

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

CRISTIANE DE MELO AGGIO

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

SAÚDE



IRATI

2015

CRISTIANE DE MELO AGGIO

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

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre, do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Orientador: Prof. Dr. Erivelton Fontana de Laat



IRATI

2015

Catálogo na Publicação

Biblioteca Central da Unicentro, Campus Cedeteg

Aggio, Cristiane de Melo

A266a

Análise da produção de saúde no município de Irati-PR, por meio do processo de trabalho das agentes comunitárias de saúde / Cristiane de Melo Aggio. -- Guarapuava, 2015

xiii, 159 f. : il. ; 28 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Programa de Pós-Graduação em Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração em Desenvolvimento Comunitário, 2015

Orientador: Eritelton Fontana de Laat

Banca examinadora: Eritelton Fontana de Laat, Cristiana Magni, Pollyana Kássia de Oliveira Borges

Bibliografia

1. Desenvolvimento comunitário. 2. Atenção básica. 3. Educação popular. 4. Agente comunitário de saúde. 5. Longitudinalidade. I. Título. II. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento comunitário.

CDD 614

TERMO DE APROVAÇÃO

CRISTIANE DE MELO AGGIO

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

Dissertação aprovada em 30/ 09/ 2015, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração: Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: _____

Prof. Dr. Erivelton Fontana de Laat

Instituição: UNICENTRO

Prof. Dra. Cristiana Magni

Instituição: UNICENTRO

Prof. Dra. Pollyana kássia de Oliveira Borges

Instituição: UEPG

Irati, 30 de setembro de 2015

RESUMO

AGGIO, C. M. **Análise da produção de saúde no município de Irati-PR, por meio do processo de trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde.** 2015. 152 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Centro Oeste, Irati, 2015.

Para analisar a produção de saúde da Atenção Básica (AB) em Irati-PR, por meio do o processo de trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), realizou-se uma pesquisa exploratória, tipo de estudo de caso, com abordagem qualitativa, triangulando os dados obtidos pelas atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pelas entrevistas com as ACSs e secretários de saúde deste município, os quais foram submetidos à análise de conteúdo. Verificou-se a semelhança das características das ACSs com as de outras regiões do país e internacionais. Sobre os objetos deste processo de trabalho, destacou-se a baixa cobertura da APS, a priorização de oferta de cuidados aos grupos programáticos com doenças crônicas, o baixo acesso às tecnologias, a longitudinalidade associada ao longo tempo das agentes na profissão e insuficiente autonomia dos usuários na manutenção da vida. Houve divergência entre os objetivos dos gestores, agentes e comunidade, a falta de recursos materiais e não materiais comprometeram o processo de cuidar e contribuíram para a invisibilidade das agentes. O modelo biomédico persiste e a APS não tem sido o contato preferencial da população. Concluiu-se que vários investimentos devem ser feitos para a efetivação da APS, para a valorização e retenção das agentes e para a promoção do desenvolvimento comunitário, enfatizando a educação popular.

Palavras-chave: atenção básica, desenvolvimento comunitário, educação popular, agente comunitário de saúde, longitudinalidade.

ABSTRACT

AGGIO, C. M. **Health production analysis in the city of Irati -PR, through the work process of community health agents.** 2015. 152 f. Dissertation (MS) - Unicentro, Irati , 2015

To analyze the production of Health Primary Health Care (PHC) in Irati -PR through the work process of Community Health Workers (CHW) exploratory research was conducted , type of case study with a qualitative approach , triangulation data obtained the minutes of the city Council Health and interviews with CHWs and health secretaries of this municipality, which were subjected to content analysis. The characteristics of CHWs were similar to the national and international context. On objects of this work process, it stood out the low coverage of APS, prioritizing offer care to programmatic groups with chronic diseases, low access to technologies, longitudinality associated with long time agents in the profession and insufficient autonomy users in sustaining life. There was conflict between the goals of managers, agents and community, lack of material resources and non-material committed the care process and contributed to the invisibility of agents. The biomedical APS model persists and has not been the preferred contact of the population. It was concluded that various investments should be made to the effectiveness of APS, to the development and retention of agents and the promotion of community development, stressing the popular education.

Key-words: primary health, community development , popular education, community health worker , longitudinality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Mapa do estado do Paraná dividido por regionais de saúde.....	33
Figura 2-	Representação gráfica do processo de trabalho em saúde.....	39
Figura 3-	Categorias de análise do processo de trabalho do ACS.....	52
Figura 4-	Representação gráfica da frequência de ocorrência de palavras sobre as características dos ACSs, por ordem crescente, do centro para a periferia.....	54
Figura 5-	Frequência de citações das motivações e dos interesses pelo emprego de ACS.....	55
Figura 6-	Comparativo entre a recomendação e realidade da cobertura populacional por ACS em Irati-PR, em 2015.....	62
Figura 7-	Comparativo do histórico nacional, estadual e municipal de cobertura da APS, em 2015.....	62
Figura 8-	Histórico dos valores federais repassados para o pagamento das equipes de APS de Irati-PR, até 2015.....	65
Figura 9-	Distribuição das necessidades de saúde da população acompanhada por ACS, de Irati-PR, em 2015, segundo a sua frequência absoluta de aparições.....	66
Figura 10-	Distribuição das internações de Irati-PR, em 2010, seus valores e tempo de permanência, segundo a especialidade médica	70
Figura 11-	Objetivos do processo de trabalho, segundo a frequência de citações dos diferentes sujeitos da produção de saúde de Irati-PR.....	101
Figura 12-	Organização do trabalho do ACS, segundo a frequência de ocorrência dos temas e falas representativas das ACSs, gestores e atas do CMS.....	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Histórico da implantação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios da 4ª Regional de Saúde.....	33
Tabela 2-	Participação dos ACSs, segundo suas unidades de saúde.....	35
Tabela 3-	Repercussões na família das mulheres que se tornaram ACS.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Comparação entre o modelo de atenção tradicional e o proposto pela APS....	22
Quadro 2-	A ESF no Brasil.....	24
Quadro 3-	Organização dos dados da pesquisa, segundo as categorias de análise.....	40
Quadro 4-	Principais informações e temas dos artigos selecionados sobre o processo de trabalho do ACS.....	42
Quadro 5-	Comparativo das principais características das ACSs e da população geral de Irati-PR.....	53
Quadro 6-	Detalhamento das necessidades de saúde, segundo frequência e falas representativas.....	67
Quadro 7-	Instrumentos materiais do trabalho do ACS, segundo frequência de citações e suas falas representativas das ACSs, gestores e das atas do CMS.....	81
Quadro 8-	Instrumentos não materiais do trabalho do ACS, segundo frequência de citações e falas representativas dos agentes, gestores e atas do CMS.....	89

LISTA DE SIGLAS

AB: APS: Atenção Primária à Saúde

AC: Acre

ACE: Agentes de combate das Endemias

ACS: Agente Comunitário de Saúde

BF: Bolsa Família

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

CMS: Conselho Municipal de Saúde

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

CPS: Cuidados Primários de Saúde

COREN: Conselho Regional de Enfermagem

DAB: Departamento de Atenção Básica

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DF: Distrito Federal

EP: Educação Permanente

EPI: Equipamento de Proteção Individual

EPS: Educação Popular em Saúde

ESF: Estratégia Saúde da Família

ES: Espírito Santo

eSF: equipe de Saúde da Família

MG: Mato Grosso

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família

ODM: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS: Organização Mundial de Saúde

OSCIP: Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PAB: Piso da Atenção Básica

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB: Produto Interno Bruto

PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNH: Política Nacional de Humanização

PPGMIDC: Programa de Pós-Graduação do Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário

PR: Paraná

PSF: Programa Saúde da Família

RAS: Redes de Atenção à Saúde

RJ: Rio de Janeiro

SIAB: Sistema de Informação da AB

SC: Santa Catarina

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SP: São Paulo

SUS: Sistema Único de Saúde

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

USF: Unidade de Saúde da Família

VD: Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 ATENÇÃO BÁSICA.....	19
2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
2.3 O ACS.....	26
2.4 PROCESSO DE TRABALHO DO ACS	29
3 OBJETIVO	31
4 MATERIAL E MÉTODO	32
4.1 TIPO DE PESQUISA	32
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	32
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	34
4.4 COLETA DE DADOS	36
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	38
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	40
4.7 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1 SUJEITOS DO TRABALHO DO ACS	53
5.2 OBJETO DO TRABALHO DA ACS	61
5.2.1 COBERTURA POPULACIONAL PELA APS	61
5.2.2 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ACOMPANHADA PELAS ACSS.....	65
5.3 MEIOS DO TRABALHO DO ACS.....	80
5.3.1 MEIOS MATERIAIS DO TRABALHO DO ACS.....	80
5.3.2 MEIOS NÃO MATERIAIS DO TRABALHO DO ACS	89

5.4 FINALIDADES DO PROCESSO DE TRABALHO DO ACS	101
5.5 RESULTADOS DO TRABALHO DO ACS	122
6 CONCLUSÃO.....	130
REFERENCIAS	133
APÊNDICE	153
ANEXOS	157

1 INTRODUÇÃO

Contrariando as formas tradicionais de se iniciar uma dissertação, gostaria de apresentar o meu percurso pela Atenção Primária à Saúde (APS) até a construção desta pesquisa. Ao longo da graduação em enfermagem, realizei estágios voluntários e curriculares em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e fui aprendendo sobre os esforços municipais para a sua consolidação, o processo de trabalho em saúde, a prática do enfermeiro, as necessidades individuais, coletivas e de gestão, o apoio e a supervisão do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

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

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

A maior parte dos agentes não tinha experiência prévia na área da saúde e, com eles, participei da adscrição da população, do Curso Introdutório ao PSF, das atividades de educação em serviço e da Etapa Formativa I do Curso Técnico em ACS. Depois de quatro anos nesta unidade, fui transferida para outra equipe, que era referência para duas unidades rurais do mesmo município, onde permaneci por mais quatro anos e convivi com agentes que estavam na ESF há mais tempo do que eu.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação do Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPGMIDC) da Universidade do Centro-Oeste (UNICENTRO), pensava em investigar a Síndrome de Burnout entre os enfermeiros que

realizavam as atividades assistenciais e de docência, por ser uma condição por mim vivenciada ao longo da trajetória profissional. Com o decorrer das disciplinas, pude aprimorar o conceito e a prática da interdisciplinaridade na comunidade e conheci o desenvolvimento comunitário, segundo as referenciais de áreas que eu não estava habituada a acessar.

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

Na expectativa de não ter cansado o leitor com a minha biografia, brevemente foram apresentadas situações para mim significativas e que embasaram a construção deste trabalho, que tem a singela pretensão de olhar para a produção em saúde na APS, por meio do processo de trabalho dos que emergiram da comunidade, que para ela trabalham e são considerados os protagonistas da equipe de saúde na mudança do modelo de atenção à saúde e ampliação do acesso às tecnologias necessárias para o bem-estar das pessoas, famílias e comunidades.

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

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

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a APS nacional deveria ordenar as Redes de Atenção em Saúde (RAS) e ser o contato preferencial dos usuários. Sendo uma das prioridades nacionais de governo, nos últimos anos, contou com a ampliação de investimentos e iniciativas, resultando em maior oferta de ações de saúde essenciais a mais da metade da população brasileira, com a ESF e os ACSs, cuja categoria contava com 258.310

profissionais, em janeiro de 2014, justificando a relevância da gestão das práticas das equipes de APS na agenda dos gestores do SUS (BRASIL; DAB, 2015; ALMEIDA, 2014).

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

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

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

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

Com a Conferência Internacional, de 1978, em Alma-Ata, a APS foi disseminada e institucionalizada, sendo reconhecida e exigida a ação intersetorial, a organização e a participação da comunidade na construção social da saúde. Em quase todos os países da América do Sul, a participação popular tem espaços formalizados e institucionalizados nas

políticas públicas e nos conselhos locais de saúde. Entretanto, frequentemente, poucos cidadãos participam somente da formulação do diagnóstico territorial e da tomada de decisões sobre as mudanças políticas impactantes nos determinantes sociais da saúde (FERREIRA et al., 2014).

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

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

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

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

Entretanto, a participação social necessita ser ensinada e as autoridades sanitárias apoiadoras da APS devem definir claramente seus papéis e responsabilidades neste processo. Há poucos artigos sobre a competência dos profissionais para trabalhar com o desenvolvimento comunitário, a formação nessa área é desigual e os formuladores das políticas devem apoiar a educação da comunidade, quanto o conhecimento dos seus fatores internos e externos impactantes, a organização e gerencia de recursos, a avaliação e

informação dos projetos, a construção e manutenção dos relacionamentos interpessoais, além do ensino e desenvolvimento do diálogo, do empoderamento, da colaboração e da participação nas tomadas de decisão (GIOVANELLA, 2015; GRUIDL; HUSTEDDE, 2015).

Nas instituições de ensino, o desenvolvimento comunitário tem sido trabalhado nas áreas de ciências sociais, administração, educação, antropologia aplicada, serviço social de comunidade, agronomia e saúde pública, logo, a dialogicidade e a integração das ciências e conhecimento podem romper com a hiperespecialização e fragmentação das políticas, saberes e práticas, ao articular os distintos setores, serviços e equipamentos na produção do cuidado em saúde (CARMO, 2001).

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

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

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

Tendo em vista que tanto a APS como o desenvolvimento comunitário buscam o fortalecimento da comunidade para a conquista da sua autonomia e do acesso aos recursos necessários para melhorar seu modo de viver e, partindo do pressuposto de que o processo de trabalho do ACS retrata a produção de saúde da sua localidade, uma vez que ele trabalha na comunidade e a representa, esta pesquisa investigou o processo de trabalho do ACS na produção de saúde da APS de Irati-PR.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO BÁSICA

As principais metas do serviço de saúde são a otimização da saúde da população, empregando-se o amplo conhecimento das enfermidades, e a redução das disparidades no acesso aos mesmos. Todavia, tem sido evidenciado o esgotamento da capacidade de resposta às necessidades da população dos sistemas de saúde alicerçados nos modelos médico-hospitalocêntricos (STARFIELD, 2002; BRASIL; CONASS, 2011).

A gênese de tais modelos de atenção repousa nos elementos teóricos e práticos da medicina científica que, para o Relatório Flexner, associava o desenvolvimento da atenção à saúde ao incremento das especialidades médicas, à visão da saúde como ausência de doenças, ao mecanicismo, biologismo, individualismo, enfatizando as ações curativas e os procedimentos de maior densidade tecnológica (MENDES, 2012).

Uma década depois da medicina heróica flexneriana, emergiu do Relatório Dawson, no Reino Unido, em 1920, a APS que sugeriu a organização do sistema de saúde em níveis, interligados entre si e com distintas funções, garantindo a regionalização do mesmo e sua organização em bases populacionais (MENDES, 2012).

Nesse período, vários movimentos contribuíram para a institucionalização mundial da APS, como a adoção de médico generalista no Reino Unido, o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, os avanços na saúde materno-infantil e às doenças cardiovasculares, a aparição da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) e a proposta illichiana de desmedicalização dos cuidados de saúde (MENDES, 2012).

Anteriormente à Alma-Ata, havia várias experiências de APS, sendo muito conhecidos os médicos descalços da China e o feldsher, na Rússia e alguns países europeus e ocidentais, que contavam com pessoal não médico atuantes nos problemas de saúde das populações rurais. Na América Latina, houve o remédio simplificado na Venezuela, sendo os aldeões das comunidades rurais treinados para se tornarem assistentes de medicina simplificada, e a experiência Central, segundo os programas de saúde da comunidade influenciados pela educação popular de Paulo Freire (GIOVANELLA, 2015).

A Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Básica (AB) ou Cuidados Primários de Saúde (CPS), segundo os descritores em ciências da saúde, é a assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, baseada em métodos e tecnologias práticas, fundados na cientificidade e na plena participação popular, a um custo suportável à comunidade e ao país, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação.

Tal conceito foi consolidado na Conferência Internacional sobre CPS, realizada em Alma-Ata, em 1978, quando a universalização do acesso aos cuidados essenciais e o direito humano da saúde foram advogados e seus elementos estruturais foram apresentados: educação em saúde, prevenção de endemias, promoção de alimentação saudável e de micronutrientes, saneamento básico, tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns, provisão de medicamentos essenciais, valorização das práticas complementares, programa materno-infantil, que engloba a imunização e planejamento familiar (MENDES, 2012).

Em 1979, na Assembleia Mundial da Saúde, todos os seus países-membros se comprometeram a definir e executar as estratégias para o alcance da meta de "Saúde para Todos no ano 2000" e, quando a OMS propôs sua agenda de operacionalização das metas, acordadas em Alma-Ata, grande parte delas já havia sido alcançada pelos países desenvolvidos, entretanto, os países em desenvolvimento, especialmente os da América Latina, estavam distantes disso (MENDES, 2012).

Nos países industrializados que alcançaram as metas da Alma-Ata, destacou-se o amplo conceito de saúde, a longa duração dos programas, o fornecimento de alimentos, água potável, imunização e medicamentos essenciais, o controle das endemias e da saúde materno-infantil, o tratamento básico de problemas de saúde, além da ênfase na equidade, autorresponsabilidade, solidariedade internacional e a aceitação (STARFIELD, 2002).

