes de organizar serviços e práticas dos profissionais da saúde; criou, assim, um amplo campo de experimentações sociais e teve um impacto muito importante na saúde da população brasileira, facilitando melhor o acesso e a utilização dos serviços de saúde (MELO & MATTOS, 2018; MENDONÇA *et al.*, 2018).

A *Teoria do Processo de Trabalho em Saúde*, formulada por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, em 1988, cujo conceito diz respeito à prática dos trabalhadores de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços, aplica a conformação dos seus elementos constituintes – objeto, instrumentos (materiais e intelectuais/saberes), a atividade humana/finalidade (o próprio trabalho) e os agentes. Mendes Gonçalves introduziu à categoria *trabalho*, as da *tecnologia em saúde* (leve, leve-dura e dura) e do *saber operante*. Para ele, a *tecnologia* se refere aos elos entre a atividade e o objeto de trabalho, por meio dos instrumentos, salientando sua abrangência para além dos materiais, como a modalidade de organização do trabalho e o saber (PEDUZZI, 2002; PEDUZZI & SCHRAIBER, 2009).

A proposta deste capítulo é apresentar uma discussão do material analisado e descrito no capítulo anterior a partir da perspectiva da *Teoria do Processo de Trabalho em Saúde*, de Ricardo Bruno Mendes, para o trabalho dos ACS que atuam nas UBS da Regional II, do município de Fortaleza, e das zonas urbana e rural, do município de Tauá, conforme seus elementos constitutivos – objeto, atividade, instrumentos e agentes.

### 7.1 Aspectos relacionados ao objeto de trabalho e à atividade humana

Como visto, no processo de trabalho, segundo Marx, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. O objeto é, pois, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador e representa o que vai ser transformado. Na saúde, portanto, o objeto do trabalho é representado pelas necessidades humanas (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2009).

Como objeto e atividade estão fortemente interligados, sua dissociação tornaria a discussão sem um sentido concreto. Desta forma, ambos os elementos foram reunidos em uma única categoria.

Os ACS que atuam na ESF da Regional II de Fortaleza e das zonas urbana e rural de Tauá têm como projeto comum responder, prioritariamente, às intrincadas demandas e necessidades de saúde da comunidade sob sua responsabilidade, inseridas num contexto de vulnerabilidade social, política e econômica. No entanto, devido às atribuições que lhes competem e, conseqüentemente, às respostas que devem dar às cobranças da gestão, tem como foco de suas atividades a atenção aos grupos prioritários preconizados pelas Políticas Públicas. Desta forma, observou-se que, a realidade do cotidiano dos ACS, os coloca diante de diversas demandas e desafios. A prática do ACS caracterizou-se por situações de singularidade, complexidade, incerteza e conflitos de valores.

Neste contexto, a participação dos ACS, na ESF dos municípios de Fortaleza e Tauá, ficou marcada pela vivência com e na comunidade, presente no cotidiano de suas práticas, principalmente, por meio da visita domiciliar. O trabalho realizado no território compreendeu várias atividades, dentre elas: o acompanhamento da situação de saúde, orientação para prevenção, coleta de informações em saúde, entrega de exames e consultas especializadas, e identificação de novas demandas, apoiando as famílias para obtenção do acesso aos serviços de saúde no caso de doenças agudas ou de agudização de agravos crônicos.

A priorização das atividades, como a elaboração da agenda semanal das visitas domiciliares, por exemplo, pareceu ser bem pessoal, em ambos os cenários, pois cada ACS tem seu jeito de realizá-la, conforme personalidade e identificação com o processo de trabalho. No entanto, a sistemática de organizar as visitas por ruas parece ainda ser a mais utilizada pelos ACS dos municípios.

Entretanto, como já dito, os ACS deparam-se com outras necessidades de saúde, além dos grupos prioritários, que chegam a comprometer o cumprimento do planejamento elaborado. Relatam, muitas vezes, que, durante as visitas de rotina, surgem outras demandas que mudam a programação e o foco da atenção. Alguns ACS até têm dificuldade de descrever uma rotina por causa da imprevisibilidade das demandas que surgem no território.

Desta forma, os ACS da Regional II de Fortaleza confirmam a dificuldade em realizar um planejamento prévio das atividades e ações e, assim, acabam por priorizar as demandas advindas da gestão.

Este fato também foi percebido no município de Tauá. Ao aderirem ao projeto ‘Viver Bem no Sertão’, os ACS tiveram que acrescentar à sua rotina o preenchimento do questionário *Findrisk*, durante visitas às pessoas maiores de 20 anos, a fim de avaliar o risco para *Diabetes Mellitus* Tipo 2. Segundo esses profissionais, não houve diálogo prévio sobre a

disponibilidade de tempo e espaço na “agenda”. Essa nova atribuição aguçou sentimentos conflituosos.

A visita domiciliar possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário e a constatação *in loco* das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos de que a família dispõe (MOROSI & FONSECA, 2018). Nelas, o foco principal foi o acompanhamento dos grupos prioritários, correspondentes as ações programáticas do MS: gestantes, puérperas, crianças menores de dois anos, hipertensos, diabéticos, e acamados ou domiciliados. Em ambos os cenários em estudo, os ACS parecem seguir uma maneira padronizada na rotina desse acompanhamento, com exceção à atenção à criança na Regional II de Fortaleza, a qual é acompanhada até os cinco anos de idade completos pelo receio que o ACS tem dos pais e/ou responsáveis não prestarem o cuidado necessário a um ser ainda imaturo e dependente.

Durante as visitas domiciliares, os ACS aproveitam a oportunidade para orientar sobre exames preventivos e planejamento familiar, por exemplo, e informar sobre os serviços prestados na UBS, o funcionamento do atendimento odontológico e as atividades coletivas, principalmente os Grupos Operativos. Também, em casos urgentes, realizam a entrega em domicílio do agendamento das consultas e exames especializados e das medicações.

O risco dessa “assistência” se limitar à mera “transmissão de recados”, e o acompanhamento das famílias permanecer centrado em ações de enfoque curativo, assistencialista, guiadas por programas preestabelecidos, podem mascarar as reais necessidades de saúde da população e comprometer seu cuidado integral. Isso acontece quando se compreende o trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, passível de ser redirecionado segundo as necessidades do serviço para atividades que supostamente demandam baixa qualificação. Conseqüentemente, não se exige nem se oferece mais conhecimentos aos ACS do que aqueles necessários para realizar “operações simples”, ignorando seu papel fundamental de mediador (SANTOS *et al.*, 2011; MAGALHÃES *et al.*, 2016; RIQUINHO *et al.*, 2018 *apud* MOROSINI & FONSECA, 2018).

O cuidado à atenção materno-infantil foi uma atividade fortemente desenvolvida pelos ACS. Esse achado corrobora com os estudos de Santos & Fracolli (2010), os quais indicam que o ACS parece priorizar o desenvolvimento de ações voltadas para a orientação da comunidade quanto aos sinais clínicos que indiquem problemas de saúde, principalmente no que diz respeito aos cuidados com gestantes e crianças.

Relatos indicam que, em algumas áreas de ambos os municípios, ocorre pouca adesão dos pais e/ou responsáveis na vacinação das crianças. Em Fortaleza, mesmo em ações ou campanhas mais próximas às residências, a dificuldade parece estar relacionada a alta vulnerabilidade social das famílias e comunidades, como a drogadição. Já em Tauá, essa condição está mais relacionada às limitações quanto ao deslocamento em localidades distantes interligadas por uma infraestrutura viária precária. Ambas as situações requerem grandes esforços dos ACS para cumprirem o acompanhamento de suas crianças.

Outra prática dos ACS, realizada durante a visita, foi a coleta das informações de saúde do território por meio do cadastramento individual e domiciliar, preenchimento do consolidado das crianças e outros dados por ciclo de vida ou agravo. Em Tauá, além dessas informações, os ACS mencionaram realizar notificação dos casos de diarreia, dos nascidos-vivos e óbitos.

O agendamento para atendimento à demanda programada nas UBS de ambos os cenários do estudo foi uma dificuldade citada no dia a dia do ACS. Ele é feito para os usuários que tem doenças crônicas (*Diabetes Mellitus*, hipertensão arterial, hanseníase, lúpus, etc.) ou para acompanhamento de pré-natal e puericultura. No entanto, caso o usuário adoeça e precise antecipar a consulta, ou mesmo para aquelas pessoas que não têm agendamento contínuo, faz-se necessário seu comparecimento à UBS apenas para agendá-la. O ACS intervirá nesta situação em casos de urgência ou condições que limitam a ida do indivíduo à Unidade de Saúde.

Merece destaque, também, o empenho dos ACS, da Regional II de Fortaleza, e das zonas urbana e rural de Tauá, nas ações de vigilância ambiental voltadas ao combate às arboviroses, nos domicílios e território. As atividades nesses municípios parecem estar associadas, provavelmente, à época do ano em que ocorre o aumento dos casos desses agravos. Suas ações têm como objetivo a informação, a prevenção e a eliminação de possíveis focos do mosquito *Aedes Aegypt* nos espaços privados e comunitários. Há relatos de participação em mutirões de limpeza para o cuidado com o acondicionamento e a destinação do lixo.

Por fim, ficou clara a diferença entre as realidades das zonas urbana e rural, como ratificado por estudo de BARRETO *et al.* (2018), o qual aponta que, na zona urbana, se revela a vida de moradores de bairros populares, escassos em serviços públicos, excluídos do consumo, sujeitos às mudanças frequentes de endereço, e submersos em um cotidiano violento relacionado com o tráfico de drogas. Nesses territórios, muitas vezes, os chefes do tráfico regulam a vida da comunidade e a visitação domiciliar dos ACS.

O mesmo estudo (BARRETO *et al.*, 2018) concluiu que, na zona rural, o problema maior é o isolamento da população, dispersa em grandes extensões de semiárido, sem

transportes públicos ou particulares acessíveis. Desta forma, observou-se que, nos contextos rural e urbano investigados, os ACS acabam por utilizar seu transporte pessoal e comprar, com seu salário, o combustível para que as visitas domiciliares tenham continuidade.

## **7.2 Aspectos relacionados às tecnologias/instrumentos de trabalho**

Outra categoria que Ricardo Bruno Mendes Gonçalves trabalhou com afinco é a *tecnologia em saúde*. De acordo com o autor, o conceito de *tecnologia* não se resume ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas sim ao conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática. Para Mendes Gonçalves, a *tecnologia* se refere aos elos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho, ou seja, os elos entre a atividade e o objeto de trabalho, através dos instrumentos, identificados como materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e outros. Os segundos são os saberes, ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual, que articulam os agentes e os instrumentos materiais. Por fim, Mendes Gonçalves formula que o saber é um recurso que põe em movimento os demais componentes do processo de trabalho (PEDUZZI, 2002; PEDUZZI & SCHRAIBER, 2009).

No município de Tauá, durante a visita domiciliar, os ACS utilizam como instrumento material de trabalho a balança infantil para a pesagem das crianças. Porém, em Fortaleza, apesar de essencial para o monitoramento do desenvolvimento infantil, os ACS não realizam sua pesagem, por falta de balança portátil disponibilizada pela gestão municipal.

Nessa perspectiva, uma das principais queixas dos ACS foi a condição de trabalho oferecida pela gestão municipal. Eles relatam que falta material necessário para a realização das atividades rotineiras, como fichas de cadastro e acompanhamento, equipamentos de proteção individual (EPI) e filtro solar. Em Fortaleza e Tauá, os ACS mencionaram que a falta de identificação por meio do fardamento ou crachá é um fator limitante das ações no território. Para os profissionais de Fortaleza, o crachá de identificação é um item importante no dia a dia, pois, diante do contexto de violência que vivenciam, mesmo sendo conhecidos na comunidade, o crachá foi percebido como um instrumento de segurança ao abordar novas famílias ou serem abordados pelos policiais que chegam no território.

O MS institui como equipamentos básicos para o trabalho do ACS: o fardamento, o crachá de identificação, as fichas do SIAB, a balança, o cronômetro, o termômetro, a fita métrica e o material educativo (BRASIL, 2002). Não há nenhuma legislação que obrigue as

instituições a oferecerem o filtro solar. No entanto, estudo realizado por Jardim e Lancman (2009) identificou que esses trabalhadores ficam expostos ao sol por mais de cinco horas por dia, em horários críticos entre as 10h e 15h, representando um risco elevado para a saúde. Na percepção dos ACS, tanto de Fortaleza como de Tauá, a aquisição desses itens ajudaria a motivá-los na realização do trabalho.

Contudo, as Cadernetas da Criança, da Gestante e do Idoso, e as fichas de cadastro A, B e e-SUS auxiliam na execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação das atividades dos ACS em ambos os cenários. Especificamente, para registro das informações de cadastramento e acompanhamento das famílias, os ACS utilizam as fichas A e B, respectivamente, e a e-SUS, a ficha do sistema nacional. Em Fortaleza, os ACS alimentam o prontuário eletrônico, *Fastmedic*, na UBS, geralmente, exportando os dados das fichas A e B para a ficha e-SUS, contida nesse prontuário. Para tanto, precisam reservar um espaço na agenda, semanalmente, para a realização dessa atividade, como pode ser constatado a seguir:

Já no município de Tauá, os ACS empregam a plataforma GISSA e tecnologia móvel para registro, em tempo real, das coletas de dados, facilitando o trabalho desses profissionais. Alguns ACS confirmam que esse instrumento agiliza o processo de informação dos dados. Barreto *et al.* (2018) confirmam que estes são indicativos da importância da informatização do processo de trabalho, com a entrada de dados durante as visitas por meio de tablets, o que liberaria tempo para a realização de outras atividades.

No entanto, alguns ACS apresentaram dificuldades e resistência à mudança para a nova tecnologia, registrando, ainda, as informações em papéis e cadernos, por se identificam mais com a forma tradicional de registro. Na realidade, observa-se que há uma limitação do uso da plataforma GISSA pelas eSF que atuam na zona rural, onde o acesso ao sinal da *internet* é deficitário, comprometendo o registro dos dados coletados e, conseqüentemente, a atualização dos relatórios. Assim, os profissionais dessa área ainda preferem o trabalho de preencher de fichas manualmente para, então, repassar os dados às equipes de saúde quando das reuniões de apresentação do consolidado.

No município de Tauá, os ACS mencionaram a utilização do *WhatsApp* como ferramenta que fomenta a comunicação entre eles e a equipe, entre eles e a comunidade, e entre a equipe e a comunidade. No entanto, essa comunicação é mais fácil na zona urbana, já que o acesso à *internet* se configura como uma limitação da zona rural, onde o encontro acontece, mais comumente, de forma presencial.

A atuação com redes de relacionamentos significativos, como família, amizade, trabalho, estudo e comunidade, além de agências sociais e institucionais, contribuem para a

articulação e o fortalecimento de relações entre pessoas de um território e sistema de cuidado (BASTOS, 2010; FALKENBERG, MENDES, MORAES e SOUSA, 2014; BATISTA, ALMEIDA e TRINDADE, 2018; CRUZ e BRUTSCHER, 2018).

Em relação ao instrumento não-material, o saber, um papel que marca a prática dos ACS é o de articulador dos serviços ofertados por diversas políticas públicas no território, envolvendo, no âmbito da APS, a eSF, NASF e RAS; e, no âmbito do controle social, as Redes de Apoio, como lideranças comunitárias, Conselhos Locais de Saúde e equipamentos sociais (Igreja, Associações, empresas e comércio). De forma geral, os ACS apresentam demandas específicas pelo Conselho Tutelar, o NASF, os CRAS e CREAS, para o encaminhamento de famílias com risco social.

Outro papel relevante, relatado pelos ACS, porém com menos ênfase, é o de educador em ações de Educação em Saúde. Neste caso, eles mencionam a participação em grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes, tabagismo, etc.) e as ações educativas nas residências, UBS, escolas e outros espaços sociais. Sua principal função é a de mobilizar a participação da comunidade; porém, com menos frequência, orientam sobre hábitos saudáveis e compartilham de suas vivências, principalmente em ações individuais. Alguns fatores parecem desmotivar a realização das ações de Educação em saúde, como a pouca valorização da gestão ou, mesmo, o pouco interesse da população em participar dos encontros.

As reuniões de equipe se constituem em uma oportunidade para gerar novas negociações e novos significados. Esse é um espaço institucionalizado, no processo de trabalho, que possibilita refletir sobre as práticas cotidianas. Favorecem o engajamento da equipe e, por conseguinte, a melhoria das respostas às demandas e necessidades de saúde da população. É um processo intencional atrelado ao fazer e que demanda uma ação consequente, possivelmente, mais efetiva (NEPOMUCENO, 2019).

No município de Tauá, esses encontros ocorrem de forma sistemática, principalmente, na zona urbana, e são oportunidades dos ACS levarem os principais problemas da área na tentativa de resolver com a equipe, que traçam metas, planos e ações conjuntas. A inclusão do ACS no planejamento das atividades pode permitir a aproximação dos profissionais, o desenvolvimento de uma relação bem estabelecida, com troca de informações, facilitando, assim, a relação com a comunidade, pois a sua credibilidade aumenta com o trabalho em equipe.

Esta evidência é corroborada com os achados de Ribeiro, Pires e Blank (2004), que afirmam que o trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro, valorizando a

participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados. Significa, também, utilizar-se da interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e reconhecimento recíproco de saberes e da autonomia técnica.

Em ambos os municípios, os ACS relataram ter participado de diversas formações e capacitações técnicas oriundos de treinamentos institucionais oferecidas pelas esferas federal, estadual e municipal. Citaram vários cursos e treinamentos focais, tais como aqueles sobre os Programas do MS, que compreendiam temas variados: crescimento e desenvolvimento da criança; prevenção de diarreias; tabagismo; pré-natal; hipertensos; diabéticos; planejamento familiar; etc. Entretanto, os ACS de Tauá expressaram que o conhecimento sobre a prática foi sendo adquirido à medida em que foram atuando no território e a partir dos problemas vividos no processo de trabalho; principalmente, pela experiência compartilhada com seus pares e demais integrantes da equipe de saúde, em especial enfermeiros(as) e médicos(as). Isso gera uma identidade, a qual é edificada na prática cotidiana, no trabalho em equipe, no tempo de permanência e no vínculo com a comunidade e com a ESF (MAGALHÃES *et al.* 2016), pois, uma vez no cargo, eles aprendem a “ser agentes”.

Já em Fortaleza, nas UBS participantes do estudo, por exemplo, o matriciamento em saúde mental realizado entre os profissionais do CAPS e da APS, pareceu proporcionar um espaço de aprendizagem significativo. Em contrapartida, as reuniões de equipe encontram-se fragilizadas devido a problemas na organização do processo de trabalho. Os encontros ocorrem esporadicamente; e, quando acontecem, tem, comumente, a participação apenas do(a) enfermeiro(a) da equipe. Este fato demonstra pouca integração e articulação entre os membros das equipes de saúde. De acordo com Peduzzi (2002), no diálogo sobre a complementaridade e interdependência dos trabalhos, está incluída a dimensão ética (relacionamento interprofissional e preocupação em reconhecer e considerar os trabalhos). Portanto, a construção do trabalho em equipe requer a explicitação e o enfrentamento dialógico de conflitos, buscando uma dinâmica de flexibilidade de regras, negociações, acordos e compartilhamentos de decisões e responsabilidades entre agentes.