Contudo, na década de 1990, a quebra do National Health Service (NHS) da Inglaterra, resultou no avanço da receita neoliberal do Banco Mundial, restringindo o potencial de expansão dos serviços de APS nos países desenvolvidos (REIS et al., 2009).

Nos anos 80, o Brasil vivenciou a crise da Previdência Social, que deixou de repassar seus volumosos recursos às Instituições das Ações Integradas de Saúde, as quais foram substituídas, em 1987, pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS),

e, posteriormente, pelo SUS, destacando-se a municipalização da gestão das unidades de APS e a sua franca expansão no país (MENDES, 2012).

O movimento da Reforma Sanitária, focado nas questões gerais das políticas de saúde e influenciado pelas mudanças no sistema assistencial da Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba quanto ao acesso universal, à atenção continuada, integral e à orientação para APS, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na criação do SUS, de 1988, que contempla as ações e serviços públicos de saúde em rede regionalizada, hierarquizada e orientados pela APS (BRASIL; CONASS, 2011; REIS et al., 2009).

Nos países com sistemas de saúde universais, como os da Europa, do Canadá e da Nova Zelândia, a APS é pauta política dos governos, fazendo contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo do consumo de tecnologias médicas e, apesar dos seus diferentes arranjos operativos, tais sistemas compartilham os princípios de primeiro contato, coordenação, integralidade e longitudinalidade. Além de reforçar tais princípios, as publicações científicas tem revelado o impacto positivo da APS nos indicadores de saúde, a redução dos custos deste sistema com a regulação do uso dos recursos de alta densidade tecnológica e a ampliação da equidade, do acesso universal aos serviços e da satisfação dos usuários (BRASIL; CONASS, 2011).

Atualmente tem-se três interpretações da APS. A primeira opção interpreta a APS como programa focado em pessoas e regiões pobres, a segunda, como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde e a terceira, como estratégia de organização deste sistema como um direito humano fundamental (MENDES, 2012).

Mesmo considerando a APS ampliada, abrangente e inclusiva, em alguns locais do Brasil, a APS inda é focalizada ou excludente, de modo que, no discurso oficial do SUS, tanto a APS como a ESF misturam elementos culturais, técnicos e operacionais das interpretações de atenção seletiva e nível primário, devendo obedecer às funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização, e aos atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural, para atingir a efetividade e qualidade da atenção saúde (BRASIL; CONASS, 2011; MENDES, 2012).

Apesar de a população brasileira ainda considerar a APS a medicina de baixa qualidade, tendo por ela pouca simpatia e muito preconceito, o Brasil tem evidenciado o

impacto da sua expansão, sobretudo com a ESF, bem como o fortalecimento da promoção da saúde no SUS (BRASIL; CONASS, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2012, representa o processo de consolidação do SUS e determina que a APS seja à base dos serviços de saúde, resolutive, coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS, reorientando o modelo de atenção e as práticas dos profissionais de saúde, o que caracteriza as principais diferenças entre o modelo de atenção tradicional e o proposto pela APS, conforme ilustra o quadro 1.

Tradicional	APS
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção, cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas no setor saúde	Colaboração interssetorial
Domínio no profissional	Participação na comunidade
Recepção passiva	Autorresponsabilidade

Quadro 1: Comparação entre o modelo de atenção tradicional e o proposto pela APS.

Fonte: Starfield, 2002.

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Brasil tem colecionado rápidos progressos na cobertura universal da população através do SUS, destacando-se o desenvolvimento, adaptação e rápida intensificação de uma abordagem baseada na comunidade para prestação de cuidados de saúde primários (MACINKO et al., 2015).

O Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nasceram da indignação com a falta de acesso da população ao sistema de

saúde, o qual permanecia precário até 1993, quando cerca de 1.000 municípios brasileiros não contavam com nenhum profissional médico. O Ceará parece ter sido o berço destes programas que evoluíram para a solidez dos CPS para populações definidas, sob a responsabilidade de equipes interdisciplinares de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009f; MACINKO et al., 2015).

Na década de 70, o estado cearense contava com a implantação do SUDS, o sucesso e permanência do programa emergencial para a redução da mortalidade infantil, que era habitualmente agravada nos anos de seca do sertão, a transição do trabalho do auxiliar de saúde para o das agentes de saúde (em torno de seis mil mulheres pobres) e do médico, que passou da microbiologia para a saúde pública, posteriormente surgindo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o PACS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009f).

A ESF é um modo de organização da APS que realiza ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação, diferenciando-se do modelo tradicional pelo modo como opera: planejando e realizando as ações de saúde conforme as diferentes necessidades e demandas (individuais e coletivas) dos cidadãos, promovendo vínculo, acolhimento, vigilância e cuidando da comunidade local, de modo a antecipar ao aparecimento dos agravos da saúde, além de lidar com as questões socioambientais e familiares, interagir e fomentar o desenvolvimento comunitário, a participação popular e o controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A implantação da ESF representou o último passo do desenvolvimento da APS na Saúde Pública brasileira, agregando uma dimensão qualitativa à expressiva expansão da APS, quanto à qualidade do diferente do modelo de atenção (MENDES, 2012).

A PNAB tem o SF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e reorganização da APS nacional e todas as esferas são responsáveis por apoiar e estimular a adoção da mesma pelos serviços municipais de saúde, bem como a sua qualificação conforme as diretrizes da APS e do SUS, conforme ilustra o quadro 2 (BRASIL, 2011).

Valores	Universalidade, Equidade, Integralidade, Participação e controle social
Princípios	Territorialização, Intersetorialidade, Caráter substitutivo (baseado na pessoa e não na doença), Equipes multiprofissionais, Baseado nas necessidades e expectativas das populações, Voltado para a qualidade de vida
Atributos	Únicos da APS: Primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação
	Derivados dos anteriores: enfoque na pessoa (não na doença) e na família, valorização dos aspectos culturais, orientado para a comunidade
	Não únicos da APS, mas essenciais: registro adequado, continuidade de pessoal, comunicação, qualidade clínica, defesa da clientela (advocacia)

Quadro 2: A ESF no Brasil.

Fonte: Brasil; Conass, 2011.

A ESF representa a trajetória exemplar de um programa que, apesar de ter sido concebido em um contexto focalizado, de escassez de preparação dos profissionais requeridos e de recursos financeiros, transferidos aos estados e municípios por meio de convênios, orientado às populações de risco, se tornou uma estratégia estruturante da PNAB, contribuindo consideravelmente na consolidação do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009f).

Durante a última década, a expansão da ESF, tem se mostrado fundamental na redução das desigualdades no acesso e utilização dos cuidados, colecionando evidências de melhorias na detecção de casos de doenças tropicais negligenciadas e na queda das disparidades na saúde oral, mesmo com os sérios desafios financeiros e organizacionais vivenciados pelo sistema de saúde brasileiro. Estudos demonstraram que, para cada 10% de aumento na cobertura populacional da ESF, havia uma redução média de 4,5% na taxa de mortalidade infantil (MACINKO et al., 2015; ALMEIDA, 2014).

Apesar das importantes influências externas, o modelo brasileiro de SF pode ser considerado autóctone e singular, que se distanciou dos modelos de medicina familiar mundiais, organizados em torno dos médicos generalistas ou de família e livres da adscrição geográfica da clientela na oferta de cuidados, pois seguem a lógica de ganhos por competitividade. Nacionalmente, a SF adotou um modelo de base populacional, territorial, intersetorial, multiprofissional e de cooperação, de modo a cumprir com os objetivos do SUS e de atuar sobre os determinantes sociais da saúde com ações integradas de promoção,

prevenção, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde (MENDES, 2012).

Os profissionais da SF brasileira são responsáveis pelo fomento qualitativo de uma comunidade adscrita, manejando situações adversas de disponibilidade de recursos para a prática em saúde, de acesso às tecnologias necessárias à saúde, de manutenção estrutural e de equipamentos. Devem ser comprometidos com seus usuários, ter habilidades clínica, de relacionamento e mútua confiança, de trabalhar em equipe, de estabelecer parcerias, de respeito, de ouvir, de desenvolver cuidados contínuos ao longo do tempo, pautando suas ações do cuidado na família, em seus diferentes contextos de vida e rede de suporte comunitário, mantendo a interface com os diferentes atores e setores (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

A expansão do SF foi formidável, num período relativamente curto de vigência da política pública de saúde, sendo que, na metade de 2011, dispunha de 5.284 Unidades de Saúde da Família (USF) implantadas, 32.079 equipes de SF acompanhando mais da metade da população brasileira, 248.521 ACSs e 21.038 equipes de saúde bucal em 4.847 municípios (MENDES, 2012).

Todavia, o SF nacional tem se concentrado, especialmente, nos segmentos mais pobres, o alcance da classe média é um dos seus desafios, a qual pode preferir os serviços do setor privado. Logo, para a sua expansão nos centros urbanos e demais classes sociais e para a integração efetiva da atenção secundária e terciária, são necessários os investimentos técnicos, intelectuais e financeiros permanentes, o engajamento dos prestadores de cuidados de saúde e a manutenção do apoio político (MACINKO et al., 2015).

A atual estratégia dos gestores brasileiros para organização da APS é observada e reconhecida internacionalmente, representando os avanços obtidos no SUS, ao longo dos anos, especialmente quanto à maciça cobertura da população pelo modelo de atenção com potencial para mais e melhores resultados, apesar das dificuldades e desafios ameaçadores à sua sustentabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010i).

As pesquisas e os estudos acadêmicos têm evidenciado a potencialidade do SF na melhoria de indicadores de saúde, especialmente nos grupos mais expostos à pobreza, na mortalidade por causas cardio e cerebrovasculares, infantil, pós-neonatal por diarreia e infecções respiratórias, ampliação do acesso, qualidade e satisfação do usuário, reduções

nas taxas de internação por condições sensíveis à APS e de complicações de algumas doenças crônicas, como a diabetes (MACINKO et al., 2015).

Também há discussões sobre o fracasso da APS como a porta de entrada do SUS e argumenta-se que a ESF é cara, pouco resolutiva não aplicável a toda realidade brasileira, sendo prejudicada pelas propostas de flexibilização do tempo de trabalho dos profissionais, de expansão exagerada das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e pela migração dos seus recursos para a manutenção de hospitais ineficientes, inefetivos e de baixa qualidade, desprovidos da densidade tecnológica necessária (MENDES, 2012).

Estudos apontaram que a reorganização da APS por meio da ESF ainda não avançou no atendimento à demanda espontânea e às urgências, com dificuldades na organização do processo de trabalho para acolhimento e resolução de demandas que fogem à lógica das ações programáticas. Outros sugeriram relação entre implantação da ESF e a redução nas internações por diabetes e ao aumento das hospitalizações relacionadas ao pré-natal e parto no Estado de São Paulo (SP) (ALMEIDA, 2014).

A atual defasagem de profissionais na APS, representada pela oferta de 1,8 médicos por mil habitantes, que é inferior a dos outros países, e a distribuição desigual dos mesmos embasaram a criação do Programa Mais Médicos, em 2013, para ampliar a assistência na APS nacional. Segundo o MS, este programa já beneficiou cerca de 50 milhões de brasileiros com a fixação de 14.462 mil médicos em 68% dos municípios com carência de profissionais, concomitante aos R\$ 8,5 bilhões destinados às construções, ampliações e reformas de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e UPAs, além da expansão e reestruturação da formação médica no país, a gerar novas vagas de graduação em medicina de residência médica com o foco na APS e outras áreas prioritárias para o SUS (BRASIL; DAB, 2015).

Contudo, o uso extensivo e eficaz dos ACSs foi o componente mais importante da ESF, mesmo com descredito inicial à viabilidade da proposta que nascia do PACS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009f; MACINKO et al., 2015).

2.3 O ACS

A incorporação do ACS na APS brasileira criou possibilidades de um relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, os usuários, suas famílias, as

organizações e movimentos sociais do território, mostrando-se adequada aos princípios do SUS. O estado da Paraíba foi o primeiro a abrir suas portas para o “piloto” da implantação do PACS e do seu novo jeito de cuidar (MENDES, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009i).

As práticas médicas do mundo ocidental contribuíram para a consolidação da Medicina Social e para a gênese do ACS. Na Europa, ainda na Idade Média, os inspetores sanitários faziam visitas, revistas e desinfecção dos domicílios de um dado território, acompanhavam os óbitos, isolavam áreas ou pessoas em situações de epidemia, inspecionavam, educavam e disciplinavam os depositários de leprosos das periferias das cidades (FLORES et al., 2008).

De semelhante modo, no Brasil, eles colaboravam na prevenção das endemias e acompanhavam as crianças e mulheres de baixo risco e os portadores de doenças prevalentes que necessitavam de tratamento supervisionado nos domicílios e unidades de saúde (FLORES et al., 2008).

Apesar das influências dos modelos de APS brasileiro, canadense, cubano e inglês, os resultados positivos do Programa de Agentes de Saúde, para o combate à seca, da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, foram os mais significativos à ESF. Sua impressionante redução da mortalidade infantil impulsionou sua extensão a nível nacional, pelo MS, em 1991, com o PACS, mas, isoladamente, se mostrou incompatível com os princípios do SUS, gerando demanda por tecnologias de maior densidade aos serviços de saúde (BRASIL; CONASS, 2011).

Conseqüentemente, o município cearense de Quixadá desenvolveu uma experiência pioneira de APS agregando ACSs, médicos e enfermeiros generalistas no trabalho para populações adscritas territorialmente e organizadas em famílias, embasando o PSF, em 1994 (BRASIL; CONASS, 2011).

No Recife, o trabalho do agente de saúde ocorria desde as décadas de 60 e 70, junto aos religiosos, médicos e enfermeiro das pastorais de saúde, no acompanhamento de gestante, menores de cinco anos de idade e adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes em condições precárias. Quando o MS desenvolveu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o agente de saúde realizava atividades educativas e visitas domiciliares, junto com médicos e enfermeiros, em sua própria comunidade, com até vinte mil habitantes (RAMOS, 2007; FLORES et al., 2008).

Em SP, em 1980, pessoas leigas eram recrutadas da comunidade para as atividades comunitárias e de atenção individual à saúde de baixa complexidade, até que o ACS acabou por materializar o SUS, a perspectiva de construções técnicas e populares em saúde e a missão de agenciar encontros, interpretar línguas, mediar fronteiras e viabilizar o acesso entre os pares (FONSECA et al. 2012; COSTA; CARVALHO, 2012).

Todavia, a profissão de ACS só foi criada na Lei 10.507 de 10 de julho de 2002, exclusiva ao âmbito do SUS e caracterizada por atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, em ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas, conforme as diretrizes do SUS e da supervisão do gestor local (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Para integrar a ESF e a comunidade, é esperada do ACS a habilidade de: trabalhar em equipe, implementar a educação popular, orientar indivíduos, famílias e grupos sociais para a utilização dos serviços de saúde, programar e executar acompanhamentos domiciliares conforme as prioridades definidas no planejamento local, facilitar a integração entre a equipe de saúde e as populações de referência, agendar atendimentos de saúde na ESF, registrar os acompanhamentos domiciliares no prontuário de família e as informações referentes às ações desenvolvidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

As atribuições do ACS, segundo a PNAB, compreende a visita domiciliar (VD) das famílias com base geográfica definida e seu cadastramento atualizado, a orientação sobre a utilização dos serviços de saúde disponíveis, as atividades programadas e para demanda espontânea, as ações que integrem a equipe e a população, educativas, de promoção, prevenção, vigilância à saúde e acompanhamento das pessoas com problemas de saúde ou beneficiadas pelo Programa Bolsa-Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para atingir suas competências profissionais, o ACS deve adquirir conhecimentos sobre: o processo de trabalho em saúde e em equipe; família, moral, preconceitos, aceitação de diferenças e eventos do ciclo vital e social; princípios, diretrizes do SUS e políticas públicas de saúde; organização da RAS; cultura popular e práticas de saúde; comunicação e educação popular; (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A produção científica sobre o ACS, aborda o seu empoderamento, identidade, perfil socioeconômico, práticas, questões do gênero masculino, histórico da profissão, qualificação profissional, saúde no trabalho e sua relação público-privada e com a comunidade, havendo predomínio de publicações sobre a prática do ACS e mínima

investigação sobre as perspectivas para a profissão e as transformações na sua vida, em decorrência do seu trabalho (CROCCIA, 2009).

2.4 PROCESSO DE TRABALHO DO ACS

Da análise sobre o processo de trabalho médico, das discussões nacionais sobre políticas e estruturação da assistência e dos estudos sobre o mercado, profissões e práticas de saúde, nos anos 80, emergiu o conceito de processo de trabalho em saúde, que, para Marx, é composto pela atividade para um fim (trabalho), pela matéria a que se aplica o trabalho (objeto de trabalho) e pelos instrumentos ou meios do trabalho. Para Mendes Gonçalves, o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agente compõem tal processo (PEREIRA; LIMA, 2008).