Os autores Pinto *et al.* (2015 *apud* MOROSINI & FONSECA, 2018), apontam que os diálogos operados na prática dos ACS estabelecem sentidos para as vidas na comunidade, interpostos por condições e determinantes para sobrevivência. Nas conversas, as pessoas exprimem seus sentimentos e disponibilizam suas vivências mais significativas para a saúde. Para Stotz, David e Bornstein (2009), com gestos, escutas e conversas horizontais, a população

incorpora, em sua maioria, as orientações terapêuticas e as recomendações para prevenção e promoção a saúde.

Assim, emergiu uma potencialidade do vínculo com a comunidade, tornando-se atributo significativo para as relações vivenciadas. O vínculo, como uma tecnologia relacional, encontrou no ACS um pilar para sua construção, uma vez que ele está mais próximo da realidade vivenciada pelas pessoas, fortalecendo uma das premissas básicas para a atuação na ESF (NEPOMUCENO, 2019).

Em relação à busca pelo conhecimento, o “saber-fazer”, os ACS de ambos os cenários em estudo, não se sentem preparados para lidar com certas situações e necessitam de formações e capacitações voltadas para atender às diversas demandas que surgem da comunidade. Para eles, há necessidade de uma atualização constante e permanente, pois a Saúde é uma área dinâmica, em que “as coisas” mudam rapidamente. Nesse intuito e na falta do processo estabelecido de Educação Permanente em Saúde, alguns ACS buscam o conhecimento em outras fontes de pesquisa, como livros e internet, para ajudar a atender melhor às necessidades das famílias e intervir de forma resolutiva.

Corroborando com essa linha de raciocínio, Stotz, David e Bornstein (2009) afirmam que, apesar do ACS ser um agente de mediação entre diversos saberes, normalmente, ele atua em caráter impositivo e verticalizado, na medida em que sua atividade prioriza as orientações para a comunidade, procurando convencer a população da superioridade do saber técnico sobre a vida e adoecimento da população. Além disso, nota-se, a partir dos relatos, que a prática dos ACS tem contornos fragmentados e, muitas vezes, insuficientes para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de sua função, pois sua atuação, com frequência, vai além das práticas de orientação em saúde.

Diante da complexidade de atribuições do ACS, a Educação Permanente em Saúde, como processo educativo em relação ao trabalho, oportuniza o aprendizado e não transmite informações, podendo, com isso, operar mudanças no cuidado em saúde. Portanto, a atuação dos ACS exige qualificação adequada e permanente, para assumir suas atribuições na ESF e com a comunidade (STOTZ, DAVID & BORNSTEIN, 2009; SOUZA *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o processo de Educação Permanente do ACS deveria subsidiar o enfrentamento das dificuldades e dilemas do cotidiano, orientando iniciativas de transformação das práticas de saúde por meio da problematização da realidade e da reflexão crítica sobre os significados dos valores e condutas morais presentes nas comunidades. Para tanto, é necessário ultrapassar questões relativas à saúde-doença para abarcar também o terreno ético-político, o

que poderá contribuir para a construção de lógicas mais solidárias nas relações entre as pessoas (VIDAL *et al.*, 2015 *apud* MAGALHÃES *et al.*, 2016).

### **7.3 Aspectos relacionados ao agente do trabalho: o ACS – em busca de sua identidade**

No território, os ACS constroem subjetiva e objetivamente suas experiências e aprendem como e o que é “ser agente” nas suas múltiplas atribuições, expressas nos termos: “perceber”; “conviver”; “avisar”; “encaminhar” (para especialistas); “informar e orientar”; “trazer” (informação para a ESF); “esclarecer”; “dar suporte e ajudar”. Tais ações se tornam vivas e ganham significado interagindo com vivências, sentimentos e relações na construção de sua identidade (JARDIM & LANCMAN, 2009 *apud* MAGALHÃES *et al.*, 2016).

Durante o relato do processo de trabalho e do seu significado nas vidas dos ACS, houve um misto de emoções. Uma dualidade de sentimentos mostrou-se bastante frequente no estudo: ora declarações de amor e dedicação no exercício da função, ora sensação de frustração, desvalorização e desejo de “abrir mão” de sua missão.

Para Jardim e Lancman (2009 *apud* MAGALHÃES *et al.*, 2016), o trabalho influi diretamente na inserção social e na construção da identidade dos indivíduos, funciona como espaço privilegiado de trocas e de mediações, e permite o confronto entre o mundo externo (das relações e organização do trabalho com suas lógicas, regras, valores e desafios) e interno (a singularidade e subjetividade) do trabalhador. Assim, se se pretende a efetiva transformação das práticas de cuidado à saúde pela ESF, é fundamental compreender, em uma perspectiva do sujeito, o processo de trabalho do ACS face às contradições vivenciadas entre teoria e realidade que expõem a sua busca por uma identidade.

Em relação aos participantes da Pesquisa, percebe-se que quase a totalidade dos ACS é do sexo feminino. No Brasil, a maioria dos profissionais na área da saúde é mulher, inclusive entre os ACS. A maior frequência de mulheres entre esses trabalhadores é um dado histórico e persistente, observado em diversas pesquisas. Essa crescente feminização da força de trabalho reflete a priorização da contratação de mulheres pelo impacto na sua condição social e na de suas famílias. Historicamente, o papel feminino de cuidadora favorece sua inserção na comunidade e dá credibilidade ao seu trabalho, entretanto, nas sociedades capitalistas, essa ocupação costuma ser desvalorizada. No caso das ACS, trabalhar próximo à residência representa uma vantagem que supera os baixos salários e/ou a precarização do trabalho, pois lhes possibilita controlar e acompanhar o cotidiano dos filhos, especialmente aqueles em idade escolar (MOTA & DAVID, 2010 *apud* MAGALHÃES *et al.*, 2016; BARBOSA *et al.*, 2012

*apud* MAGALHÃES *et al.*, 2016; PINTO, 2015; SANTOS & FARIAS FILHO, 2016 *apud* MAGALHÃES *et al.*, 2016; MAGALHÃES *et al.*, 2016).

Morar na comunidade pareceu favorecer o ACS a desenvolver mais empatia com as situações que ocorrem no território, e importar-se com os problemas das famílias, desenvolvendo suas atividades com amorosidade e respeito, sentimentos que pareceram bem significativos para prática desses profissionais. Assim, a partir dos resultados, pode-se concluir que trabalhar e morar no mesmo território é uma condição contraditória. Essa ambiguidade se dá pelo fato de que, fazer parte do contexto social, facilita a identificação de problemas socioculturais e ambientais, possibilita a construção de vínculo com as famílias e comunidade, e contribui para o exercício das funções na eSF; mas, também, gera desconfortos para os ACS, em particular pela própria limitação do SUS em viabilizar a atenção integral numa linha de cuidado efetiva.

O vínculo é uma das premissas básicas para atuação na ESF e encontra no ACS um pilar para sua construção. Sua participação é essencial, visto estar em contato permanente com a comunidade, com suas famílias e com indivíduos que precisam muito de nós, dentro de suas expectativas, necessidades, culturas e valores (NEPOMUCENO, 2019).

Stotz, David e Bornstein (2009), deduzem que tais fatores, provavelmente, estão relacionados à noção de pertencimento do ACS à área de atuação, pois ele conhece a comunidade, suas crenças, seus valores e condições de vida e, muitas vezes, apresenta comportamentos semelhantes.

Embora seja responsabilidade de todos, cabe ao ACS o esforço inicial de articulação e integração da equipe com a população adscrita. O sucesso da ESF depende disso, cuja construção requer um movimento de sair de si para encontrar no outro certo sentido ao seu fazer; condiciona-se à conquista da confiança dos usuários, o que demanda tempo, respeito ao outro e extrapola o campo profissional. Especialmente quando a relação estabelecida ultrapassa o limite profissional e adentra o campo pessoal, sua atuação introduz um novo significado à sua praxis: um vínculo social, diferente daquele que possuía na relação de vizinhança e amizade, expondo impossibilidades institucionais e limitações do setor saúde (JARDIM & LANCMAN, 2009 *apud* MAGALHÃES *et al.*, 2016; MOROSINI & FONSECA, 2018; FEUERWERKER & CAPOZZOLO, 2018).

Na visão dos ACS, seu processo de trabalho expõe a atuação de um profissional polivalente, sem posição definida na eSF e ambíguo: ora desacreditado e “silenciado” pela pouca autonomia no saber e fazer, e pelas dificuldades experimentadas na equipe, no serviço e na comunidade; ora trabalhador pela transformação das condições de vida das famílias e da

comunidade, em busca de valorização e de uma identidade própria, que, desta forma, oscila entre uma dimensão mais técnico-biomédica e outra mais relacional, voltada à escuta.

Estudos apontam que tanto o esgotamento como estresse profissional têm se tornado cada vez mais sérias ameaças para os profissionais de saúde, podendo afetar sua qualidade de vida, a eficiência no trabalho, causar dificuldade de comunicação e insatisfação, com consequentes repercussões na qualidade do trabalho (SANTOS & FRACOLLI, 2010; SANTOS & FARIAS FILHO, 2016; RIQUINHO *et al.*, 2018; NEPOMUCENO, 2019).

Muitas vezes, os desafios para o trabalho na ESF extrapolaram as ações normatizadas dos ACS, em virtude da complexidade e diversidade dos problemas. Chamou atenção a expressão “ser psicóloga” e “advogada”, práticas implícitas no seu cotidiano. Em ambos os municípios, os ACS trouxeram, em seus relatos, uma forte ligação ao papel de apoiador emocional para as famílias diante das dificuldades enfrentadas.

Em Tauá, os termos “Olhos” e “escudo do PSF” foram evidenciados nas falas dos ACS participantes do estudo. Eles sentem que são os primeiros da equipe de saúde que entram em contato com os problemas da comunidade, e ao exercer este papel transformam-se em “olhos” e “escudo” do PSF, ou seja, são eles que recebem sempre o primeiro impacto das demandas que surgem na comunidade. Por serem a porta de entrada, absorvem as demandas de forma integral.

No território, os ACS se depararam com aspectos legais e éticos relativos a situações de pobreza, violência intrafamiliar, alcoolismo, entre outras questões que, isoladamente, a medicina tecnológica e/ou o serviço não conseguem resolver ou amenizar, o que lhes gera sofrimentos, angústias e incertezas (VIDAL *et al.*, 2015 *apud* MAGALHÃES *et al.*, 2016). No trabalho, reclamaram de: falta de autonomia, de estímulo e de apoio no serviço; baixa remuneração; desvalorização; excesso de cobranças; sentimento de impotência e frustração diante da não resolução e/ou não atendimento das demandas comunitárias e dos contratempos para cumprir suas múltiplas atribuições. Relataram também dificuldades de ordem burocrática, financeira, operacional (excesso de demandas frente à oferta, rotatividade profissional nas equipes), logística e de integração com a própria equipe, além do despreparo para lidar com os diversos obstáculos, como a violência no território.

O estudo de Barreto *et al.* (2018) constatou que, com o aumento da violência no Ceará, sobretudo na capital, a visita domiciliar pelos ACS pode representar risco de vida, como reportaram as falas sobre ameaças de traficantes. Foi revelada também uma limitação de acesso das mulheres e crianças, envolvidas, de alguma forma, nesse contexto, aos serviços de saúde e educação. Este fato também se confirmou no estudo de Ribeiro (2015 *apud* BARRETO *et al.*,

2018), no qual se levantou a hipótese de que a violência urbana, além da baixa cobertura da ESF, pode ter sido um dos elementos relacionados com as falhas de imunização de crianças com a vacina antissarampo, associada ao surto de sarampo, ocorrido em Fortaleza, entre 2013 e 2015.

Consequentemente, por meio de muito debate entre eles, os ACS participantes deste estudo chegaram a um consenso de que a categoria está adoecida de problemas associados aos transtornos mentais, advindos do campo do trabalho, pois são vítimas de violência urbana e a da própria desvalorização profissional, que lhes afeta, além da falta de resolutividade para as questões de saúde.

Este aspecto também foi observado em outro estudo, realizado na cidade de São Paulo (SILVA *et al.*, 2016 *apud* BARRETO *et al.*, 2018), que constatou que a prevalência de possível depressão, em profissionais da ESF, era 18% mais elevada entre os ACS. Dentre as causas associadas, os autores apontaram: maior tempo de trabalho na APS; grande pressão laboral; a falta de retroalimentação dos supervisores, com respeito ao desempenho; e o escasso apoio social dos colegas e supervisores. Situações também observadas neste estudo.

Além disso, enquanto gestores e demais profissionais das eSF encontraram na gestão e na clínica, respectivamente, um campo de práticas de validação de sua identidade e de seu lugar no sistema, os ACS assumiram variadas atribuições para responder ao modelo de atenção à saúde de que participam e que vivenciam, no qual são cotidianamente expostos à falta de recursos. Emergem dos grupos focais duas representações do ACS: o “agente-psicológico” e o “agente-resolvedor”.

Lamentavelmente, a PNAB 2017 – anexo XXII da portaria MS de consolidação nº 2 (BRASIL, 2017) piorou a situação ao recomendar a capacitação do ACS em procedimentos técnicos de enfermagem e cumpridor de metas pré-estabelecidas. Esta deturpação do modelo de APS atende à ampliação de cuidados biomédicos em detrimento da orientação inicial do MS sobre o trabalho do ACS, cujas atribuições específicas eram:

Traduzir para a equipe de saúde a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser otimizados pelas equipes, além de promover a educação e a mobilização comunitária, visando a desenvolver ações coletivas (BRASIL, 2000).

Trata-se da repetição do modelo hegemônico de cuidado, biomédico, de primazia hospitalocêntrica e prescritiva (curativa) que ainda prevalece no processo de implantação da ESF. Em contrapartida, quando o ACS é reconhecido em sua identidade profissional – ainda

que em construção – a instabilidade na ESF diminui e esse profissional recupera a motivação, o prazer e a satisfação, condições primordiais para um fazer bem (JARDIM & LANCMAN, 2009; VIDAL *et al.*, 2015 *apud* MAGALHÃES *et al.*, 2016; MAGALHÃES *et al.*, 2016).

Este estudo apresenta como limitações a ausência de entrevistas em profundidade com os ACS e a análise de poucos estabelecimentos da APS do Estado do Ceará. Especialmente, em Fortaleza, uma metrópole com suas numerosas variáveis políticas, econômicas, sociais, culturais, dentre outras, donde foram selecionadas apenas duas Unidades de uma determinada região, dentro de um universo complexo de 111 UBS, em 2017. Há necessidade de pesquisas com um universo mais amplo para evidenciar a possibilidade de generalização dos achados deste relato de experiência.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estudo teve por objetivo analisar o processo de trabalho dos ACS na visão dos atores implicados na ESF de dois cenários diversos do Estado do Ceará. O *corpus* de dados aqui apresentado, analisado à luz da *Teoria do Processo de Trabalho em Saúde*, formulado por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, em 1988, aponta que, algumas representações reveladas ainda baseiam-se no modelo biomédico de atenção e cuidado à saúde, o que demonstra que a pretendida mudança do modelo assistencial à saúde ainda encontra resistências, dentro e fora das eSF, e coloca em questionamento a própria construção do cuidado que podem ofertar à população. Portanto, é preciso romper com o caráter vertical de planejamento e de gestão ainda predominante no serviço e dialogar com os ACS para fortalecer a dimensão política do trabalho e o vínculo com a população.

Observou-se também, em ambos os cenários, que a trajetória do processo de trabalho dos ACS se caracteriza por ações educativas de caráter regulatório e organizadas com base nas doenças em que orientam a comunidade sobre mudança de hábitos e comportamentos que promovam saúde, com enfoque na ação nas doenças e nos indivíduos. Com isso, percebeu-se uma fragmentação do trabalho dos ACS correlacionados a uma fragmentação da organização do trabalho na APS de um modo geral. Tais processos são reveladores da dificuldade em superar a lógica biomédica e o modelo curativista. Existe uma diferença importante entre tornar o ACS um profissional de saúde apto a realizar na comunidade alguns procedimentos importantes – garantindo que seu perfil de atuação se mantenha voltado para a educação em saúde – e torná-lo um replicador das mais diferentes práticas (clínicas ou não) que reforçam a perspectiva da educação para a saúde em seu sentido mais restrito. Essas duas alternativas constituem visões polarizadas não apenas sobre o trabalho desse profissional, mas também sobre o que isso implica, com destaque para a sua formação e seu lugar social na equipe e no sistema de saúde.

Nesse sentido, o processo de trabalho do ACS deve envolver a articulação de atribuições, em que cada uma expressa uma dimensão da sua realidade de trabalho: integração entre a população e as equipes de saúde; planejamento e avaliação das ações; promoção da saúde; prevenção de agravos e monitoramento a grupos específicos. Pela capacidade de articulação das atribuições multidimensionais, o processo de trabalho do ACS se mostrou complexo e abrangente, incluindo o diálogo entre políticas sociais e de saúde no território de comunidades vulneráveis, como corroborado pelos papéis do ACS-articulador, ACS-educados e ACS-educando, apresentados anteriormente. Para tanto, é necessário fortalece-lo para a Promoção da Saúde, de forma que esta possa encaminhar para o empoderamento da

comunidade, para a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Frente a isso, a missão do ACS deve ser pensada com ele e por ele.

Vale a reflexão de que a comunidade será mais bem cuidada pelo ACS, trabalhador da interface entre o social, o cultural e o técnico, quando, além dos conhecimentos e habilidades técnicas, eles estiverem motivados e envolvidos de emoção e prazer para desenvolver o processo de trabalho com eficiência, eficácia e efetividade. Esta face do ACS um dia foi muito importante e é necessário que seja estimulada. É preciso reforçar a criatividade, embora ela, assim como a autonomia, não sejam algo comum nos serviços de saúde dos dias de hoje.

Desta forma, uma abordagem multiprofissional é proposta para o cuidado e atenção às necessidades humanas. Ela deve contemplar todos os saberes operantes dos profissionais envolvidos, numa composição igualitária e democrática, na busca de soluções às demandas apresentadas. No tocante aos ACS, deve-se considerar e valorizar outros saberes, além do biomédico, com o objetivo de superar as atividades baseadas em metas. O que se espera é reduzir a fragmentação do trabalho, com vista a um processo mais voltado ao homem, inserido numa complexidade coletiva, ou seja, um processo mais holístico, uma vez que o objeto do trabalho dos ACS é composto por pessoas, amigos, famílias.

## 9. REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; CAVALCANTI, C. G. C. **Modelo Assistencial em saúde no Brasil**. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. Epidemiologia & Saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em [www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contrareformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/297998/](http://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contrareformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/297998/). Acesso em: 6 out. 2017.