Inicialmente, o conceito de processo de trabalho em saúde representava a abordagem sobre recursos humanos em saúde e, com as discussões sobre integralidade do cuidado, autonomia dos sujeitos, novas formas de trabalho e regulação do Estado nos mecanismos de gestão do trabalho, dos anos 90, passou a ser empregado nos estudos dos processos de trabalho das diferentes áreas da saúde, das intervenções, do cuidado, da gestão, dos modelos assistenciais, do trabalho em equipe, entre outros temas em saúde (PEREIRA; LIMA, 2008).

Desde a Revolução Industrial, as atividades do setor de serviços feitas nas empresas passaram a ser desenvolvidas por serviços especializados e fora dela, inclusive as atividades de saúde, que assumiram as características do trabalho profissional, coletivo e pormenorizado, segundo a lógica taylorista de organização e gestão (RIBEIRO et al., 2004).

Sendo o processo do trabalho em saúde o núcleo do modelo de produção do cuidado, este pode estar centrado no trabalho morto, que privilegia as normas, procedimentos, instrumentos (tecnologias duras) e saberes (leve-duras) ou no trabalho vivo, que valoriza a liberdade, criatividade, subjetividade, as tecnologias leves, as necessidades de saúde e os projetos terapêuticos para a produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2002).

A produção de saúde na APS nacional ainda se baseia no modelo hegemônico (biomédico) para intervir sobre os problemas que emergem no campo da saúde, assim como a hegemonia neoliberal regula e interfere no processo de trabalho em saúde, com políticas que desprotegem o trabalhador, fragmentação, imobilidade, desarticulação das intervenções e burocratização, distanciamento dos sujeitos e dos compromissos com a saúde, sendo o ACS um representante da precariedade deste trabalho (RIBEIRO et al., 2004).

O PSF tornou-se a estratégia prioritária de reorientação do modelo assistencial da APS nacional, incorporando e ampliando a atuação dos ACSs, os quais necessitam da autonomia, nem sempre garantida neste contexto de produção de cuidado, para improvisar, ter iniciativa e exercer um trabalho eficaz às questões inesperadas da saúde das pessoas (ABRAHÃO, 2007).

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho do ACS na produção de saúde da APS de Irati-PR

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os ACSs;
- Identificar o processo de trabalho dos ACSs;
- Apresentar os indicadores da APS que emergem do processo de trabalho dos ACSs.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para atender aos objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa exploratória, a qual considera vários aspectos, opiniões, atitudes e crenças, com relação à questão estudada de modo a torná-la mais explícita ou construindo uma nova visão do problema (GIL, 2002). Adotou-se o delineamento de estudo de caso, que permite o estudo de situações da vida real em seu contexto, bem como suas variáveis causais (GIL, 2008).

A abordagem qualitativa foi eleita, uma vez que permite a “compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam”, permitindo maior aproximação e intimidade entre sujeito e objeto, agregando significado nestas relações (MINAYO; SANCHES, 1993).

Bardin (2006) acrescenta que a validação deste tipo de abordagem se dá pela construção de variáveis de inferências precisas, não sendo necessário tratar exaustivamente todo o conteúdo para a seleção dos índices, cuja presença embasa a inferência.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O município de Irati-PR está localizado na região centro-sul do Estado do Paraná, a cerca de 150 km de Curitiba, tendo posição privilegiada no contexto do MERCOSUL e das exportações. Possui 56.207 habitantes, segundo o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IRATI-PR, 2015), onde está instalada a sede da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, a qual é composta por 9 municípios (PARANÁ, 2009), conforme ilustra a figura 1.

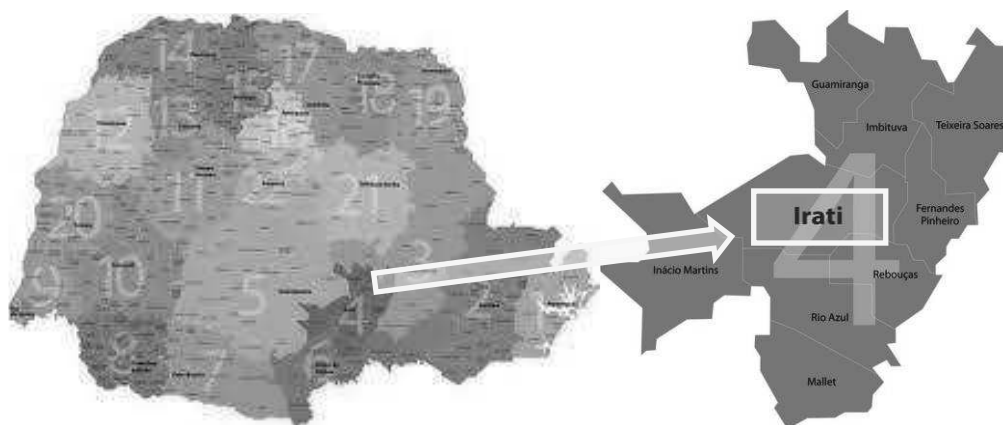


Figura 1 – Mapa do Estado do Paraná, segundo as Regionais de Saúde (Curitiba/Irati-PR).

Fonte: Secretaria de Saúde do Paraná-SESA, 2015.

O município possui 24 Unidades Básicas de Saúde, sendo 16 no interior e 08 nos bairros, um Pronto Atendimento (PA) 24 horas e 04 Clínicas, a saber: Odontológicas, Clínica do Bebê, Clínica de Fisioterapia e Sala de Raios-X (PREFEITURA MUNICIPAL DE IRATI-PR, 2015).

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

Tabela 1- Histórico da implantação da SF nos municípios da 4ª Regional de Saúde.

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

Fonte: Brasil, 2015.

O município de Irati-PR, em dez anos, teve considerável melhora no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que saltou de muito baixo (0,617) para alto (0,726), sendo a Longevidade, a dimensão que mais contribuiu para esse incremento no IDH (0,835), seguida da Renda (0,715) e da Educação (0,640). O aumento da longevidade, relacionado à redução da mortalidade infantil, passou de 27,3 para 13,4, no mesmo período (PNUD, 2013).

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

A renda per capita média de Irati-PR aumentou de R\$ 417,53, em 2000, para R\$ 685,81, em 2010, assim como o percentual da população economicamente ativa passou de 66,16% para 70,83%, sendo que 55 % dos ocupados completaram o ensino fundamental e 73,3% % deles recebiam até 2 salários mínimos. Já proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 passou de 28,58% para 6,79% e a porcentagem de vulneráveis à pobreza caiu de 52,98% para 23,85%, no mesmo período (PNUD, 2013).

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

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A escolha dos participantes foi embasada na PNAB, quanto à ESF ser a estratégia de expansão, qualificação, consolidação e reorganização da APS vigente no país. Devido à

gradual redução no número de ACSs no município de Irati-PR, a definição da amostra foi embasada nos estudos censitários, sendo que todas as unidades de saúde que possuíam a ESF foram percorridas e todos os ACSs foram convidados a participar da pesquisa.

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

Logo, a amostra teve uma perda percentual de participantes inferior a 4% e a tabela 2 apresenta a seleção dos ACSs segundo as unidades de saúde as quais pertencem.

Tabela 2- Participação dos ACSs, segundo suas unidades de saúde.

	Número de ACS na equipe	Número de participantes da pesquisa
Centro Social Rural Goncalves Junior	1	1
Posto de Saúde Ademar Vieira de Araújo	4	1
Centro Social Rural Vila São João	4	4
Centro Social Rural de Guamirim	2	1
Unidade de Saúde Rio Bonito	2	2
Total de ACS	13	9

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto à caracterização das participantes, todas eram do sexo feminino, com idade entre 27 e 47 anos (média de 34,6 anos), sendo 57,1% casadas, uma era solteira e morava com pais e avós, uma era viúva e morava com filha e genro e outra era separada e vivia com os filhos. A renda familiar das mesmas estava entre um e 3 salários mínimos (média de 1,8 salário mínimo).

Todas as ACSs eram naturais de Irati-PR, nenhuma participava de grupos comunitários e, com exceção da solteira, possuíam entre um e três filhos (média de 1,8

filhos). Em relação à escolaridade, apenas 1 tinha concluído a graduação e as demais tinham o ensino médio completo.

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

As características das agentes iratienses representam a inserção nacional da mulher no mercado de trabalho, onde as mesmas eram a maioria, na população com dez ou mais anos de idade e no grupo de pessoas desocupadas (IBGE, 2010).

A maioria das trabalhadoras brasileiras encontrava-se nos serviços domésticos e na administração pública e 64% tinham entre 25 e 49 anos de idade. Contudo, as ocupadas tiveram a jornada de trabalho mais longa, a menor percentagem de trabalho com carteira de trabalho assinada e o rendimento salarial mais baixo, independente do grupamento de atividade e escolaridade (que é superior entre as mulheres) (IBGE, 2010).

4.4 COLETA DE DADOS

Após a aprovação do Secretário da Saúde quanto ao cronograma de atividade no campo da pesquisa, para não interferir na rotina de atividades da equipe e do ACS, foi realizado contato telefônico com o enfermeiro de cada unidade de saúde para o agendamento das entrevistas, com questões fechadas e abertas, elaboradas pela pesquisadora (apêndice 1).

Os encontros se deram nas dependências das unidades de saúde, durante seu horário de funcionamento e, mesmo sendo utilizadas as salas desocupadas e com o agendamento prévio, todas as entrevistas foram interrompidas por outra pessoa da equipe de saúde, em especial, pelo enfermeiro da unidade, sendo que a presença do mesmo inibiu as entrevistadas.

Na equipe com o maior número de ACSs participantes da pesquisa a pesquisadora foi convidada a acompanhar algumas visitas domiciliares (VD) das ACSs, permitindo sua

aproximação com a rotina de trabalho das ACSs. Todas as entrevistas foram audiogravadas e, ao término, foram integralmente transcritas e submetidas à análise. Para garantir a privacidade e anonimato das participantes, aleatoriamente, cada uma foi identificada pela letra A, seguida de um número cardinal, sucessivamente.

Segundo Flick (2004), a triangulação se refere à combinação de métodos, sujeitos ou grupos, ambientes e perspectivas teóricas para validar, enriquecer e/ou completar o conhecimento sobre o universo pesquisado.

Segundo Flick (2004), para produzir conhecimentos que ultrapassem o que pode ser imediatamente acessível para a reflexão cotidiana, pode-se combinar diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes e perspectivas teóricas. Assim, na triangulação de dados, são utilizadas diferentes fontes de dados, em locais, datas e grupos de pessoas distintas, para enriquecer e completar a compreensão sobre o fenômeno estudado.

Para aprofundar conhecimento sobre o processo de trabalho das ACSs, utilizou-se a combinação de métodos (entrevistas, pesquisa documental e revisão integrativa de literatura), de pessoas (ACSs, gestores e comunidade iratiense) e de análise (análise de conteúdo e crítica dos artigos e documentos).

Portanto, os Secretários da Saúde foram convidados a participar do estudo. Como na atual gestão, houve três trocas de Secretários, ao longo de dois anos, destes, somente dois agendaram a entrevista (apêndice 2) e foram, aleatoriamente, identificados pela letra G, seguida de um número cardinal.

Considerando a participação dos usuários dos serviços de saúde no Conselho Municipal de Saúde (CMS), tentou-se investigar as discussões sobre o trabalho dos ACSs, registradas em atas, que, por não estarem disponíveis para o acesso eletrônico e público, foram disponibilizadas pela a secretária da Casa dos Conselhos de Irati-PR, após a ratificação do aval do Secretário de Saúde do Secretário quanto a realização desta pesquisa.

As cópias de quatro atas (duas do ano de 2013 e duas de 2014), nas quais o ACS ou seu processo de trabalho haviam sido mencionados, foram identificadas, com a letra C, seguida de um número cardinal, segundo a ordem cronológica da data de ocorrência das reuniões do CMS.

Também foi realizada a busca de informações sobre o ACS nas páginas eletrônicas dos jornais locais (Folha de Irati-PR, Jornal Hoje Centro Sul e Rádio Najuá) não sendo

encontradas manchetes e, dentre as que se referiam às questões de saúde do município, nenhuma fez menção ao ACS ou seu trabalho, recorrendo-se então às publicações científicas sobre o processo de trabalho do ACS nas (item 4.7).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do estudo foram tratados segundo o referencial da análise de conteúdo de Laurence Bardin, no qual o pesquisador tenta compreender o sentido da comunicação e descobrir o que está por trás das mensagens (CAMARA, 2013).

Na primeira fase desta análise realizou-se a leitura flutuante e edição das transcrições das entrevistas dos ACSs e gestores, bem como os recortes das atas do CMS, formulando-se a seguinte hipótese: O processo de trabalho dos ACSs representa a produção de saúde da sua localidade, uma vez que ele trabalha na comunidade e a representa?

Tomando por base as dimensões do processo de trabalho em saúde propostos por Faria et al (2009), o processo de trabalho das ACSs foi organizado em categorias, representadas na figura 2.

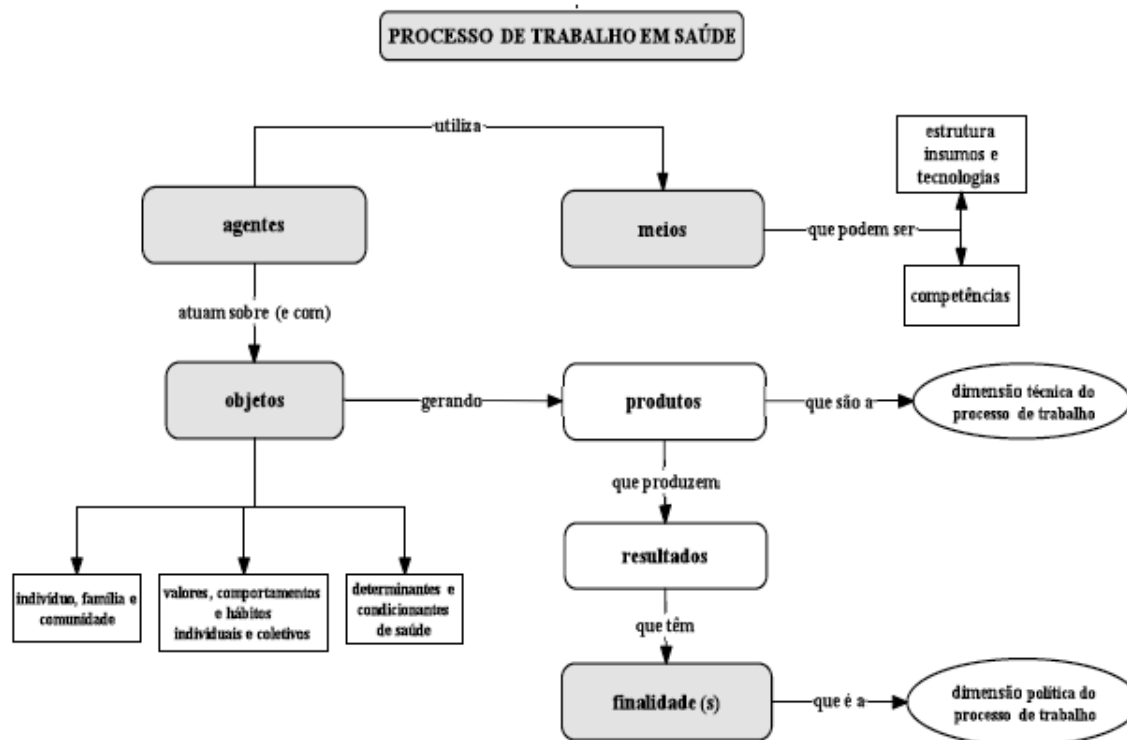


Figura 2- Representação gráfica do processo de trabalho em saúde.

Fonte: Faria et al., 2009.

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

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

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

O quadro 3 apresenta as categorias adotadas para a organização dos materiais selecionados para pesquisa.

Categorias	Descrição
Sujeitos do processo de trabalho do ACS	Caracterizar as ACS (quem são, suas aspirações e como se tornaram ACS).
Objeto do processo de trabalho do ACS	Características do território e necessidades de saúde (boas condições de vida, acesso, vínculo e autonomia).
Meios do processo de trabalho do ACS	Recursos materiais, infraestrutura das unidades, conhecimentos capacitações, habilidades, interações sociais no trabalho.
Finalidades do trabalho do ACS	Metas, demandas da população e organização do trabalho
Resultados do trabalho do ACS	Resultados positivos e negativos das intervenções em saúde

Quadro 3- Organização dos dados da pesquisa, segundo as categorias de análise.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Em cada categoria, os trechos das entrevistas e documentos foram classificados e recenseados, tendo uma interpretação numérica e indicativa, em forma de frequências, tabelas, quadro e figuras gráficas que permitissem a construção da mensagem, sua interpretação e a criação de indicadores para a inferência de conhecimentos relativos às mensagens, respondendo a hipótese ou apresentando uma descoberta inesperada (BARDIN, 2006)

Os temas também foram agrupados, conforme a classificação e a contingência dos mesmos, comparados e interpretados, segundo sua mensagem e o referencial teórico, aqui representado pela PNAB, aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que regulamenta a implantação e operacionalização da APS no país.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi encaminhado à apreciação do Secretário Municipal de Saúde (Anexo 1) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), atendendo a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012,

do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013b) e sendo aprovado, conforme o Parecer 1.093.307 de 02/06/2015 (Anexo 2).