BARBOSA, R. H. S. *et al.* **Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, n. 42, p. 751-756, Botucatu, SP, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, Lisboa, PT, 1979

BARRETO, I. C. H. C.; PESSOA, V. M.; SOUSA, M. F. A.; NUTO, S. A. S.; FREITAS, R. W. J. F.; RIBEIRO, K. G.; MEYER, A. P. G. F. V.; ANDRADE, L. O. M. **Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo**. Saúde Debate, v. 42, número especial 1, p. 114-129. Rio de Janeiro, RJ, setembro 2018.

BARROS, M. M. A. F.; MENDES, M. L. C.; FROTA, L. M. A.; ALMEIDA, J. R. S. **Acolhimento em Unidade de Atenção Primária à Saúde: Potencialidades e Desafios**. SANARE, Sobral, v.17, n.02, p.114-119, Jul./Dez., 2018.

BASTOS, A. B. B. I. **A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henry Wallon**. Psicol. inf., v. 14, n. 14. São Paulo, SP. Out. 2010.

BATISTA, S. R.; ALMEIDA, M. M.; TRINDADE, T. G. **Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil: potencialidades e desafios**. In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. p. 313-336, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

BOUSQUAT A, GIOVANELLA L, MEDINA MG, MENDONÇA MHM, FACCHINI LA, TASCA R. NEDEL F, LIMA JG, MOTA PHS, AQUINO R. **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS**. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da ABRASCO. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS ABRASCO. Agosto de 2020. Disponível em: <<https://redeaps.org.br/>>. Acesso em: 19 de maio de 2021.

BRASIL. **Constituição (1988)**. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação Qualitativa do PACS**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1995.

\_\_\_\_\_. **Portaria n° 1.886, de 18 de dezembro de 1997.** Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do Programa Saúde da Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF 22 de dezembro de 1997.

\_\_\_\_\_. **Decreto n° 3.189, de 4 de outubro de 1999.** Fixa diretrizes para o exercício de atividades do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 de outubro de 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** 3 ed. Brasília, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.507 de 10 de julho de 2002.** Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial União*, Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Referenciais Curriculares Nacionais da Educação profissional de Nível Técnico. Área Profissional Saúde.** MEC/Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Educação Profissional. Brasília, DF, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Área Profissional Saúde.** Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Brasília, DF, 2004b.

\_\_\_\_\_. **Portaria n° 198/GM/MS. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB – indicadores 2005.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006.** Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao Art. 198 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006.** Regulamenta o § 5º do Art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do Art. 2º da Emenda Constitucional n° 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 01, p. 1, Brasília, DF, 06 de Outubro de 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, DF, 2006d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília, DF, 2006e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 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, Estratégia Saúde da Família e Programa de Agente Comunitário de Saúde. Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Portaria de criação n. 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica. Volume II.** Brasília, DF, 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 12.994, de 17 de junho de 2014.** Altera a Lei n. 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. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2014.

\_\_\_\_\_. **Decreto 8.474 de 22 de junho de 2015.** Regulamenta o disposto no §1º do Art. 9º-C e no § 1º do Art. 9º-D da Lei . 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2015/devreto/d8474.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/devreto/d8474.htm). Acesso em 2 de junho de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Serviço de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa.** Acesso à informação. Ações e Programas. Publicado em 22 de outubro de 2015 (atualizado em 03/10/2017). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>. Acesso em 15 de maio de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos.** 3ª. ed. Ministério da Educação, Brasília, DF, 2016a.

\_\_\_\_\_. 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. Site: [www.podersaude.com.br/novosite/images/11.05.2016b](http://www.podersaude.com.br/novosite/images/11.05.2016b). Acesso: 18 abr 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 959, de 10 de maio de 2016.** Define o valor do incentivo de custeio referente ao acréscimo de profissionais- Saúde da Família. Site: [www.podersaude.com.br/novosite/images/11.05.2016c](http://www.podersaude.com.br/novosite/images/11.05.2016c). Acesso: 18 abr 2018.

\_\_\_\_\_. **Projeto 6.437 de 2016 (Substitutivo aprovado na Câmara dos Deputados).** Altera a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de capacitação e a indenização de transporte dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*, 2016d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS AB. Portal da Saúde.** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>. Acesso: 20 de maio de 2017b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF, 2018a.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória nº 827, de 19 de abril de 2018.** Altera a lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, quanto aos direitos dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Brasília, DF, 2018b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 13.708, de 14 de Agosto de 2018.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF, 2018c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde Brasileira.** Brasília, DF, 2019. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_resumida.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_resumida.pdf). Acesso: 20 de maio de 2021.

\_\_\_\_\_. MS, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS: Diretrizes e Orientações para a Formação.** 3ª. Ed. Brasília, DF, 2020a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico especial: doença pelo coronavírus COVID-19.** Semana Epidemiológica 33 (08 a 15/08), boletim Nº.27. Brasília: Ministério da Saúde. 22 de agosto de 2020b.

\_\_\_\_\_. MS, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 1, de 28 de abril de 2021.** DOU, Ed. 79, Seção: 3, p. 96. Publicado em 29/04/2021. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/edital-n-1-de-28-de-abril-de-2021-316888845>>. Acesso em: 20 de maio de 2021.

BUSS, P. M. *et al.* **Saúde na agenda de desenvolvimento pós 2015 das Nações Unidas.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n.12, pp. 2.555-2.570, 2014. *In:* Promoção da Saúde e o Desafio da Intersetorialidade na Atenção Básica no Brasil. Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

CÂNDIDO, J. A. B. C.; TORRES, G. M. C.; FIGUEIREDO, I. D. T.; MORAIS, A. P. P.; PINTO, F. J. M.; PINTO, A. G. A.; MOREIRA, M. R. C.; ALMEIDA, M. I. **FINDRISK: estratificação do risco para Diabetes Mellitus na saúde coletiva.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde. v.30, n. 3, 2017.

CANUTO, O. M. C. **A Abordagem por Competências nos Currículos de Formação Profissional Técnica na Área da Saúde**. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, Fortaleza-CE, 2012.

CANUTO, O. M.C. **Relatório de Impacto Socioeconômico do Projeto GISSA, em prova de conceito, no município de Tauá-Ceará: período 2016 a 2018**. Empresa PlanejaSUS Ltda. Julho, 2019.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. **Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. p. 73-93, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

CEARÁ. **Caderno de Informação em Saúde. Região de saúde Tauá**. 2016.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Diretoria de Educação Profissional em Saúde. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Relatório Final do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde**. 2017.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. **Governo sanciona lei adicional de insalubridade para os agentes de saúde**. Portal do Governo <http://www.ceara.gov.br/2018/03/09/governo-do-cearasanciona-lei-de-adicional-de-insalubridade-para-agentes-de-saude> / Acesso: 20 abr 2018.

CECÍLIO, L. C. O. **A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado**. *Interface*, v. 13, supl. 1, pp. 545-555, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde**. *Interface (Botucatu)*, v. 15, n. 37, pp. 589-599, 2011.

CNES – DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2017. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acessado em: 08 de Maio de 2021.

CONASS. **Planificação da Atenção à Saúde – uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. Revista CONSENSUS. Ed. 20. Jul., Ago. e Set., 2016. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/consensus/planificacao-da-atencao-saude-uma-proposta-de-gestao-e-organizacao-da-atencao-primaria-saude-e-da-atencao-ambulatorial-especializada-nas-redes-de-atencao-saude/>>. Acesso em: 07 de Maio de 2021.

\_\_\_\_\_. **Projeto Viva Bem no Sertão é lançado em Tauá**. Publicado em Jul., 2017. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/projeto-viva-bem-no-sertao-e-lancado-em-taua/>>. Acesso em: 07 de maio de 2021.

\_\_\_\_\_. **Reformulação do papel dos agentes comunitários de saúde na Atenção Básica**. Relatório Preliminar do V Fórum Nacional da CONACS. Goiânia, GO, 2015. In: MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

CNS. **Recomendação n. 35 de 11 de ago. 2017.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco035.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2017.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens.** Tradução: Sandra Mallmann da Rosa; Revisão técnica: Dirceu da Silva. 3ª. ed. Porto Alegre, RS, Ed. Penso, 2014.

CRUZ, P. J. S. C.; BRUTSCHER, V. J. **Participação Popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção.** In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. p. 231-264, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. **Violência: um problema global de saúde pública.** Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup.): pp. 1163-1178, 2007.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S.; SEIDL, H. M.; BRANDÃO, P. S. **O Enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos.** In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. p. 337-367, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

DESF. SAPS. MS. **e-Gestor Atenção Básica – Informação e Gestão da Atenção Básica.** Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em: 05 de maio de 2021.

EDITAL. **Chamada de Seleção Pública nº1/2017 – RENASF/MPSF.** Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Mestrado Profissional em saúde da Família, 2017.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA/ENSP. Fundação Oswaldo Cruz. **Carta de repúdio às Portarias GM/MS 958 e 959/2016.** 20 de maio de 2016. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/39669>. Acesso em: 05 de março 2021.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva.** Ciênc. saúde coletiva vol.19 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. Acesso em: 12 de maio de 2021.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. **Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção.** In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. p. 51-72, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. **Atenção Básica e Formação em Saúde.** In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. p. 291-310, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde.** EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ: 216 p. 2007.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. 341 p., 2005. Disponível em: < <https://issuu.com/sitesms/docs/relgestao2005> > Acesso em: 06 de maio de 2021.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006. Saúde, qualidade devida e ética do cuidado**. 400p., 2006. Disponível em: < <https://issuu.com/sitesms/docs/relgestao2006> > Acesso em: 11 de maio de 2021.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Ofício nº 3292/2013, de 18 de outubro de 2013, dispõem sobre as normas para organização das ações e serviços das UAPS**. 2013.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014-2017**. 245p. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2018-2021**. 170p. 2017. Disponível em: < <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021.pdf> > Acesso em: 06 de Maio de 2021.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 1.436, de 12 de Dezembro de 2019, dispõe sobre a carga horária a ser utilizada em atividades de educação permanente e dá outras providências**. 2019. Disponível em: < [https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/BANNER\\_CANAL/PORTARIA-PROGRAMA-DE-EDUCAO-PERMANENTE.pdf](https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/BANNER_CANAL/PORTARIA-PROGRAMA-DE-EDUCAO-PERMANENTE.pdf) > Acesso em: 11 de maio de 2021.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. Brasília, 3ª. Edição: Liber Livro Editora, 2008.

FROCOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; GRYSHEK, A. L. F. P. L. **Percepção de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os Agentes Comunitários de Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p. 919-917, 2014.

FUNCEME – Fundação Cearense de Meteorologia e Chuvas Artificiais. **Cidades do Ceará registram baixa umidade relativa do ar**. Disponível em < <http://www.funceme.br/comunicacao/noticias/814-cidades-do-cear%C3%A1-registram-baixa-umidade-relativa-do-ar/> > 4 de setembro de 2017. Acesso em 29 de abril de 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - CE. **Campo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família do Ceará**. Projeto de Pesquisa para o Edital Políticas Públicas e Modelo de Atenção à Saúde 2015. Área: Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão de Sistema e Serviços de Saúde para o SUS. FIOCRUZ – CE, maio, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - CE. **Perfil Sociodemográfico, Sanitário, de Assistência à Saúde e Morbimortalidade dos Municípios de Fortaleza, Tauá, Eusébio e Cruz no Ceará**. Pesquisa Campo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família do Ceará. Março, 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – CE. **VPPCB. Relatório Rede PMA. Título da Pesquisa: Campo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família do Ceará**. 2018.

GIOVANELLA, L. (Org.). *Atención Primaria de Salud em Suramérica*. ISAGS, UNASUR. Rio de Janeiro, RJ, 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; MEDINA, M. G.; LIMA, J. G.; FAUSTO, M. C. R.; SEIDL, H. M.; ANDRADE, G. C. L.; FACCHINI, L. A. **Contribuições dos Estudos PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil**. In: *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. p. 569-610, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

GIRARDI, S. N. *et al.* **Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil**. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, v.17, supl.1, pp.185-198. Recife, PE, out., 2017.

GIUGLIANI, C.; DUNCAN, B. B.; HARZHEIM, E.; LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; MACHADO, M. M. T.; BARBOSA, M. I.; BORNSTEIN, V. J.; PONTES, A. L.; KNAUTH, D. R. *Community health workers programme in Luanda, Angola: na Evaluation of the implementation process*. *Hum. Resour. For Health*; v.12, 2014, 12:68. <http://www.human-resources-health.com/content/12/1/68>.

GOMES, R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. ed. 29, pp. 79-108. Vozes, Petrópolis, RJ, 2010.

GONDIM, G. M. M. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistente?** , 2011. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro – RJ. In: *O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde*. P. 143-175, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde**. In: *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. p. 143-175, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; SILVA, A. A. **A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3): 831-840, 2010. In: *Participação Popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção*. P. 231-264, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

HARRIS, M. J.; HAINES, A. *The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care*. *J. R. Soc. Med.*; 105(8): 330-335, agosto, 2012.

HERCE, M. E.; CHAPMAN, J. A.; CASTRO, A.; GARCÍA-SALIANO, G.; KHOSHNOOD, K. *A role for community health promoters in tuberculosis control in the states os Chiapas, Mexico*. *J. Community Health*; 35(2): 182-9, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Cidades e Estados do Brasil**. Disponível em < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce.html> > Acesso em: 10 de março 2021.

INSTITUTO ATLÂNTICO. **Projeto GISSA: Governança Inteligente de Sistemas de Saúde**.

IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Análise espacial da extrema pobreza do Estado do Ceará**. 2010.

IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. IPECEDATA. **Sistema de Informações Geossocioeconômicas do Ceará**. Disponível em <http://ipecedata.ipece.ce.gov.br/ipece-data-web/>> Acesso em: 05 de maio de 2021.

ISTÚRIZ, O. F. *Avanzando hacia la nueva APS: cuidado integral de la salud com la participación de todas y todos*. In: GIOVANELLE, L. Atención Primaria de Salud en Sulamérica. Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR, 2015.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. **Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 28, pp. 123-135, Botucatu, SP, 2009.

JOHNSON, C. D.; NOYES J.; HAINES A.; THOMAS, K.; STOCKPORT, C.; RIBAS, A. N.; HARRIS, M. *Learning from the Brazilian Community Health Worker Model in North Wales*. Globalization and Health, 2013. <http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/25>

KAMI, M. T. M.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N.; LOWEN, I. M. V.; SOUZA, V. M. P.; GOTO, D. Y. N. **Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa**. Escola Anna Nery, 20(3), 2016.

LACERDA, M. K. S.; PEREIRA, A. C. A.; PEREIRA, M. M.; TEIXEIRA, R. L. O. D.; VELOSO, D. C. M. D.; PIMENTA, D. R. **Ferramentas de Abordagem Familiar: estudo de uma família cadastrada em uma equipe de estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil**. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v.7, n. 1, pp. 25-34, 2017.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. **Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde**. SANARE, Ano V, n. 1, jan/fev/mar, 2004.

LIBANIO, K. R.; FAVORETO, C. A. O.; PINHEIRO, R. **Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue com a Estratégia Saúde da Família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24(1): 147-163, 2014.

MAGALHÃES, L. A.; GIACOMIN, K. C.; AREDES, J. S.; FIRMO, J. O. A. **Controvérsias entre a teoria e a prática: o Agente Comunitário de Saúde em busca de uma identidade**. Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG, v. 4, n. 2, pp. 97-110, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* **A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Ciências & Saúde Coletiva, 21(2): 327-338, 2016.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A. L. Q.; NUNES, C. A. **A Pesquisa em Atenção Primária à Saúde no Brasil**. In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. p. 453-492, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

MELO, E. A. *et al.* **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Saúde Debate, v. 42, n. 1, pp. 38-51. Rio de Janeiro, RJ, set. 2018.

MELO, E.; MATTOS, R. **Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida?** *In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* p. 95-116, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

MELO, E.; MIRANDA, L. **Apoio Matricial na Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: das concepções e políticas aos desafios no cotidiano.** *In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* p. 425-449, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** 610p., Rio de Janeiro, RJ, ed. Fiocruz, 2018.

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Os Desafios Urgentes e Atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil.** *In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* p. 29-47, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

MENICUCCI, T. M. G. **História da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidade e a agenda atual.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, n. 1, pp. 77-92. Rio de Janeiro, RJ, jan-mar, 2014.

MERHY, E. & FRANCO, T. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.** *In: MERHY, E. & FRANCO, T. Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio da pesquisa social.** *In: MINAYO, M. C. de S.; GOMES, S. F. D. R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Vozes, Ed. 29, Petrópolis, RJ, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n.3, pp. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** pp. 407, 14ª. ed., Hucitec, São Paulo, SP, 2014.

MORENO, A. B. **Muito Além do Básico: as bases de dados em saúde e a Atenção Básica à saúde no Brasil.** *In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* p. 265-289, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. **Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas.** *In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* p. 369-405, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. **Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?** *Cad. Saúde Pública*. vol.36 n° 9. Rio de Janeiro, RJ, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00040220> . Acesso: 20 de maio de 2021.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. **A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho?** Trabalho, Educação e Saúde, v. 8, n.2, pp. 229-248, Rio de Janeiro – RJ, 2010.

NAVECA, F.; *et al.* **Nota técnicas 2021/01 – Rede Genômica Fiocruz/Ministério da Saúde: Relação filogenética de sequências SARS-CoV-2 do Amazonas com variantes emergentes brasileiras que abrigam mutações E484K e N501Y na proteína Spike.** FIOCRUZ, Manaus, AM, 2021.

Disponível: [https://portal.focruz.br/sites/portal.focruz.br/files/documentos/nota\\_tecnica\\_ms\\_2021-01-12.pdf](https://portal.focruz.br/sites/portal.focruz.br/files/documentos/nota_tecnica_ms_2021-01-12.pdf). Acesso em: 20 de maio de 2021.

NEPOMUCENO, R. C. A. *et al.* Enfrentamento ao surto de sarampo na regional II no município de fortaleza: relato de experiência. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE. SIRA Saúde, 1, 2016. **Anais**. Fortaleza, CE, 2016. Disponível em: <<http://uece.br/eventos/seminariosaudecoletiva/anais/index.html>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

NEPOMUCENO, R. C. **O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à Luz da Teoria das Comunidades de Prática.** Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Comunitária. Fortaleza-CE, 2019.

NOGUEIRA, M. L.; LACERDA, A. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: velhas contradições e novo coronavírus na pandemia do capital.** In: SILVA, L. B.; DANTAS, A. V. (Orgs). Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020 c.p.187-207. 3º Boletim da pesquisa Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de COVID-19 Disponível: [http://www.epsjv.focruz.br/sites/default/files/crise\\_e\\_pandemia.pdf](http://www.epsjv.focruz.br/sites/default/files/crise_e_pandemia.pdf). Acesso:20 de maio de 2021.