Cumprindo os princípios da Resolução nº. 466/2012, os ACSs e Secretários de Saúde de Irati-PR convidados a participar da pesquisa, foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que essa pudesse lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. Foi assegurada a vontade do participante de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Os participantes somente foram incluídos na pesquisa após manifestarem a sua anuência à participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.7 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para compreender o processo de trabalho do ACS, o qual ocupa posição singular e contraditória no trabalho em saúde da APS, sendo, simultaneamente, membro da comunidade, usuário dos serviços públicos de saúde e profissional nem sempre legitimado da equipe de saúde, realizou-se uma revisão integrativa da literatura.

Esta modalidade de revisão é uma ampla e rigorosa abordagem metodológica que identifica, analisa e sintetiza conhecimentos que permitem a completa compreensão do fenômeno a ser estudado, sendo adotadas as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos selecionados, discussão dos resultados e apresentação da revisão (SOUZA et al., 2010).

Em julho de 2015, foi realizada a busca na base de dados da Bireme, com os descritores em saúde: Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família, o operador booleano *and* e o termo Processo de Trabalho, sendo encontrados 12 artigos, publicados entre 2011 e 2015, sobre o contexto atual do trabalho do ACS. Na base de dados Pubmed foram utilizados o descritor: Community Health Work, o operador booleano *and* e o termo: Work Process, sendo encontrados 3 artigos, publicados entre 2014 e 2015.

Após a leitura integral dos 15 artigos encontrados, foram incluídos nesta revisão os que estavam totalmente disponíveis para livre acesso eletrônico, publicados desde 2011, de qualquer idioma, sendo excluídos os estudos do tipo relatos de caso, revisões e aqueles não

publicados no período proposto ou que os que não abordassem as dimensões do processo de trabalho do ACS.

Entre os dois artigos excluídos, um apresentava um programa piloto de fortalecimento das agentes voluntárias do Nepal e outro relatava os efeitos das intervenções para aumento da motivação e supervisão entre ACSs de Uganda e Moçambique, resultando em uma amostra com 13 estudos e suas principais informações e foram apresentadas no quadro 4.

Autor, ano de publicação, periódico e região estudada	Qualis interdisciplin	Metodologia, amostra e análise	Atividades do ACS	Trabalho em equipe	Modelos de atenção	Saberes específicos	Condições de trabalho	Gestão	Relações interpersonais
Alves et al, 2014 Rev. Pesq. Cuid. Fundamental Minas Gerais	B2	Quali 15 ACS Discurso coletivo					X		
Bornstein et a, 2014 Trab. Educ. Saúde Rio de Janeiro	B1	Quali 23 ACS Histórico dialético	X	X	X	X	X		X
Cazola et al, 2014 Rev. Bras. Enferm. Mato Grosso	A2	Quanti 57 ACS Estatística	X			X	X	X	
Costa; Ferreira, 2011 Trab. Educ. Saúde Piauí	B1	Quali 31 ACS Conteúdo					X		
Costa et al, 2012 Rev. Gaúcha Enferm. Rio Grande do Sul	B1	Quali 23 ACS Conteúdo		X		X	X		X
Costa et al, 2013 Ciência & Saúde Colet. Minas Gerais	A2	Quanti 241 ACS SPSS	X			X		X	
Fonseca et al, 2012 Texto contexto Enferm. Acre, MT, RJ	A2	Quali entrevistas e grupos focais					X	X	X
Galavote et al, 2011 Ciência & Saúde Colet. Espírito Santo	A2	Quali 14 ACS Conteúdo	X	X			X	X	
Galavote et al, 2013 Interface, Comunic. Educ. Saúde Rio de Janeiro	B2	Quali 1 ESF Sentidos		X	X		X		X
Peres et al, 2011 Rev. Esc. Enferm. USP São Paulo	B1	Quali 16 ACS Dialética		X					

... continua.

Continua...

Autor, ano de publicação, periódico e região estudada	Qualis interdisciplin	Metodologia, amostra e análise	Atividades do ACS	Trabalho em equipe	Modelos de atenção	Saberes específicos	Condições de trabalho	Gestão	Relações interpessoais
Silva; Andrade, 2013 Trab. Educ. saúde Bahia	B1	Quali 14 ACS Discurso coletivo			X	X	X		
Oliveira et al, 2012 Cogitare Enferm. Ceará	B3	Quali 8 ACS Conteúdo					X		X
Okuga et al, 2014 Global Health Action Uganda	B2	Quali 32 ACS Conteúdo				X	X		

Quadro 4: Principais informações e temas dos artigos selecionados sobre o processo de trabalho do ACS.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A análise crítica dos artigos selecionados revelou a maioria foi de publicações da saúde pública ou saúde coletiva, igualmente distribuída nos últimos cinco anos, em periódicos científicos da área da enfermagem ou da saúde, com boa qualificação e nível de evidência IV, destacando-se a clareza da trajetória metodológica, a utilização de entrevistas e grupos focais com os ACSs, submetidos à análise de conteúdo.

Quase metade das pesquisas retratava as condições de trabalho dos ACSs brasileiros da região sudeste (54%), 23% da região nordeste, 15% do centro-oeste, um artigo tratava dos agentes da região norte, outro da região sul e, por fim, um sobre os agentes africanos.

A maior parte das amostras foi selecionada por conveniência, sendo que a dos estudos quantitativos foi composta por uma média de 149 agentes (entre 57 e 241 ACSs), enquanto nos qualitativos, realizados exclusivamente com ACSs, a média foi de 20 ACSs estudados (entre 8 e 32 ACSs).

No contexto africano, o trabalho remunerado como ACS foi uma das alternativas para driblar o desemprego e, apesar de as candidatas a ACS serem preferidas, os do sexo masculino foram selecionados por várias comunidades e entre os próprios ACS para serem seus líderes. Após serem selecionados pela comunidade local, os ACSs receberam cinco dias de treinamento, embasados nas discussões participativas e demonstrações práticas,

sendo, em seguida, realizada sua imersão nas comunidades próximas das suas residências (OKUGA et al., 2015).

No Brasil, há predomínio de ACS do sexo feminino, casadas, sem experiência prévia no setor de saúde, que vivenciaram o desemprego, a falta de opção no mercado de trabalho e a insatisfação com o emprego anterior, com idade entre 19 e 50 anos, com nível de escolaridade do nível médio à graduação, renda mensal de um a três salários mínimos, com tempo de trabalho no SF entre um mês a 14 anos, que realizaram o Curso Introdutório após a aprovação no processo de seleção (CAZOLA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2012; GALAVOTE et al., 2015; COSTA; FERREIRA, 2011).

As condições de trabalho do ACS foi tema de 85% dos artigos, o trabalho em equipe, os conhecimentos específicos e as relações interpessoais estiveram presentes em 38% dos estudos, 31% abordaram as atividades realizadas pelos agentes e a gestão do trabalho e, por fim, 23% trataram sobre os modelos de atenção (Quadro 4).

Nos dois artigos de abordagem quantitativa, o tratamento estatístico dos dados seguiram as medidas de tendência central e suas diferenças estatísticas foram analisadas pelo teste Qui-quadrado, de Fisher e Pearson, com intervalo de confiança de 95% e nível de significância $<0,05$ (COSTA et al., 2013; CAZOLA et al., 2014).

A ESF foi concebida para substituir antigas práticas em saúde centradas na doença, estabelecendo novas relações entre os profissionais de saúde das equipes multiprofissionais e a comunidade na produção do cuidado e o ACS tem sido o principal agente desta mudança, uma vez que, em seus encontros, consegue acessar e interligar os diferentes campos de poderes, saberes e práticas (GALAVOTE et al., 2013).

As atividades desenvolvidas pelos ACSs estavam presentes em quase um terço dos artigos e convergiam às propostas pela PNAB. Segundo a frequência de ocorrência das mesmas, destacaram-se as visitas domiciliares (VDs) às famílias e o acompanhamento dos doentes. Para organizar e priorizar as visitas, os agentes se embasavam no risco social das famílias e nos grupos prioritários do acompanhamento, sendo os hipertensos e diabéticos os mais citados, seguidos das gestantes e crianças e dos portadores de doenças transmissíveis (tuberculose e hanseníase) (BORNSTEIN; DAVID, 2014; CAZOLA et al., 2014; COSTA et al., 2013; GALAVOTE et al., 2013).

Quanto às VDs, somente os ACSs do Mato Grosso (MG) citaram o planejamento diário ou semanal das mesmas, o preenchimento de fichas/relatórios e o controle da dengue neste momento. Em Minas Gerais, apesar de a maior parte dos agentes visitarem todas as famílias sob sua responsabilidade, foram os únicos que citaram a dificuldade de encontrar algumas famílias durante seu horário de trabalho (CAZOLA et al., 2014; COSTA et al., 2013).

A supervisão das VDs dos agentes pelo enfermeiro ou supervisor de campo ocorreu no MG, Rio de Janeiro (RJ) e Acre (AC), sendo considerado o cumprimento ou não das metas de acompanhamento dos grupos programáticos. Verificou-se a realização de 87 VDs ao dia (que corresponde a 137 VD ao mês) entre os agentes matogrossenses, o que se aproxima da recomendação do MS e do modelo de atenção biomédico, pois os agentes se esforçam quanti e qualitativamente para atingir os resultados que lhes são propostos (FONSECA et al., 2012).

No acompanhamento da população adscrita (apenas uma ocorrência de citação), os agentes disseram orientar a população quanto ao uso dos remédios, a adoção de dieta, o controle da pressão e glicemia (MT) e informações pontuais sobre os agravos à saúde (PI), o uso dos serviços de saúde (MG), a busca ativa de casos (MT, RJ, AC) e a identificação das condições de saúde (BA) (CAZOLA et al., 2014; COSTA et al., 2012; COSTA et al., 2013; FONSECA et al., 2012; SILVA; ANDRADE, 2013).

Os agentes não compreenderam que tais ações fazem parte da vigilância e promoção à saúde. Apesar das atividades de promoção à saúde serem as mais presentes na prática dos agentes baianos, desconheciam este conceito e acreditavam ser a promoção da saúde sinônimo de prevenção à saúde, citaram a realização da caracterização da população sem compreender que esta é uma tarefa de vigilância em saúde, bem como os agentes mineiros, cariocas e do sul do país (COSTA et al., 2012; COSTA et al., 2013; FONSECA et al., 2012; SILVA; ANDRADE, 2013)

Neste sentido, somente os agentes matogrossenses citaram a realização de capacitações e cursos sobre vigilância em saúde, hipertensão, diabetes, dengue e a primeira etapa do curso técnico para ACS. No RJ, as eSF destacaram que o ACS é o único membro da equipe sem formação profissional. Entre os agentes mineiros, verificou-se a correlação estatisticamente significativa entre a realização do curso Introdutório ao PSF e o desenvolvimento de educação em saúde com população, assim como foi verificado maior

percentagem de atividades educativas entre os agentes que se sentiam mais preparados para o trabalho no SUS (CAZOLA et al., 2014; BORNSTEIN; DAVID, 2014; ALVES et al., 2014).

A educação em saúde compôs o segundo maior grupo de atividades dos agentes. Na Bahia, tais atividades foram pontuais, em MG, a maioria dos agentes realizavam-na, especialmente no território de atuação, com a presença de, aproximadamente, 20 pessoas em cada encontro. No RS, houve dificuldade de formar e conduzir os grupos de educação popular e, no RJ, poucos agentes participavam da mesma, com os grupos programáticos e apesar de despertar grande interesse na população, sua metodologia reproduzia o discurso biomédico (SILVA; ANDRADE, 2013; COSTA et al., 2013; COSTA et al., 2012; GALAVOTE et al., 2013).

O terceiro maior grupo de atividades dos agentes diz respeito à vigilância em saúde, sendo igualmente citadas as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, das condições de saúde e de saúde ambiental. Em MG, as agentes tiveram destaque estatístico na realização destas ações, já na Bahia, os que não desenvolviam cuidado com o ambiente acreditavam que esta ação era secundária, difícil ou desconhecida, distanciando o morar e o trabalhar na comunidade (COSTA et al., 2013; SILVA; ANDRADE, 2013).

Ainda que a falta de clareza sobre as atribuições tenha sido citada apenas pelos agentes matogrossenses, esta pode ser verificada entre os agentes das demais regiões do país. Na Bahia, os agentes verificaram que suas atividades eram dependentes do trabalho dos demais profissionais da equipe, sendo replicada a transmissão de saberes biomédicos (CAZOLA et al., 2014; SILVA; ANDRADE, 2013).

No MT, AC e RJ, as tarefas burocráticas eram desenvolvidas pelos agentes, em detrimento da educação popular e, especialmente no estado carioca, os agentes participavam, diariamente, da triagem dos casos da demanda espontânea e reproduziam os saberes biomédicos, além de serem responsabilizados pela aproximação entre a equipe de saúde e a população (FONSECA et al., 2012).

Em MG e PI os agentes acompanham os demais membros da equipe nas atividades desenvolvidas na comunidade, encaminham as famílias das suas áreas para atendimento clínico ou lhes agendam exames, havendo correlação estatística desta prática com os agentes que cursaram o Introdutório ao PSF (COSTA et al., 2013; COSTA; FERREIRA, 2011).

Sobre as condições de trabalho do ACS, as condições físicas e emocionais foram citadas em 92% dos artigos, seguidos do trabalho em equipe (85%), formação do agente (77%), posto de trabalho (70%), autonomia e vínculo (61,5%), satisfação (46%), remuneração (23%), tempo de trabalho e riscos (7,7%). Em nenhum dos artigos foi mencionada a saúde do trabalhador e as condições sociais do trabalho (Quadro 4).

Dentre as condições de trabalho, a sobrecarga, o excesso de responsabilidades e tarefas árduas, complexas e rotineiras foram os temas mais recorrentes entre os agentes do Brasil, que se sentem pressionados e cobrados tanto pela equipe como pela comunidade, que não o reconhecem como um cuidador e desconhecem suas atribuições.

Neste sentido, a supervalorização dos saberes disciplinares inferioriza o ACS, apesar dos cursos ter lhes proporcionado melhora na autoestima e autoconfiança para o trabalho. Os agentes são responsabilizados pela missão de mudança imposta ao PSF, sentem-se impotentes diante da magnitude dos problemas da sua comunidade e com dificuldade para executar os ensinamentos recebidos.

A todas estas situações é acrescida a falta de apoio, resultando nos agentes brasileiros um turbilhão de sentimentos de tristeza, desmotivação, insatisfação, sofrimento e estresse. Na África, o trabalho dos agentes resultou em poucas mudanças nos hábitos de vida das gestantes e cuidados com os recém-nascidos, apesar de a população apreciar as suas orientações (OKUGA et al., 2015).

Quanto aos aspectos positivos das condições físicas e emocionais do trabalho os agentes citaram sua ampla disponibilidade para o enfrentamento de problemas de ordem pessoal e geral, sua dedicação, compromisso com o trabalho e a alegria que dele emana.

Poucos agentes citaram os aspectos positivos do trabalho em equipe, quando propicia relações interpessoais de respeito, liberdade, cooperação, criatividade, reconhecimento, união, corresponsabilidade, confiança, amizade e de trocas e aprendizagem, permitindo a participação popular, mudança de praticas, discussão e análise ampliada das situações.

Em contrapartida, os espaços de reunião de equipe foram reduzidos e, para a maioria dos agentes, o trabalho em equipe se mostrou difícil, marcado pela falta de compromisso, as relações assimétricas, desarticuladas, de segregação e de supervalorização dos outros profissionais, repercutindo na priorização das ações medicalizadas, dadas no

ambiente clínico e aos grupos programáticos, no distanciamento da comunidade e desvalorização do ACS.

Se na África a supervisão do trabalho dos agentes melhorou a confiança da população no trabalho dos mesmos, no Brasil, os critérios adotados na avaliação deste trabalho não são claros aos agentes assim como o seu desdobramento.

Sobre a formação, os agentes brasileiros não tinham experiência anterior na saúde e a oferta de cursos/capacitações foram deficitárias na quantidade e duração, mantendo as limitações no saber-fazer dos procedimentos clínicos, o baixo desempenho dos agentes, sua desvalorização e invisibilidade na equipe e comunidade e a repetição das práticas biomédicas. Em quase metade das equipes não há educação permanente (EP) e a desvalorização da mesma pela equipe e gestores locais tem sido considerada.

O nível educacional dos agentes africanos e seu status social interferiram na sua confiança e aceite na população, especialmente entre os políticos, profissionais de saúde e pessoas com mais posses que o ACS, pois sem a formação os agentes são vistos como pessoas comuns e despreparadas para os cuidados em saúde. Outro aspecto interessante na formação deste agente foi o início das atividades práticas logo após a teorização, contribuindo para a maior retenção de saberes (OKUGA et al., 2015).