NOGUEIRA, M. L.; BORGES, C. F. **Relatório Final de Pesquisa Rede PMA Pesquisa: “Monitoramento da saúde e contribuições ao trabalho e à formação dos ACS em tempos de Covid-19”.** Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Vice-presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas. 2021.

NUTO, S. A. S.; OLIVEIRA, G. C.; ANDRADE, J. V.; MAIA, M. C. G. **O Acolhimento em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza-CE: um relato de experiência.** Rev. APS, v. 13, n. 4, p. 505-509. Juiz de Fora, MG. Out./Dez. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS/OMS. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde.** p. 40, Washington, EUA, 2018.

PAIM, J. S. **Política de descentralização e atenção primária à saúde.** In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA-FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Medsi, Rio de Janeiro – RJ, 1999. In: GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. P. 143-175, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ; 21(1): 15-35, jan-mar, 2014.

PAIVA, T. **Homicídios ultrapassam AVC nas causas de morte em Fortaleza.** O Povo [internet]. 2017. Disponível em: <<https://www.opovo.com.br/jornal/cotidiano/2017/11/homicidios-ultrapassam-avc-nas-causas-de-morte-em-fortaleza.html>>. Acesso em: 19 de maio de 2017.

PEDUZZI, M. **Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho.** Trabalho, Educação e Saúde, 1(1): 75-91, 2002.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de Trabalho em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, RJ, 2009.

PINTO, H. A. **A “nova” política de Atenção Básica de 2017: avanços, silêncios ruidosos e retrocessos esperados.** 2017. Disponível em: <https://heiderpinto.blog/2017/07/26/nova-politica-de-atencao-basica/>. Acesso em: 16 fev. 2018. *In:* Promoção da Saúde e o Desafio da Intersetorialidade na Atenção Básica no Brasil. Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

PINTO, I. C. M.; MEDINA, M. G.; PEREIRA, R. A. G. *et al.* **Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil.** *Relatório de Pesquisa.* Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Instituto de saúde Coletiva. Salvador, BA, 2015.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil.** Annablume. São Paulo, SP, 2008. *In:* DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S.; SEIDL, H. M.; BRANDÃO, P. S. O Enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. **Analisando dados qualitativos.** *In:* POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Artmed, ed. 3, pp. 77-95. Porto Alegre, RS, 2009.

RAMOS, M. N. *et al.* **Processo de trabalho dos técnicos em saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências.** *Relatório de Pesquisa.* Observatório dos Técnicos em Saúde da Rede de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, 2017. *In:* MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, 20(2): 438-446, Rio de Janeiro, RJ, mar-abr, 2004.

RIBEIRO, KG. **Os Determinantes Sociais em Saúde no Grande Bom Jardim – Fortaleza (CE)** [tese]. 360 p. UFC, Fortaleza, CE, 2015. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11980/1/2015\\_tese\\_kgribeiro.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11980/1/2015_tese_kgribeiro.pdf)>. Acesso: 17 de dezembro de 2017.

RIQUINHO, D. L. *et al.* **O cotidiano de trabalho do agente comunitário em saúde: entre a potência e a dificuldade.** Trabalho, Educação e Saúde, 16 (1): 163-182, 2018. *In:* MOROSINI,

M. V.; FONSECA, A. F. Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem. Novembro-Dezembro; 13(6): 1027-34, 2005.

SALKIND, N. J. **Enciclopedia of Research Design.** SAGE, 2010.

SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. **Os sanitaristas de Jucás e o agente de saúde: entrevista com Antônio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor.** Una, p. 151: *il. (Seminare; n.3).* Natal, RN, 2017.

SANTOS, C. W.; FARIAS FILHO, M. C. **Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social.** Ciência & Saúde Coletiva, 21 (5): 1659-1667, 2016.

SANTOS, L. P. T. G. S.; FRACOLLI, L. A. **O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde.** Rev. Esc. Enferm. USP 44(1): 76-83, 2010.

SANTOS, K. T.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; ARCIERI, R. M. CARVALHO, M. L. **Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n.1, p. 1023-1028, 2011.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, n.11, p. 3.203-3.212, 2013.

SESA. **Qualifica APSUS Ceará – Qualificação da tenção Primária à Saúde do Ceará.**

Disponível em: < <https://www.saude.ce.gov.br/qualificaapsus-ceara/>>. Acesso em 07 de Maio de 2021.

SHERMAN, M.; COVERT, H.; FOX, L.; LICHTVELD, M. *Successes and Lessons Learned from Implementing Community Health Workers Programs in Community-Based and Clinical Settings: Insights From the Gulf Coast.* J. Public. Health Manag. Pract.; 23 (Suppl 6 Supplement), Gulf Region Health Outreach Program. Nov./Dez., 2017.

SIB (Sistema de Informação de Beneficiários)/ANS (Agência Nacional de Saúde)/MS. **ANS Tabnet – Informações em Saúde Suplementar.**

Disponível em <[http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_tx.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def)>. Acesso em 05 de Maio de 2021.

SILVA, T.; DIAS, E.C.; RIBEIRO, E. C. O. **Saberes e Práticas do Agente Comunitário de Saúde na Atenção à Saúde do Trabalhador.** Interface – comunicação, saúde, educação. v. 15, n. 38, p. 859-870, jul/set, 2011.

SILVA, A.T.C.; LOPES, C.S.; SUSSER, E.; *et al.* **Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil.** Am J Public Health [internet]. 106(11):1990-7, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27631749> Acesso em: 19 de maio de 2021.

SOARES, M. F.; GOMES, M. L.; MORENO A. B. **Sistema de informação da atenção básica.** In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. (Orgs.). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. EPSJV/FIOCRUZ, RJ, 2007. In: Muito Além do Básico: as bases de dados em saúde e a Atenção Básica à saúde no Brasil. Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

SOUZA, K. M.; GOLDSCHMIDT, I. L.; BORNSTEIN, V. J.; ACIOLI, S. **Práticas pedagógicas de Educação Popular em Saúde e formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil.** Interface Comunicação-Saúde-Educação. 18 Supl 2:1513-1522, 2014.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. **O Agente Comunitário de Saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da Educação Popular em Saúde.** Rev. APS, v. 12, n. 4, p. 487-497, out/dez. 2009.

TAQUETTE, S. R. **Análise de dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde.** Investigação Qualitativa em Saúde, v. 2. Atas CIAIQ, 2016.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M.; MAGALHÃES, R. **Promoção da Saúde e o Desafio da Intersetorialidade na Atenção Básica no Brasil.** In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. p. 177-196, Rio de Janeiro, RJ, Ed. Fiocruz, 2018.

TAUÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Tauá, CE, 2018.

URSA, R.A.; AGUILAR, D. E.; WYATT, L. C.; KATIGBAK, C., ISLAM, N. S.; TANDON, S.D. *et al.* **A Community Health Worker Intervention to Improve Management of Hypertension among Filipino Americans in New York and New Jersey: A Pilot Study.** Ethn Dis. 24(1): 67-76, 2014.

VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo.** Saúde e Sociedade, v. 24, n. 1, pp. 129-140. São Paulo, SP, 2015.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e para a Efetivação do Direito à Saúde no Brasil.** IPEA, Brasília – DF, 2016.

YIN, R. K. **Pesquisa Qualitativa do Início ao Fim.** Ed. Penso. Porto Alegre – RS: 2016.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### PESQUISA CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESF DO CEARÁ

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES

##### 1 Caracterização dos/as Informantes:

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Município onde trabalha: \_\_\_\_\_
4. Equipe Saúde da Família: \_\_\_\_\_
5. Idade: \_\_\_\_anos    6. Sexo: ( )1- masculino ( )2- feminino
7. Religião: ( )1- Católica ( )2- Evangélica ( )3- Espírita ( )4- Não possuo religião  
( )5- Outro Qual? \_\_\_\_\_
8. Estado civil: ( )1- Solteiro ( )2- Casado/União estável ( )3- Viúvo ( )4- Divorciado
10. Qual sua formação acadêmica: \_\_\_\_\_
11. Tempo de formação acadêmica: \_\_\_\_\_
12. Tempo de trabalho na Gestão: \_\_\_\_\_
13. Tempo de trabalho nesta função atual: \_\_\_\_\_

##### 2 Perguntas norteadoras:

1- Fale-me das ações realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família no seu município.

*Desdobramentos:*

- Explorar ações em nível assistencial, de promoção da saúde e de prevenção de agravos.
- Em sua opinião, essas ações têm atendido as necessidades das famílias?

2- Fale-me sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na ESF.

*Desdobramentos:*

- Como eles organizam seu trabalho?
- Que tipo de atividades eles realizam mais frequentemente?
- Eles desenvolvem ações de promoção e de educação na saúde?
- Como eles poderiam aperfeiçoar seu campo de práticas?

3- Fale-me sobre o trabalho do enfermeiro(a) na ESF.

*Desdobramentos:*

- Qual a sua carga horária?
- Como se dá sua rotina?

- Que práticas eles realizam com mais frequência?
- Eles assumem atividades de gestão?
- Como eles poderiam ampliar seu campo de práticas?

4- Fale-me sobre o trabalho dos(as) médico (as) na ESF:

*Desdobramentos:*

- Qual a sua carga horária?
- Como se dá sua rotina?
- Que práticas eles realizam com mais frequência?
- Eles assumem funções de gestão?
- Como eles poderiam ampliar seu campo de práticas?

5- Fale-me sobre o trabalho do(a) dentista na ESF:

*Desdobramentos:*

- Qual a sua carga horária?
- Como se dá sua rotina?
- Que papel assumem com mais frequência?
- Eles assumem funções de gestão?
- Como eles poderiam ampliar seu campo de práticas?