Quanto ao posto de trabalho, destacou-se a falta de pessoal, equipamentos, materiais e transporte, sendo os dois últimos comuns aos agentes brasileiros e africanos. Também foram citados o desvio de função e o processo avaliativo centrado em resultados e não no processo de trabalho (Quadro 4) .

Os agentes brasileiros foram responsabilizados pela criação e manutenção do vínculo dos demais membros da equipe com a comunidade. Para isto, se mostrou necessária a escuta ativa das demandas e anseios da população, o diagnóstico das necessidades locais e a responsabilização pelas mesmas, resultando na construção de laços de amizade, confiança, trocas de saberes, comunicação, identificação e proximidade.

Já na África, inicialmente, os agentes tiveram de driblar as ameaças dos líderes locais e os do sexo masculino convidaram os esposos para participarem do acompanhamento e pré-natal das suas companheiras.

Segundo as equipes, os agentes com autonomia no processo de trabalho eram prepotentes, arrogantes e indisciplinados. Se por um lado, a troca de saberes com as

famílias e a criação de valores solidários favoreceram a legitimação dos agentes, seu crescimento humano e autonomia foram prejudicados pela desvalorização da subjetividade, falta de comunicação vertical com a população, imposição e transmissão de saberes disciplinares e gestão rígida, coercitiva e centralizadora.

Enquanto na África os agentes valorizaram a remuneração, como um fator de motivação, no Brasil, o baixo salário é uma constante. Como fator desmotivante, a invasão do tempo livre foi citada no RS e a violência apareceu como risco laboral no Espírito Santo (ES) (OKUGA, et al., 2015; COSTA et al., 2012; GALAVOTE et al., 2011).

O discurso de mudança do modelo de atenção nacional se aproxima da lógica do modelo de atenção às condições crônicas, com ações para aproximadamente 80% da população. Entretanto, os artigos revelaram a persistência de características do modelo de atenção biomédico no contexto do SF, onde se dá o objeto desta pesquisa (processo de trabalho dos ACSs).

Na maioria dos estudos, as práticas de saúde nacionais estavam fragmentadas, centradas em procedimentos, medicamentos, consultas e demais tecnologias duras, nos espaços clínicos das unidades de saúde, no saber biomédico, focalizadas na doença e atuação médica, desconsiderando as necessidades de saúde locais e o acolhimento da população nas unidades de saúde.

Mesmo reproduzindo a lógica biomédica, os agentes mostraram possuir conhecimento ampliado sobre o conceito de saúde, identificando os determinantes de saúde em suas VDs. Neste sentido, verificou-se que as equipes estão centradas nas informações de cunho epidemiológico, com lacuna de saberes sobre acolhimento e humanização, os quais ainda não estão sendo expressos por taxas e acompanhados com metas.

No cenário africano verificou-se que os agentes eram capazes de avaliar situações de risco entre as pessoas por eles acompanhadas e de referencia-las aos centros de saúde, contudo, a não ocorrência do atendimento clínico resultou em descrédito da população para com o trabalho do ACS.

A gestão do cuidado também estava centrada no profissional médico, os momentos de EP foram desvalorizados, descontínuos e não mais planejados, além do distanciamento da proposta de trabalho interdisciplinar e de compartilhamento das decisões entre a equipe e a comunidade.

A coordenação da atenção se mostrou centralizada no quantitativo de consultas, na organização do trabalho conforme a demanda espontânea e as ações programáticas, com repercussão no fazer dos agentes e, por fim, nenhum artigo abordou as estratégias de fortalecimento da APS ou as estratégias de integração dos programas e políticas públicas.

Os resultados desta revisão revelaram que o processo de trabalho dos agentes ainda sofre forte influência da produção dos sistemas capitalistas. A dimensão das suas atividades convergiu à lógica Taylorista, quanto ao desconhecimento das atribuições do ACS, a metodologia adotada na transmissão de ensinamentos, a cobrança por resultados numéricos, a legitimação do saber médico enquanto referencia para o cuidado em saúde, que permanece prescrito e vigiado pelo enfermeiro supervisor, a rigidez, hierarquia e dominação das relações interpessoais, embora os salários não trouxessem satisfação aos ACSs.

As condições de trabalho dos agentes se mostraram próximas do modelo fordista. Apesar de nenhum artigo ter mencionado a saúde destes trabalhadores, esta pode estar prejudicada, considerando seu peso, fragmentação, burocratização, intensidade, discriminação, rotinas e ações para grupos pré-estabelecidos. Tais condições interferem o padrão de consumo da população por cuidados biomédicos, comprometem a satisfação no trabalho e, embora os agentes tenham sido as peças-chave para a ampliação do acesso, os estudos não revelaram o aumento na produção de saúde.

Esta revisão também revelou que, mesmo sendo o modelo da atenção crônica, da pirâmide de riscos, e da determinação social da saúde, apropriado para o SUS, as equipes não orientavam suas práticas segundo o autocuidado apoiado e os recursos comunitários disponíveis, a EP aos profissionais de saúde e a educação em saúde para a comunidade não ocorriam de forma regular, a divisão de papéis na equipe de saúde e a oferta de ações não consideravam a estratificação de risco das condições crônicas, apesar do agente acompanhar as pessoas do território.

Em suma, a análise do processo de trabalho dos ACSs revelou que a produção do cuidado na ESF ainda estava centrada no trabalho morto, no ato prescritivo, no controle das ações humanas, na padronização de condutas dos trabalhadores e no saber técnico onipotente (tecnologias leve-duras) e instrumentos/equipamentos (tecnologia dura).

Logo, investimentos devem ser feitos na lógica da produção subjetiva, de modo a propiciar a criatividade e liberdade construtiva do trabalho vivo, a efetivar a educação em

saúde e as tecnologias leves nas interrelações mais horizontalizadas, pois os encontros da produção do cuidado são intensos, abrindo espaços de fala, escuta, olhares, signos que ampliam a interpretação da realidade e provocam satisfação, alegria, tristeza, construção de vínculos, mudanças nos sujeitos e no seu modo de levar a vida, superando a cisão entre o trabalho prescrito e o real, a insatisfação, medo, desequilíbrio mental e psicoafetivo do modelo médico hegemônico (FRANCO; MERHY, 2002).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já referido anteriormente, o corpus de análise deste estudo foi constituído pelo detalhamento das entrevistas com nove ACSs e dois gestores de saúde, além de quatro atas do CMS, as quais foram distribuídas e categorizadas, segundo as dimensões do processo de trabalho do ACS, a saber: sujeitos, objeto, meios, finalidade e resultados (Figura 3).

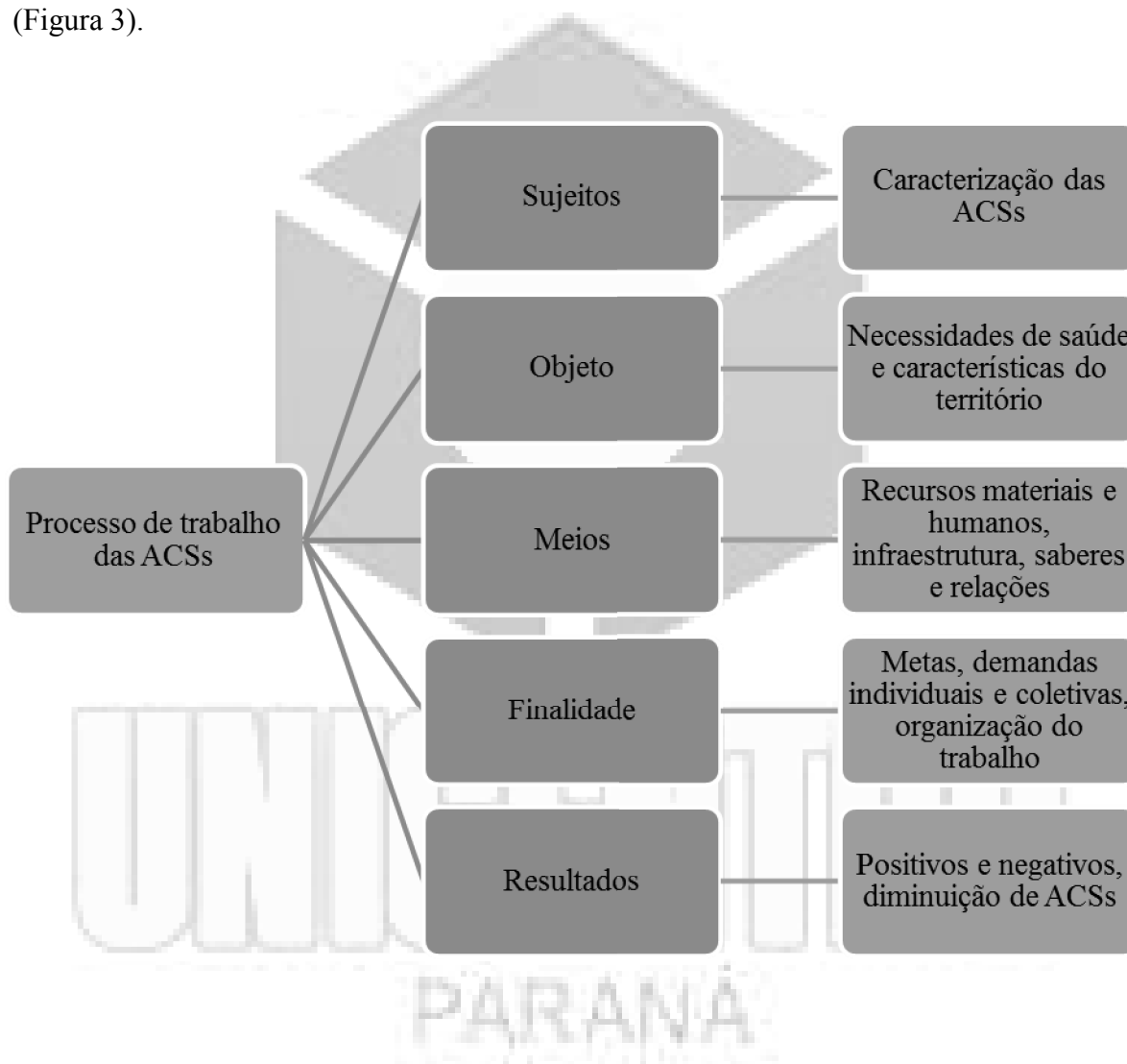


Figura 3- Categorias de análise do processo de trabalho do ACS.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Devido a sua complexidade, a dimensão organização do trabalho foi pormenorizada nas seguintes subcategorias: duração e ritmos, níveis de exigência, tipo de tarefas,

condições físicas e ambientais do trabalho, exposição a agentes de risco, relações sociais no local de trabalho, mobilidade no trabalho, autonomia, emprego precário, trabalho feminino, renda, expectativas do ACS, reconhecimento, realizações, absentismo e problemas de saúde ocupacional.

5.1 SUJEITOS DO TRABALHO DO ACS

Considerando o processo de trabalho do ACS um indicador da produção de saúde na APS, a análise da categoria dos sujeitos deste trabalho revelou quem eram estas pessoas e como se tornaram ACS.

Como as ACSs são os membros da equipe de saúde mais próximos das pessoas nos territórios, o quadro 5 retoma suas principais características, já apresentadas na descrição da amostra da pesquisa, e as compara com as da população de Irati-PR.

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

Quadro 5- Comparativo das principais características das ACSs e da população geral de Irati-PR¹.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015; IBGE, 2015.

Por sua vez, a figura 4 detalha outras características das mulheres que compuseram a categoria profissional de ACS, segundo as aproximações semânticas dos temas desta categoria de análise.

¹ Apesar da falta de dados oficiais, tentou-se verificar se as ACSs Irati-PR representavam a sua comunidade, com base em informações disponíveis sobre o referido município e as características encontradas nesta pesquisa sobre as ACSs.

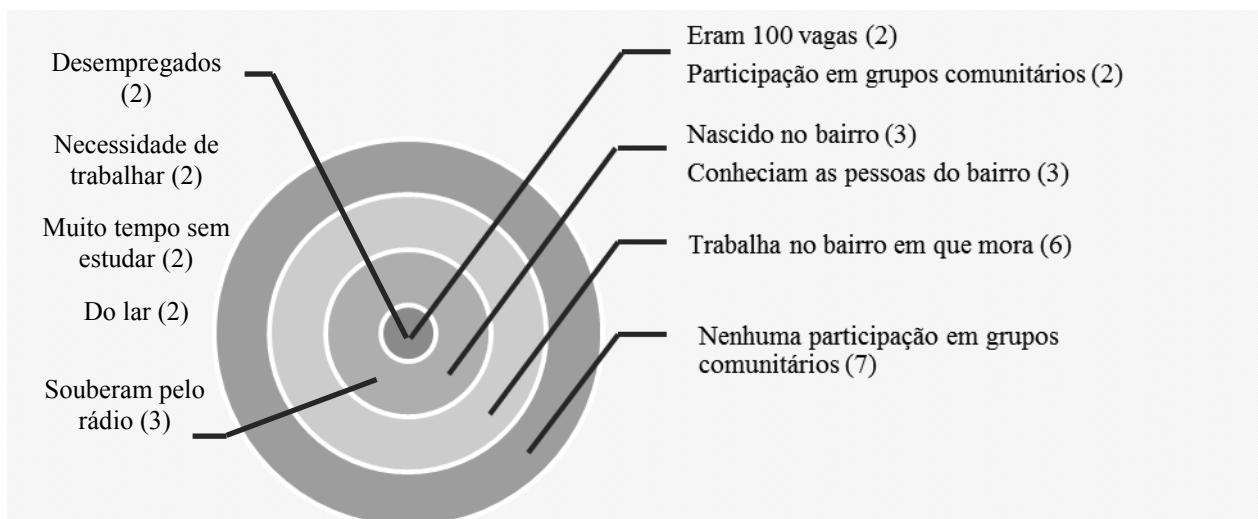


Figura 4- Representação gráfica da frequência de ocorrência de palavras sobre as características dos ACSs, por ordem crescente, do centro para a periferia.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

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

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

Embora a regulamentação do PACS no Brasil tenha se dado em 1997, enquanto estratégia de aprimoramento e consolidação da descentralização de recursos do SUS e da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, a sua implantação no município estudado só veio a acontecer em 2002, quando o país já contava com mais de 150 mil ACSs (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Seguindo a recomendação da PNAB, a SMS de Irati-PR se responsabilizou pelo recrutamento, seleção e contratação de 100 ACSs, sendo-lhes exigido apenas a conclusão do ensino fundamental e a comprovação de residência no bairro correspondente à vaga para ACS e tais exigências estavam em consonância com a LEI N° 10507/2002, que cria a

profissão do ACS, exceto no que tange à conclusão e aproveitamento do curso de qualificação básica para a formação do ACS.

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

As poucas mulheres nascidas no bairro em que trabalhariam disseram conhecer as pessoas da sua comunidade e negaram ter participação prévia em grupo comunitário. Algumas queriam ser como a ACS que lhes visitava ou como sua familiar que também fora ACS, mas os fatores decisivos para assumirem o cargo foram a aprovação na seleção e a possibilidade de trabalhar perto de casa, seguidos do interesse em aprender sobre as doenças e da possibilidade de se deslocar em uma única região e não na cidade toda, como fazem os agentes de controle de endemias (ACE) (Figura 5).

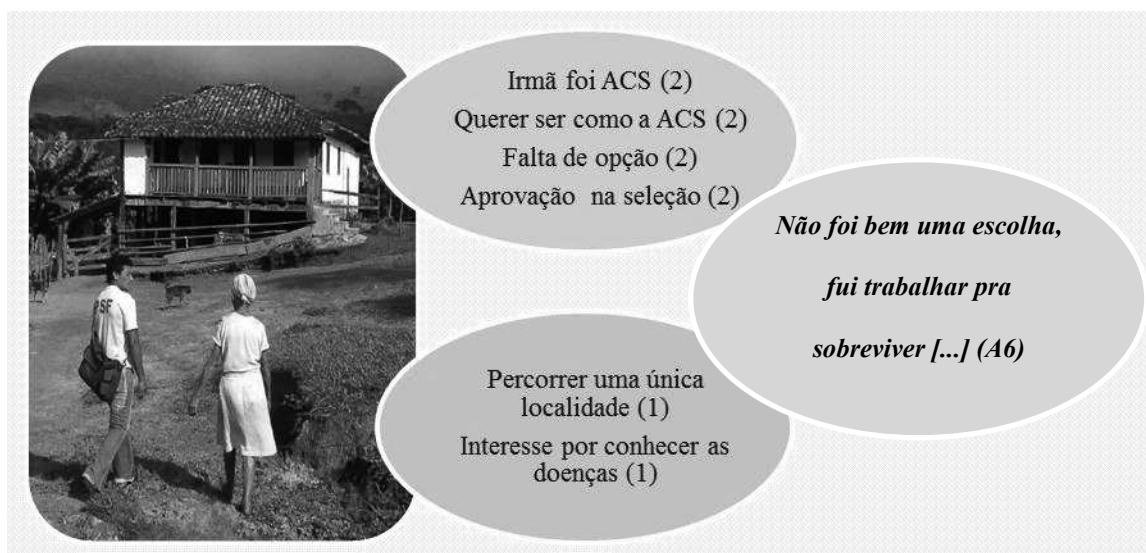


Figura 5- Frequência das citações sobre as motivações e os interesses pelo emprego de ACS.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015; Ministério da Saúde, 2009i.

As famílias ficaram orgulhosas das ACSs, apoiaram-nas e reconheceram a falta que passaram a fazer na rotina familiar e, tal como elas, se tornaram mais conhecidas e procuradas pela comunidade, situação que lhes gerou desconforto. (Tabela 3).

Tabela 3- Repercussões na família das mulheres que se tornaram ACS.

Repercussões na família das ACSs	Frequência dos temas
Interrupções	2
Apoio	2
Orgulho	1
Exposição na comunidade	1
Falta da mulher no lar	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

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

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

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

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

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

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

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

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

Na Índia, desde 1997, as mulheres moradoras de aldeias, parteiras e auxiliares de enfermagem são selecionadas para o trabalho voluntário como ACS. No Quênia, os moradores das localidades, alfabetizados, após acessar os anúncios divulgados nos

diferentes canais de mídia, participam do processo de seleção para trabalho de ACS (SHARMA et al., 2014; OLIVER et al., 2015).

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

No Irã, após a comprovação da conclusão do ensino médio e a aprovação em prova teórica e entrevista do conselho local, os moradores das áreas rurais se tornam ACSs, que são funcionários permanentes do sistema de saúde, comprometidos a se manter nesta comunidade por, pelo menos, quatro anos após seu treinamento (JAVANPARAST et al., 2011).

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

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

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

Embora haja consenso sobre a correlação entre a participação da comunidade na seleção dos ACSs e o sucesso do PACS, no Brasil, esta não é amparada pela legislação, ainda que o MS sugira que, nestes processos seletivos, a solidariedade, a liderança, a necessidade de morar e conhecer a comunidade tenham o mesmo ou maior peso que a

melhor qualificação técnica, a qual poderá ser construída no decorrer da profissão (LEHMANN; SANDERS, 2007; BRASIL, 2002).

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

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

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

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

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

Em Santa Maria (RS), os agentes demonstraram que após a criação do vínculo passam a se sentir integrantes das famílias e se tornam corresponsáveis por elas, assim

como em outro estudo a maioria dos agentes julgou essencial para o sentimento de confiança e cumplicidade entre eles e a comunidade a exigência de atuar na área onde reside, pois assim compartilham os mesmos problemas, cultura e realidade e estabelecem uma relação de respeito (PESERICO et al., 2014).

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

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

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

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

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

A recomendação do ACS residir em seu local de trabalho foi inspirada nas interconexões de comunicação e no vínculo social entre ele e a comunidade, todavia, o compartilhamento de características e objetivos comuns, o sentimento coletivo e de pertencimento e as relações de proximidade de território e de vizinhança foram modificados e perdidos com a modernidade, marcada pelo individualismo, consumismo, ética hedonista e fragmentação do tempo e do espaço (BAUMAN, 2004).

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

5.2 OBJETO DO TRABALHO DA ACS

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

5.2.1 COBERTURA POPULACIONAL PELA APS

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

O IBGE estima que cada família de Irati-PR, em média, possui três pessoas e, considerando que o município dispõe de 13 ACSs, verificou-se que o quantitativo de ACS

e de população por eles acompanhada está em desacordo com a PNAB, que oriente ser este número o suficiente para a cobertura de 100% da população, sendo cada ACS responsável por até 750 pessoas (Figura 6).

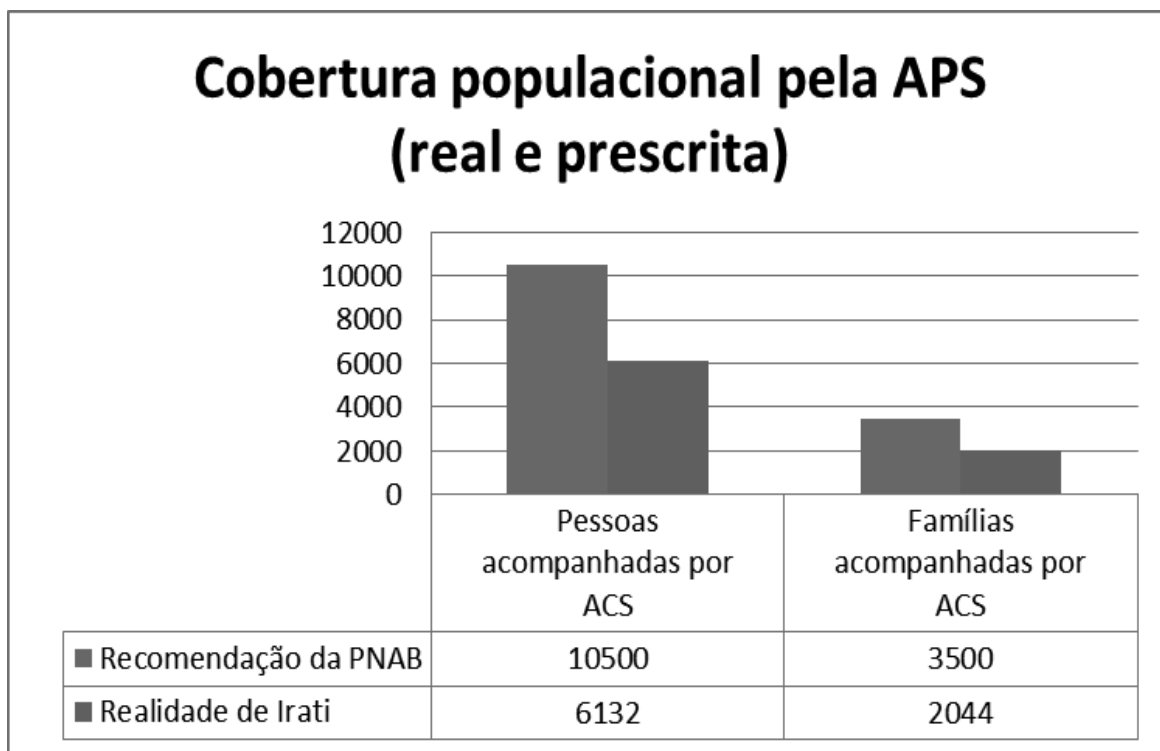


Figura 6- Comparativo entre a recomendação e realidade da cobertura populacional por ACS em Irati-PR, em 2015.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Sabendo que a PNAB responsabiliza cada eSF por aproximadamente 3.000 pessoas e que Irati-PR possui cinco destas equipes, estimou-se que mais de 70% da população estavam descobertas pela AB. O histórico desta cobertura, a nível local, estadual e nacional está representado na figura 7.

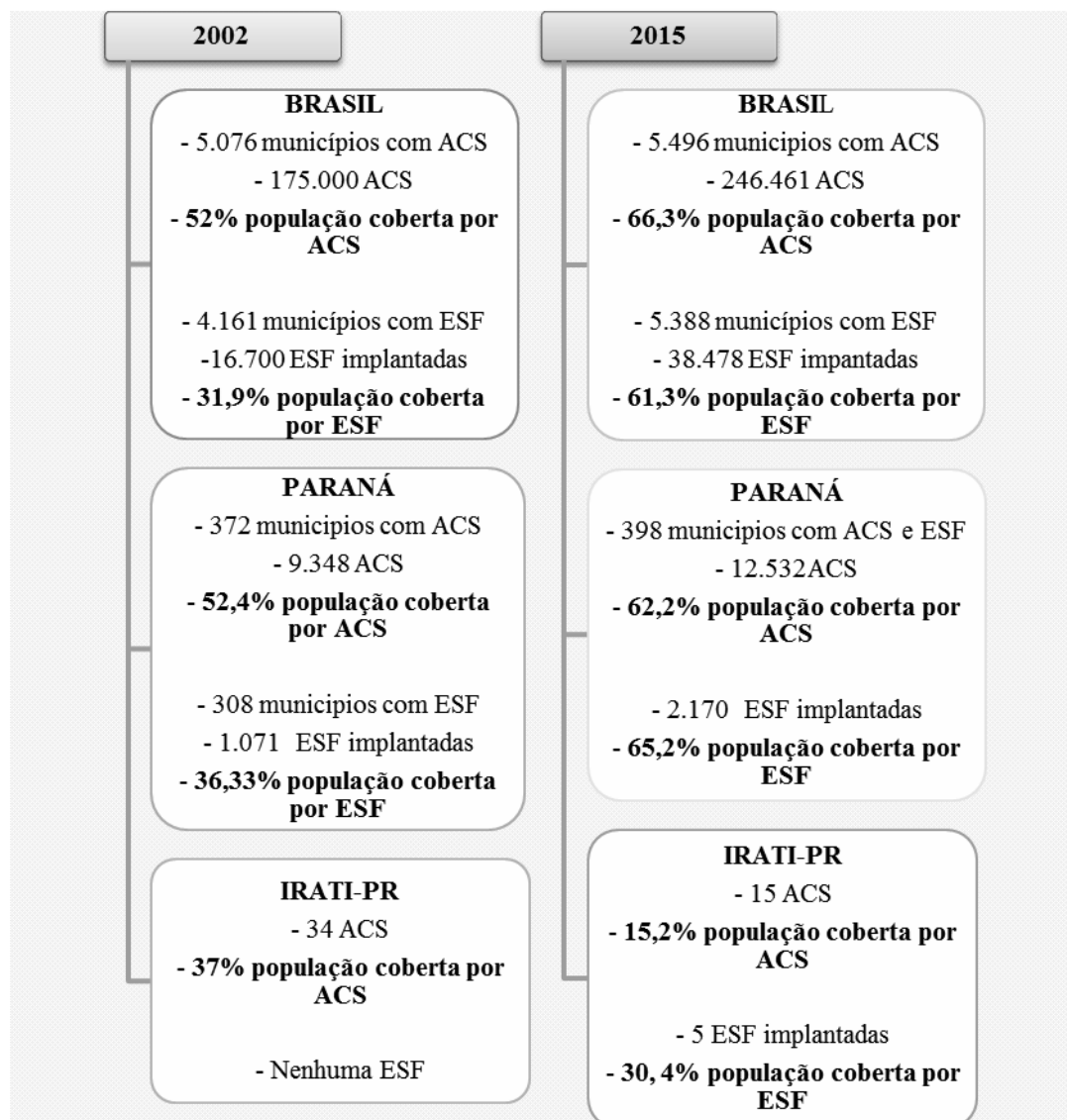


Figura 7: Comparativo do histórico nacional, estadual e municipal de cobertura APS, em 2015.

Fonte: Brasil, 2015.

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

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

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

Os critérios nacionais utilizados no cálculo da população por equipes da APS não são claros, refletem sua construção histórica mais focada em ações programáticas para grupos de risco e influenciam o acesso, a carga de trabalho da eSF e a satisfação do usuário e dos profissionais de saúde. Assim como em outros países, o governo inglês tem utilizado a análise do perfil populacional da APS na reestruturação dos seus serviços e nos cálculos da sua cobertura e, enquanto no Brasil cada eSF é responsável por até 4.000 pessoas, na Espanha, a proporção de usuários/médicos na APS é de 2.500, na Holanda é de 2.350, na Dinamarca é de 1.600, em Portugal é de 1.500 e na Itália é de 1.030 (TESSER; NORMAND, 2014).

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

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

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

Esta fala está em sintonia com os dados do Fundo Nacional de Saúde, que representam os repasses feitos pelo MS para o pagamento das equipes de APS de Irati, tendo como base o número e a modalidade de eSF, carga horária dos profissionais, categoria do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e número de ACSs registrados (Figura 8).

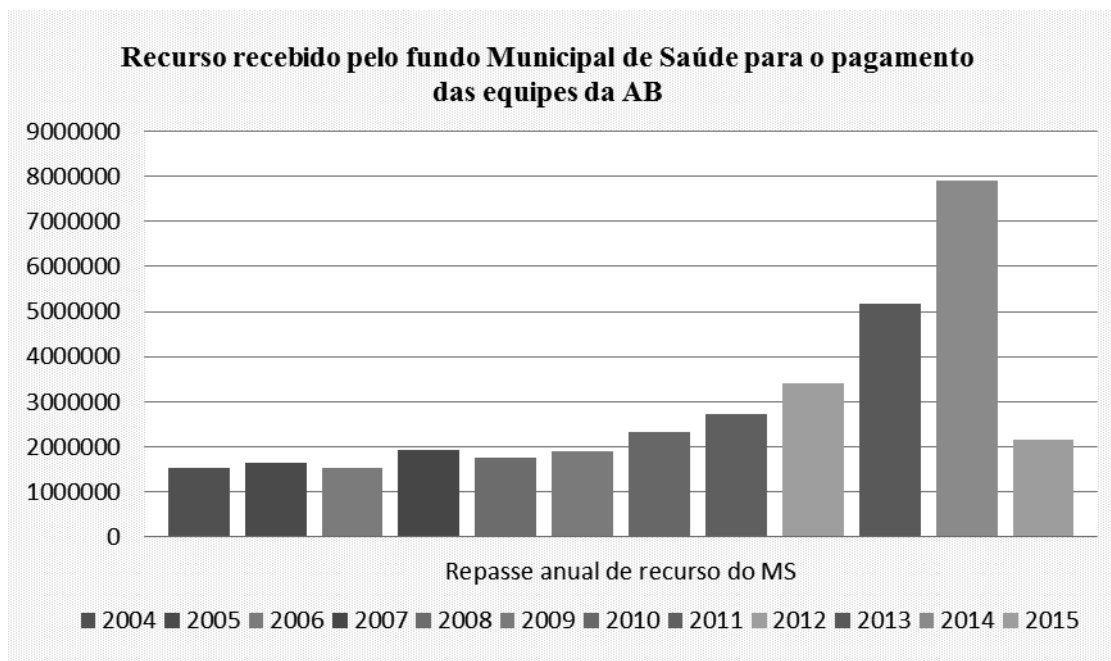


Figura 8: Histórico dos valores federais repassados para o pagamento das equipes de APS de Irati-PR, até 2015.

Fonte: Brasil, 2015.

5.2.2 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ACOMPANHADA PELAS ACSs

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

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

A figura 9 representa o quantitativo das citações sobre as necessidades de saúde da população de Irati-PR, abstraídas das entrevistas com as ACSs, gestores e das atas do CMS.

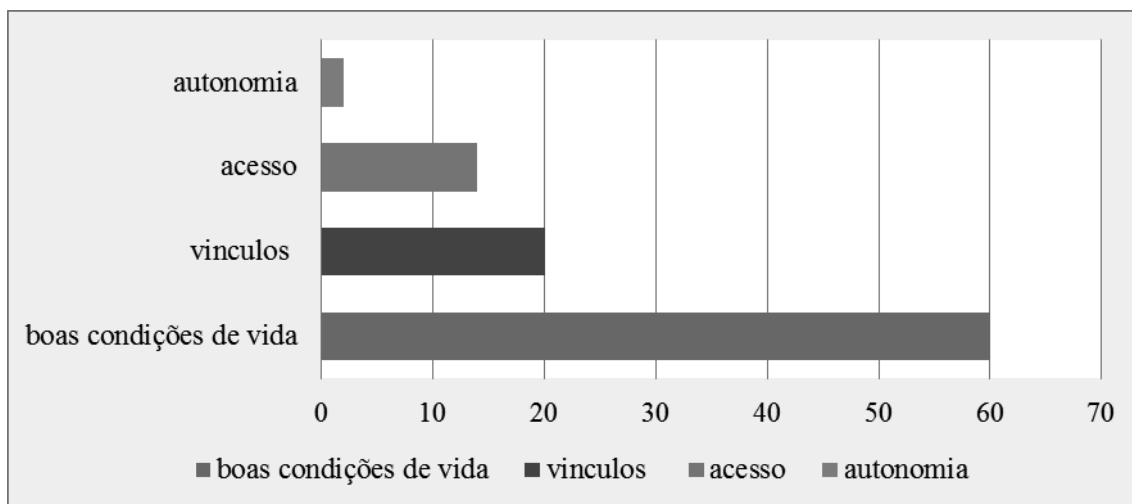


Figura 9- Distribuição das necessidades de saúde da população acompanhada por ACS, de Irati-PR, em 2015, segundo a sua frequência absoluta de aparições.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

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

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

O quadro 6 traz as falas mais significativas de cada uma destas dimensões, a fim de qualificar a quantificação retratada anteriormente na figura 9.