6- Existe algo que possa ser aperfeiçoada na Estratégia Saúde da Família no seu município?

7- O que mais você gostaria de acrescentar nesta entrevista que ainda não foi mencionado ou reforçar algum ponto que conversamos?

## APÊNDICE B

### PESQUISA CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO CEARÁ

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS MÉDICOS, DENTISTAS E ENFERMEIROS

##### 1 Caracterização dos/as Informantes:

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Município onde trabalha: \_\_\_\_\_
4. Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_
5. Equipe Saúde da Família: \_\_\_\_\_
6. Idade: \_\_\_\_anos    7. Sexo: ( )1- masculino ( )2- feminino
8. Religião: ( )1- Católica ( )2- Evangélica ( )3- Espírita ( )4- Não possuo religião  
( )5- Outro Qual? \_\_\_\_\_
9. Estado civil: ( )1- Solteiro ( )2- Casado/União estável ( )3- Viúvo ( )4- Divorciado
10. Qual sua profissão:  
( )1. Médico(a) ( )2. Enfermeiro(a) ( )3. Cirurgião Dentista
11. Há quantos anos concluiu a graduação:  
( )1. Menos de 5 anos ( )2. De 5 a menos de 10 anos ( )3. Mais de 10 anos
12. Tempo de trabalho na Atenção Básica:  
( )1. Menos de 1 ano ( )2. De 1 a menos de 3 anos ( )3. De 3 a menos de 6 anos  
( )4. 6 ou mais anos
13. Tempo de trabalho como ACS desta eSF:  
( )1. Menos de 1 ano ( )2. De 1 a menos 3 anos ( )3. De 3 a menos de 6 anos  
( )4. De 6 a menos de 9 anos ( )5. De 9 a menos de 12 anos ( )6. 12 ou mais anos

##### 2 Perguntas norteadoras:

*Bloco 01: Perguntas para explorar as práticas específicas dos profissionais*

1- Fale-me do seu trabalho como **enfermeiro (a), médico (a) ou cirurgiões-dentistas** no município:

*Desdobramentos:*

- Que atividades você exerce na sua equipe?
- Como está a orientação da SMS em relação as suas atividades (carga horária, tempo, prioridades, participação em atividades de educação permanente, como se dá sua rotina na UBS)?

- Demandas mais frequentes na sua área (explorar que demandas esses profissionais têm mais dificuldades para realizar).
- Que práticas deveriam ser realizadas por você, mas você não realiza? Por quê?
- Como você poderia ampliar a variedade de práticas que realiza na equipe de saúde da família?

*Bloco 02: Perguntas para explorar as práticas gerais dos profissionais*

1 – Fale-me do seu trabalho na sua equipe Saúde da Família/Saúde Bucal.

*Desdobramentos:*

- Práticas/Atividades que rotineiramente você desenvolve na UBS e na comunidade.
- Critérios de organização e priorização das suas atividades.
- Relação com os demais membros da equipe.
- Compartilhamento de atividades.

2 – Como você avalia o trabalho de sua equipe em relação as necessidades da comunidade?

*Desdobramentos:*

- Como a equipe está estruturada?
- Como organiza as atividades?
- Como atende a demanda espontânea e programada?
- Como os membros da equipe se organizam para realização das atividades?
- Explorar que necessidades não são atendidas e que práticas não são realizadas e os porquês.

3 – Fale-me em relação ao seu trabalho com o ACS.

*Desdobramentos:*

- Qual o profissional da equipe define ou organiza as atividades dos ACS?
- Quais as atividades são compartilhadas com os ACS?
- Como as atividades compartilhadas com os ACS são organizadas?
- Quais as facilidades e dificuldades para o trabalho conjunto?

4 – Como se deu a sua aproximação e relação com a comunidade e o território?

*Desdobramentos:*

- Ações que são desenvolvidas no território.
- Estímulo da participação de representantes da comunidade em espaços de controle social.
- Existência de conselhos de saúde, de conselheiros.
- Participação em atividades religiosas.

5 – Como ocorre o planejamento das atividades na sua equipe?

*Desdobramentos:*

- Periodicidade.

- Quem participa?
- Utiliza informações dos Sistemas de Informações em Saúde (explorar os sistemas que utiliza, que dados do e-SUS AB são utilizados para o planejamento, que instrumentos são utilizados para avaliação das ações).

## APÊNDICE C

### PESQUISA CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESF DO CEARÁ

#### ROTEIRO DO GRUPO FOCAL E/OU ENTREVISTA COM ACS

##### 1 Caracterização dos/as Informantes:

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Data da entrevista/Grupo Focal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Município onde trabalha: \_\_\_\_\_
4. Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_
5. Equipe Saúde da Família: \_\_\_\_\_
6. Idade: \_\_\_\_anos    7. Sexo: ( )1- masculino ( )2- feminino
8. Religião: ( )1- Católica ( )2- Evangélica ( )3- Espírita ( )4- Não possui religião ( )5- Outro Qual? \_\_\_\_\_
9. Estado civil: ( )1- Solteiro ( )2- Casado/União estável ( )3- Viúvo ( )4- Divorciado
10. Escolaridade:  
( ) 1 - Ensino fundamental ( ) 2 - Ensino médio ( ) 3 - Ensino técnico integrado ao Ensino médio ( ) 4 - Ensino técnico incompleto ( ) 5 - Ensino técnico completo ( ) 6 - Superior ( ) 7 – Especialização
11. Outra ocupação além de ser ACS? ( )1. Sim ( )2. Não
12. Se sim, qual? \_\_\_\_\_
13. Tempo de trabalho na Atenção Básica:  
( )1. Menos de 1 ano ( )2. De 1 a menos de 3 anos ( )3. De 3 a menos de 6 anos ( )4. 6 ou mais anos
14. Tempo de trabalho como ACS desta eSF:  
( )1. Menos de 1 ano ( )2. De 1 a menos 3 anos ( )3. De 3 a menos de 6 anos ( )4. De 6 a menos de 9 anos ( )5. De 9 a menos de 12 anos ( )6. 12 ou mais anos

##### 2 Perguntas norteadoras:

1 – Falem das **atividades/práticas** que vocês realizam:

- Junto à **equipe** (relação de trabalho, que profissional acompanha o trabalho).
- Junto às **famílias** (o olhar está direcionado para todos os membros, tem foco na prevenção e promoção da saúde).
- Junto à **comunidade** (consideram para o trabalho as redes de apoio – escola, igrejas, clubes, associações, grupos específicos LGBT, negros, outras religiões).
- Falem-me como vocês priorizam as atividades desenvolvidas por vocês (indivíduos e grupos de risco, áreas de vulnerabilidade, principais problemas, planejamento de ações, locais de violência).

- Falem-me como vocês organizam a rotina de atividades de vocês no mês (visitas domiciliares, reuniões com equipe, atividades educativas com a comunidade etc.).

2 – Como vocês realizam as visitas aos **grupos prioritários**?

*Desdobramentos:*

- Com quais profissionais da equipe conversam e organizam as visitas?
- Como realizam as visitas aos grupos prioritários – acamados, hipertensos, diabéticos, gestantes, criança.

3 – Como vocês realizam ações de **educação em saúde**?

*Desdobramentos:*

- Caso de responder que não explorar o porquê não realizarem.

4 – Como acontece a **realização de grupos** na sua equipe:

*Desdobramentos:*

- Gestantes, hipertensos.
- Quantas vezes por semana.
- Quem organiza? Como são convidados os participantes? Como se dá a participação do ACS no grupo? Que atividades desenvolve no grupo? Caso de responder que não tem, explorar o porquê de não realizarem.

5 – Falem-me como tem sido a atuação de vocês frente ao **controle das arboviroses** (Dengue, Chikungunya, Zica);

*Desdobramentos:*

- Houve alguma capacitação ou curso para vocês realizarem a educação da população para eliminação dos focos do Aedes Aegypti?
- Como vocês foram preparados para eliminar os focos do Aedes Aegypti, receberam capacitação ou algum equipamento para esta atividade?

6 – Como tem acontecido a **educação permanente** de vocês?

*Desdobramentos:*

- Explorar a realização de atividades no serviço.
- Que materiais educativos tem acesso?
- Quem é o profissional que está envolvido nas capacitações?
- Se as atividades envolvem todos da equipe, ou somente os ACS?

7 – Vocês desejam conversar outros pontos que não surgiram na nossa conversa ou reforçar algum ponto que falamos?

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ CEARÁ

##### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO CEARÁ, que tem como objetivo geral analisar a relação entre campo, escopo de práticas profissionais e colaboração interprofissional na ESF do Ceará contribuindo para melhoria do acesso e da qualidade na APS.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: formulários, questionários, entrevistas abertas e semiestruturadas, grupos focais e círculos de cultura. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima elencadas. Caso você permita, as entrevistas, grupos focais e círculos de cultura serão gravados.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participarem, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participarão como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa, a elaboração de relatórios técnicos e materiais educativos. Os resultados serão veiculados por meio de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP FIOCRUZ/IOC Instituto Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil, 4.036 - sala 705 (Expansão), Manguinhos - Rio de Janeiro-RJ - CEP: 21.040-360, Tel.: (21) 3882-9011 e-mail: [cepfiocruz@ioc.fiocruz.br](mailto:cepfiocruz@ioc.fiocruz.br); ou com a coordenadora da pesquisa Ivana Barreto, telefones: (085) 3265-1832 ou (085) 98746-3329, e-mail – [ivana.barreto@fiocruz.br](mailto:ivana.barreto@fiocruz.br) .

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, \_\_\_\_\_, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista semiestruturada, grupo focal e círculo de cultura), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
**Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto - Coordenadora**