Necessidade de saúde	Frequência dos temas	Falas mais representativas
Vínculo	<p>Relações de confiança (4)</p> <p>Ser recebido na casa, reconhecido pelas pessoas (3)</p> <p>Convite para reuniões familiares dos usuários (2)</p> <p>Proximidade com as pessoas, ser procurado (1)</p>	<p><i>Agora que estou assim (grávida), me oferecem suco, água. Você entra na casa e nem percebe o tempo passar (A1).</i></p> <p><i>Tem coisas que a pessoa conta pra gente que nem o marido ou esposa sabe e sabem tudo da vida da gente (A8).</i></p> <p><i>Cercam a gente na rua, no ônibus porque já adquiriam confiança e vínculo (A6).</i></p> <p><i>Eles tem uma facilidade pra descobrir o telefone da gente... (A8).</i></p> <p><i>Trato eles (os usuários) como se estivesse lidando com um pai ou uma mãe (A9).</i></p> <p><i>As vezes tem morador novo, que veio de outro bairro, e não conhece a gente e os que ficam pouco tempo no bairro também custam pra aceitar a gente (A1).</i></p>
Boas condições de vida	<p>Carência (5)</p> <p>Violência contra: a criança (4), Violência contra o iodo, à mulher e o acamado pobreza, não ter comida, consumo de drogas, dengue (2).</p> <p>Rio no como fator de risco para a saúde, uso de drogas (1)</p>	<p><i>A minha área é bem precária, com pessoas que chega a dar dó na gente (A5).</i></p> <p><i>[...] minha área tem um pessoal mais carente, que exige mais atenção, em todos os sentidos (A7).</i></p> <p><i>Minha área é de extrema pobreza, com necessidade de tudo que você pode imaginar (A9).</i></p> <p><i>[...] uns nem dinheiro tem pra tirar os documentos pessoais [...] (A4).</i></p> <p><i>Tem menina de 16 anos saindo com rapaz de 20 anos [...] (A9).</i></p> <p><i>Uma família mantinha a mulher abandonada na cama (A7).</i></p> <p><i>Estes dias fui abordada pela família de um paciente alcólatra (A2).</i></p>
Autonomia	<p>Oportunidades (1)</p> <p>Benefícios (1)</p>	<p><i>Os jovens deixam o interior (área rural) e vão pra cidade estudar ou trabalhar (A3).</i></p> <p><i>[...] nem dinheiro pra fazer documento eles tem, muitos acabam vivendo de benefício (A4).</i></p>
Acesso	<p>não visitar os trabalhadores (3)</p> <p>não compreender informação (2)</p> <p>distância da UBS, desconhecer o SUS, uso do serviço particular, número de áreas descobertas, vacinação e a descontinuidade do cuidado (1)</p>	<p><i>Por mais que a casa é bonitinha, as pessoas não tem aquela cultura de se cuidar e assimilar as orientações (A7).</i></p> <p><i>As pessoas não conhecem a burocracia do nosso sistema (G1.)</i></p> <p><i>Uns vem de longe, de madrugada pra pegar ficha (A2).</i></p> <p><i>Tem casa que não entro porque eles trabalha de dia (A9).</i></p> <p><i>[...] por exemplo a criança de risco, mesmo sendo atendida com o pediatra aqui do ambulatório centralizado, a unidade básica de saúde não consegue dar continuidade na puericultura (G2).</i></p> <p><i>[...] muitos usam o particular quando o posto não dá conta do recado (A3).</i></p>

Quadro 6- Detalhamento das necessidades de saúde, segundo frequência de citações e falas representativas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

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

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

Há controvérsias quanto à longitudinalidade ser sinônimo de continuidade de cuidados, de ser uma característica exclusiva da APS e até mesmo da necessidade da relação interpessoal, pois até os bons registros podem fornecer informação necessária ao acompanhamento de patologias.

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

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

Os agentes de saúde cariocas associaram a continuidade e o estabelecimento de vínculo entre a equipe e a população à detecção de situações antes que esta cheguem à

UBS, atendendo suas necessidades a com presteza, além de legitima-los na população e fortalece-lo nesse processo (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

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

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

Abordando as boas condições de vida, quanto os grupos de ações programáticas estratégicas, assim como em outras regiões do país, as ACSs destacaram a prevalência de grupos de idosos (30%), que lhes demandam mais atenção, hipertensos (33,3%) e diabéticos (20%), seguidos do grupo de crianças e adolescentes, dos jovens e das gestantes (13,3% cada grupo), entre os quais também há casos de hipertensão e diabetes. Apesar de única, a menção sobre saúde mental é alarmante, como revela a seguinte fala:

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

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

acompanhamento das ACSs, estas especialidades médicas têm sido assistidas principalmente pelos serviços hospitalares (Figura 10).

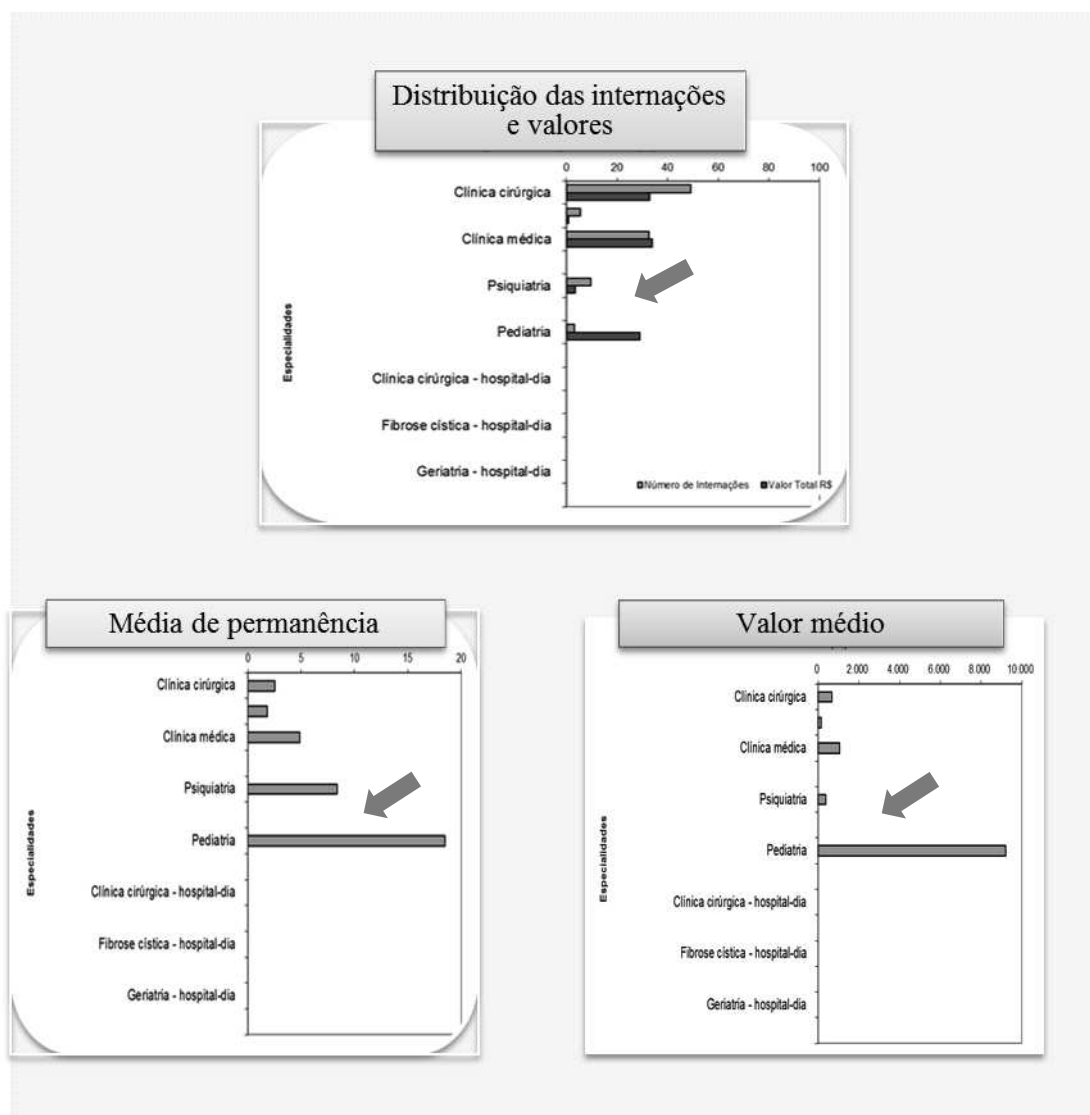


Figura 10: Distribuição das internações de Irati-PR, em 2010, seus valores e tempo de permanência, segundo a especialidade médica

Fonte: SIH/SUS (Situação da base de dados nacional em 03/05/2010).

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

sendo chamadas de condições sensíveis à APS e que remetem ao trabalho morto em saúde, preso nas normativas e protocolos (IBGE, 2010; ALFRADIQUE et al., 2009).

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

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

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

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

Desde a expansão da APS no Brasil as internações por asma, doença cardiovascular e acidente vascular cerebral têm diminuído significativamente, quase duas vezes mais rápido que por outras causas. Nos municípios com alta adesão ao PSF, as taxas de hospitalização para doenças crônicas eram 13% menores que aqueles de baixa de inscrição. A melhoria do acesso trouxe queda de 12% na proporção de pessoas que tinham o hospital como local habitual de procura, a gestão das condições crônicas reduziu as internações por

tais causas, especialmente o acidente vascular periférico e, embora os casos de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica demandassem acesso aos cuidados de diagnóstico não fornecido pelo PSF, também tiveram menores taxas de internação. Os casos de diabetes tiveram aumento nas internações, provavelmente pelo aumento na detecção dos casos com necessidade de cuidados hospitalares, além das barreiras de acesso aos cuidados secundários e de diagnóstico (MACINKO et al., 2015)

Outro estudo também mostrou associação entre a cobertura do PSF e as internações e mortalidade por doenças cardíacas e cerebrovasculares e, além disso, seu efeito aumenta de acordo com a duração da implementação do PSF. Na Dinamarca e na Inglaterra houve correlação entre a redução da mortalidade, o aumento na expectativa de vida e exames preventivos e consulta nos cuidados primários, sendo esta uma estratégia economicamente interessante, reduzindo as barreiras geográficas e econômicas para o acesso à prevenção primária de fatores de risco, prevenção secundária de complicações resultantes de fatores de risco existentes, além da reabilitação e prevenção de complicações futuras, ao longo do tempo (RASELLA et al., 2014).

As desigualdades sociais e as diferenças no acesso aos bens, serviços e informações são determinantes sociais prevalentes nas DCNT, sendo fundamental às eSFs o conhecimento profundo da população, a estratificação deste risco de modo a organizar o plano de cuidados embasados em protocolos e que rompam com a oferta desordenada e fragmentada de procedimentos e consultas. Por sua vez, a APS deve garantir o máximo possível de cobertura populacional para efetivar a RAS, reorganizando a oferta do serviço especializado conforme este parâmetro (BRASIL, 2013).

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

A APS pode ser o primeiro e único ponto de contato das sobreviventes da violência íntima entre parceiros com o serviço de saúde, assim como as mulheres expostas à violência acabam acessando com maior frequência as UBS que os serviços sociais, jurídicos ou de polícia. Portanto, as equipes de saúde deveriam estar aptas para interrogar todas as mulheres sobre a violência, identificar possíveis sinais e sintomas, prestar

assistência de saúde, notificar todos os casos, fornecer informações sobre os recursos disponíveis, assegurando privacidade, confidencialidade, apoio e respeito (GOICOLEA et al., 2015).

As desigualdades socioeconômicas também foram identificadas pelas ACSs e, os dados do IBGE, de 2010, apontavam que 92,4% da população de Irati-PR estava acima da linha da pobreza (famílias vivendo com renda inferior a R\$ 140,00) e mais de 85% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo, à rede de esgoto adequada, ao serviço de coleta de resíduos e à energia elétrica distribuída pela companhia responsável, contrariando a ocorrência destes achados na caracterização dos territórios feita pelas ACSs.

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

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

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

Além da proteção social e econômica, para ter saúde, as pessoas precisam se tornar ativas, ser criativas ao inventar estratégias de sobrevivência que lhes tragam sentimento de segurança frente às condições de seu contexto e ter cuidados de saúde que superem o paradigma biomédico. As fragilidades subjetivas, as redes sociais, os diferentes

repertórios de ações propostos pela clínica ampliada e compartilhada poderiam contribuir para a produção de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

O compartilhamento de experiências de educação popular em saúde, fundamentada no diálogo, reflexão crítica e interação dos diferentes saberes e modos de interpretar a realidade de saúde de uma comunidade podem contribuir para a construção social do conhecimento necessário à autonomia dos sujeitos (ARCE; SOUSA, 2014).

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

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

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

Considerando que a identificação das situações de risco feita pelas ACSs correspondeu à realidade das poucas localidades por elas acompanhadas e que muitas situações de violência domiciliar são veladas e nem sempre resultando em óbito ou notificação, ao identificar situações familiares com grande potencial de exposição às práticas violentas, o trabalho das ACSs convergiu para a Política Nacional de Redução da

Morbimortalidade por Acidentes e Violências e para a orientação ministerial de integralidade do cuidado, tornando os domicílios como importantes pontos de atenção e a violência como uma das diretrizes organizadoras das ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2010).

Por conseguinte, a baixa cobertura da população no município pode não ter indicado inadequação da produção de cuidados, uma vez que as pessoas com precárias condições sociais vivenciam com maior frequência situações geradoras de demanda e de cuidados, cabendo à equipe e a gestão a revisão da extensão do território, de modo a garantir o pelo acesso aos que são de sua responsabilidade (TESSER; NORMAND, 2014).

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

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

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

Quanto à dimensão simbólica do acesso, a análise das falas dos participantes desta pesquisa levou ao entendimento de que a população procura o posto de saúde somente para vacinação e consultas quando adoecem, sugerindo que as demais ações previstas à eSF não

estão ocorrendo ou não estão sendo valorizadas como capazes de oferecer atendimento às necessidades de saúde.

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

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

No estudo de Moraes et al (2014), a dificuldade da população ao acesso também se destacou e corroborou com manutenção do antigo modelo de atenção. Embora a APS não se resume à oferta de consultas médicas, o acesso está vinculado à sua obtenção, devendo ser eliminadas as barreiras geográficas e administrativas, para que as UBSs estejam mais próximas da população e que os horários das consultas respeitem o cotidiano das populações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Após os 25 anos do SUS, os 22 do PACS e os 20 anos da ESF, a APS no Brasil dispõe de 36 mil eSF, 300 mil ACS, fazendo enorme diferença na queda da mortalidade infantil e materna, do número de cáries na população, no controle e tratamento, tanto das doenças infecciosas, como a dengue e a tuberculose, como das DCNT. Todavia, são permanentes as seguintes dificuldades na APS: a falta de articulação com as unidades hospitalares dos grandes centros, detentoras da "tecnologia de ponta", a acelerada e incontrolável elevação de custo do atendimento médico de média e alta complexidade e falta de profissionais de saúde nos municípios do interior (MINAYO, 2014).

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

Para tornar a saúde básica universal, o governo da China elencou entre suas prioridades, a melhoria dos serviços de APS e, de semelhante modo, nos Estados Unidos

da América (EUA), o problema da falta de trabalhadores na APS está sendo enfrentado com a ampliação das equipes de cuidados primários e, em muitas delas, o ACS está presente (SWEDISH AGENCY FOR GROWTH POLICY ANALYSIS, 2013; INSTITUTO PARA FUTUROS ALTERNATIVOS, 2012).

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

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

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

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

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

5.3 MEIOS DO TRABALHO DO ACS

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

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

5.3.1 MEIOS MATERIAIS DO TRABALHO DO ACS

Os componentes básicos da ESF são os recursos materiais, humanos e organizacionais, que permitem a avaliação da sua qualidade e da efetividade da APS.

O quadro 7 representa a análise dos instrumentos materiais deste indicador.

Meios do trabalho		Frequência dos temas	Falas mais representativas
Materiais	Recursos materiais e humanos, Infraestrutura	- Recursos humanos insuficientes (9): ACS e graduados, nível técnico	<i>O NASF está habilitado, porém não funciona devido à indisponibilidade de recursos humanos (C4). Médico e enfermeiro atendem em outro posto, tiraram o dentista, daqui e puseram em outro lugar (A2). As instalações prediais do PA estão inadequadas, está faltando assento sanitário (C3).</i>
		- Infraestrutura inadequada (5)	<i>Tivemos de construir unidades novas por falta de espaço físico mesmo, para poder ter condições de receber uma equipe de trabalho ali (G1).</i>
		- Falta de uniformes e bolsa (7)	<i>Na unidade não tem o básico, tipo, caneta, lápis, borracha, tem de pagar do bolso mesmo (A6). Nunca tivemos uniforme, bolsa, material básico para trabalhar (A5).</i>
		- Inadequação na qualidade, quantidade e frequência do protetor solar (4)	<i>Olha a situação da minha bolsa! É a que eu pude comprar [...] (A4). Nem sala pra gente ficar tem aqui no posto (A1). Em 5anos só recebi o protetor por 3 vezes (A2). O protetor, quando vem, é de má qualidade (A4). No começo do ano (2014) chegaram a perguntar o tamanho de calçado e roupa, mas parou aí (A2).</i>
		- Problemas com a ficha nova (9)	<i>[...] há o compromisso de entregar os uniformes no começo de 2014 (C3).</i>
		- Informatização prejudicada e falta de fichas (3)	<i>Hoje não falta ficha, mas teve uma época em que a gente tinha de xerocar elas com o dinheiro do nosso próprio bolso, pra poder fechar relatório (A2).</i>
		- Falta do crachá (1)	<i>A nova ficha pede muitos documentos, tá difícil (A7). Esse monte de informação, pra que tudo isso? Como vai ser os relatórios novos? O que vai acontecer com nossas visitas? (A5.)</i>

Quadro 7- Instrumentos materiais do trabalho do ACS, segundo frequência de citações e suas falas representativas das ACSs, gestores e das atas do CMS.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

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

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

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

Inicialmente, o ACS utilizava quatro fichas do Sistema de Informação da APS (SIAB): Ficha A (para o cadastramento das famílias), Ficha B (para o acompanhamento de gestantes), Ficha C (Cartão da Criança) e Ficha D (para o registro das atividades diárias do ACS), as quais deveriam ser preenchidas a lápis e, mensalmente, levadas à equipe para organização das informações e planejamento do trabalho. Outras informações importantes devem ser feitas em caderno para posterior discussão com sua equipe (BRASIL, 2009f).

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

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

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

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

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

Atualmente, a PNAB responsabiliza todas as esferas (federal, estadual e municipal) pela adequação da infraestrutura das unidades, sendo exclusivo à SMS a garantia de recursos humanos, insumos, equipamentos e materiais em quantidade suficiente para o funcionamento das UBSs, além da manutenção da equipe mínima em cada eSF: um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro ACSs, podendo ser acrescentados os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal).

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

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

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

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

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

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

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

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

No ES, 12,2% das unidades não tinham ACS e 34,8% possuíam de um a cinco agentes, 42,8% contavam com seis a 10 agentes, 76,7% não tinham médico especialista, 91,8% não dispunham de psicólogo, 91,8% não tinham fisioterapeuta, 90,8% não possuíam

nutricionista e 90,6% não contavam com assistente social, observando-se dificuldade na organização da equipe mínima da ESF e na composição dos NASF, sobrecarregando o trabalho e comprometendo a resolutividade da AB, com aumento da demanda aos hospitais, serviços de diagnósticos e redes de urgência e emergência (GARCIA et al., 2014).

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

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

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

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

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

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

Em um município de MG, a ventilação inadequada na UBS gerava mau cheiro, além da temperatura desconfortável, outros atendimentos estavam comprometidos pelos ruídos advindos do movimento nas ruas que cercam a unidade, sendo que estas situações causam irritabilidade, ansiedade e dificuldade de concentração, favorecendo a ocorrência de erro humano e acidentes de trabalho. Além dos riscos advindos do interior da unidade, os agentes estão expostos a outros riscos durante visitas domiciliares sendo orientados a manter as precauções padrão: manter o esquema vacinal atualizado, utilizar sempre EPIs, lavar as mãos constantemente com água e sabão ou higienizá-las com álcool a 70%, manter uma postura ergonômica adequada, evitar levantar pesos e utilizar técnicas para alívio do estresse (ANUNCIÇÃO et al., 2015).

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

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

Em Pernambuco, a Prefeitura de Igaracy entregou kits de trabalho para os ACSs, com uma bolsa institucional, com uma balança portátil para pesagem das crianças além de

outros materiais como aparelho de pressão, termômetro, fita métrica, protetor solar e dois uniformes com a identificação de cada agente (ASCOM, 2013).

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

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

Quanto ao filtro solar, a mudança contratual lhes distanciou do poder decisório na gestão, verificando-se que com a compra, via recursos públicos, estendeu o tempo de recebê-los e reduziu a qualidade dos mesmos, conotando piora das condições de trabalho (BINDA et al., 2013).

Quando a exposição ao sol, depois das 10 e antes das 16 horas, se torna duradoura, surgem os danos à saúde, pois as radiações ultravioletas (UV) alteram as estruturas das camadas da pele, os quais podem ser minimizados com o uso habitual do protetor solar com Fator de Proteção Solar (FPS), de no mínimo 15, vestimentas, óculos e chapéu, facilmente disponíveis e eficazes para defesa do organismo. Assim como os ACSs, outros trabalhadores podem se expor por quatro ou mais horas, nos horários de pico, e serem afetados se negligenciada a proteção adequada. Portanto, as medidas de proteção solar se tornam Equipamento de Proteção Individual (EPI), os quais devem ser fornecidos gratuitamente ao trabalhador, que, por sua vez, deve utilizá-los e conservá-los (FILHO; XAVIER, 2014).

A legislação não considera o filtro solar como EPI para os trabalhadores expostos ao sol e sem a obrigatoriedade legal, então, a disponibilidade do mesmo acaba ficando a critério de cada empregador. Desde 2004, está tramitando no Congresso Nacional o Projeto

de Lei, 03730/2004, que propõe a distribuição gratuita pelo SUS do protetor solar (CULTICOM, 2014).

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

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

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

Dentre as potencialidades de enfrentamento da inadequação estrutural da APS foi citado que no município de Rebouças, além de uniforme e protetor solar, os ACSs recebem óculos de sol e um dos gestores informou estar prevista para 2015 a contratação de pessoal para as eSFs, atendendo ao mínimo proposto pela PNAB, pois, a arrecadação municipal não pode assumir tais gastos antes desta data, uma vez que cada equipe tem um custo mensal em torno de R\$ 47.000,00 e os repasses federais e estaduais se aproxima, respectivamente, de R\$ 7.300,00 e R\$ 2.000,00.

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

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

5.3.2 MEIOS NÃO MATERIAIS DO TRABALHO DO ACS

Além dos recursos insuficientes para o custeio da APS e da inadequação das instalações prediais das UBSs e PA, a qualidade da ESF se mostrou prejudicada pela insuficiente educação em serviço e relações prejudicadas na equipe de saúde, destacando-se a desqualificação do ACS, cujos instrumentos não materiais do processo de trabalho estão dispostos no quadro 8:

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

Quadro 8- Instrumentos não materiais do trabalho do ACS, segundo frequência de citações e falas representativas dos agentes, gestores e atas do CMS.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

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

A fala abaixo sinaliza que, apesar do longo tempo na profissão, as ACSs desconheciam suas atividades, identificando como suas algumas tarefas não elencadas na LEI 11.350/2006: utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; realizar VDs periódicas para monitoramento de situações de risco à família e participar das ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida:

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

A falta de clareza sobre tarefas e papéis do ACS, não é uma exclusividade de Irati-PR e merece atenção por estar associada a sua baixa motivação e desempenho. Na Índia, as responsabilidades de trabalho descritas pelos agentes foi inferior às atribuídas à profissão e a maioria desconhecia seu papel na mudança de comportamento em relação a puericultura, planejamento familiar, lavagem das mãos e saneamento. Em Gana, a falta de compreensão da comunidade sobre deveres dos agentes estava dificultando o seu trabalho, assim como na Bolívia, esta situação causou desconfiança e dificultou o trabalho dos mesmos (KOK et al., 2014).

Os usuários da ESF de um município baiano referiram pouco conhecimento sobre o trabalho do ACS e também atribuíram a ele a realização de procedimentos e dispensação de medicamentos. O desconhecimento sobre este profissional pode resultar em insatisfações com relação à sua atuação, assim como a sua carência nas equipes mínimas

comprometeu o acompanhamento das famílias cadastradas, o seu reconhecimento pela população e, por conseguinte, o vínculo e a adoção da APS como primeiro contato na RAS (JESUS et al., 2014).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Considerando que a prática dos ACSs pode ser melhorada com a devida supervisão, formação, trabalho em equipe e apoio comunitário, a falta de materiais pode forçá-los a

usar recursos próprios em seu trabalho. No Quênia, o treinamento dos ACSs dura duas semanas e os capacita a investigar os determinantes de saúde, prestar cuidados às doenças e advogar, para fazerem diagnóstico precoce de agravos, educação em saúde e encaminhamentos necessários, ainda que a população tivesse expectativa de que eles realizassem procedimentos médicos (OLIVER et al., 2015).

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

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

Na Tailândia os agentes são treinados sobre APS, prevenção de doenças e tarefas curativas básicas, seguido de atividades de aprendizagem no trabalho, havendo diferentes formas de educação. No Irã, os agentes passam por um treinamento pré-serviço de dois anos, com módulos teóricos e estágios clínicos nas casas de saúde, seguidos da formação em serviço, sendo acrescentados novos conteúdos os de saúde da criança e da mulher e até a formação para parteira (JAVANPARAST et al., 2012).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tais falas retratam o descaso das instituições de ensino e do próprio município em relação ao profissional ACS, apesar dos investimentos na sua formação técnica e

valorização também fortalecer a ESF. A ausência de momentos que possibilitem aprendizagem significativa pode fragilizar seu papel público e político, pois não conseguirão discutir ou lidar com problemas do cotidiano e as práticas embasadas no biologicismo e medicalização são mantidas (QUEIROZ et al., 2014).

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

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

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

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

Os médicos e enfermeiros reconhecem que a atuação dos agentes facilita o trabalho da equipe e a mudança do modelo de atenção, mas desconsideram sua formação

profissional, não enxergando diferença significativa após a oferta dos cursos e acreditando que alguns ACSs não aceitam mudanças. Tal percepção é contrária à dos ACSs, que sem se sentirem parte da equipe, destacam a falta de compreensão da sua função por esta e a priorização de tarefas burocráticas em detrimento do cuidado à população ou das atividades educativas (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

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

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

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

Para a PNAB, mais que o conjunto de profissionais de diferentes formações profissionais, nas equipes da APS deve haver alto grau de articulação entre seus membros, de compartilhamento de ações e enriquecimento dos núcleos de competência profissional específicos com a construção de competências comuns a toda equipe, o que deslocaria o processo de trabalho centrado em procedimentos e profissionais para um processo centrado no usuário (BRASIL, 2011).

Uma vez que a falta de pessoal na equipe mínima e a capacitação insatisfatória das ACSs podem prejudicar a interdisciplinaridade, segundo as ACSs desta pesquisa, mesmo

nas equipes com relações horizontais e amistosas, a justaposição de diferentes saberes para o cuidado não ocorreu, assim como as reuniões para o planejamento conjunto de ações e a capacitação das ACSs, havendo prejuízo na intensidade das trocas, na integração de saberes e supervalorização de algumas categorias profissionais.

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

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

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

No Rio Grande do Sul, nas ESFs também havia o individualismo, o isolamento, a imposição do poder, a competição, a falta de comprometimento e de espaços de diálogo, de afetividade e de discussão no trabalho. A dificuldade de entendimento e as manifestações divergentes foram as principais causas dos conflitos, sendo necessários maiores investimentos no trabalho das equipes e reflexão sobre a sua influência no bem-estar dos servidores (FERNANDES et al., 2015).

No trabalho em equipe das ESFs cariocas sobressaiu a divisão do trabalho, articulação entre os profissionais da equipe técnica, a rotatividade da liderança dentro da equipe, a cooperação, a colaboração, a divisão de responsabilidades e a obtenção de maiores resultados com o trabalho coletivo. Também foi citada a procura bidirecional

entre os agentes e os profissionais técnicos para troca de informações e a construção conjunta de linguagens, objetivos, projetos assistenciais comum, sobretudo, durante as reuniões de equipe (PEREIRA et al., 2013).

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

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

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

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

A satisfação por atingir objetivos comuns com a cooperação mútua das diferentes contribuições foi um dos benefícios identificados no trabalho em equipe, sendo necessária comunicação clara e verdadeira, confiança e respeito elevado, clareza de papéis e

objetivos, corresponsabilidade e parceria entre seus membros. Foi sugerida a realização de encontros e reuniões periódicas para o estabelecimento do vínculo interpessoal socialização de informações pertinentes a este trabalho (NAVARRO et al., 2013).

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

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

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

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

A oferta de EP para as equipes tem sido um dos pontos-chaves para a menor rotatividade dos profissionais da APS e os dados do PMAQ revelaram que em nosso país há oferta pela gestão municipal de ações de qualificação para os profissionais, especialmente nos municípios de maior porte, já que atendem às demandas e necessidades das equipes e o Telessaúde foi o mais citado que os cursos presenciais, porém o percentual de equipes que participaram destas é baixo (SEIDL et al., 2014).

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

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

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

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

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

Vale lembrar que a humanização no SUS defende a valorização de todos os sujeitos do processo de produção de saúde, a qualificação da atenção e a garantia da EP, da ambiência e das condições de trabalho e cuidado, de modo que seus espaços permitam conforto, privacidade e individualidade, favorecendo a otimização de recursos e os encontros humanizados, acolhedores e resolutivos (BRASIL, 2009b).

5.4 FINALIDADES DO PROCESSO DE TRABALHO DO ACS

A categoria dos objetivos do processo de trabalho do ACS compreende os critérios, perspectivas, direções, intenções do projeto que está na mente do trabalhador para alcançar as necessidades e expectativas da população, podendo ser um indicador da mudança de modelo de atenção. A variedade de sujeitos neste processo (instituições, equipes, gestores, comunidade, sociedade) elege objetivos e finalidades divergentes (Figura 11).

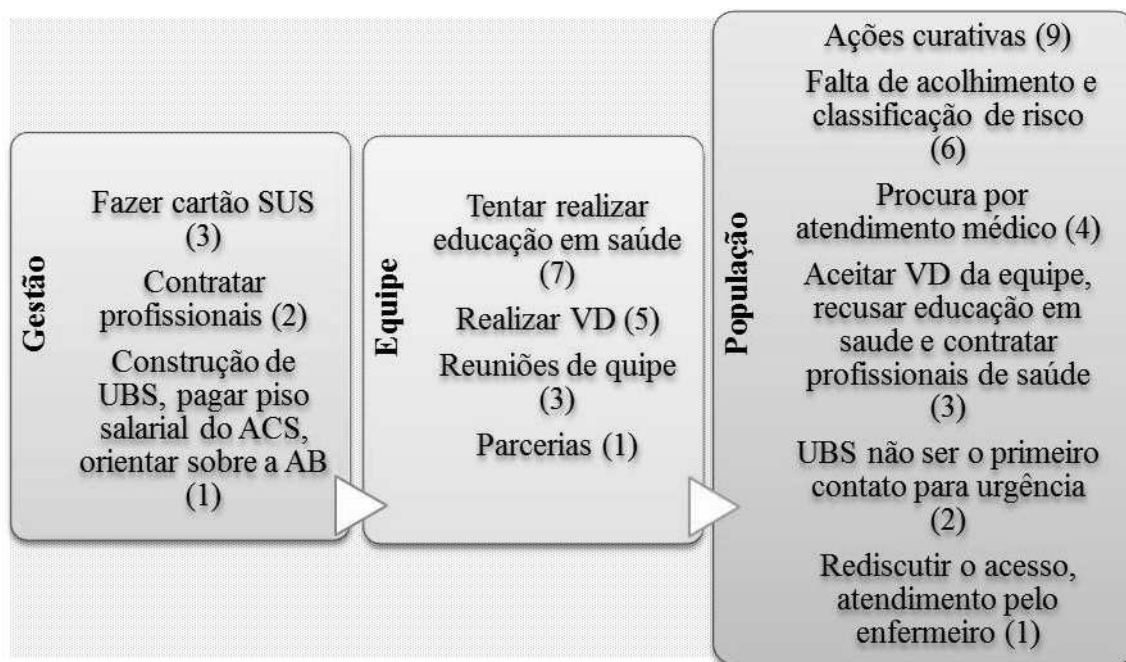


Figura 11- Objetivos do processo de trabalho, segundo a frequência de citações dos diferentes sujeitos da produção de saúde de Irati-PR.

Fonte: Dados da pesquisa (2015)

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

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

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

Mais que uma exigência da PNAB, a existência de equipes completas permite o fortalecimento da relação do profissional com a população, efetivando a participação, escuta e diálogo de todos nas ações de saúde, o compartilhamento do saber técnico específico e o estabelecimento de vínculos duradouros (ARCE; SOUSA, 2014).

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

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

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

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

Na revisão integrativa, verificou-se que, com exceção do ACS, a maioria das equipes concentram suas atividades nas dependências do ambiente clínico das unidades de saúde e quando faz visitas contam com a companhia do ACS. Por sua vez, as VDs dos agentes garantem o contato contínuo dos profissionais com a população, especialmente

quando a equipe tem questões superiores à sua governabilidade, como a falta de medicamentos, comprometendo a busca da população pela unidade enquanto fonte habitual de atenção e fomentando conflitos e descrenças da população, restando à equipe a adoção de práticas que visem enfrentar seus diversos problemas, ainda que de ordem política ou organizacional (ARCE; SOUSA, 2014).

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

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

Enquanto em Portugal existem os serviços responsáveis pelas atividades educativas na APS e a UBS se restringe à parte assistencial, no Brasil, as eSFs estão sobrecarregadas pelo atendimento à demanda excessiva e superior ao preconizado pelo MS (1.000 famílias/equipe) e são responsáveis pela totalidade das ações assistenciais e preventivo-promocionais, dificultando o seu deslocamento até os domicílios dos necessitados de atendimento clínico-curativo (SOUZA et al., 2013).

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

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

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

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

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

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

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

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

Vamos divulgar na mídia como usar o PA e a UBS (C1).

Os novos grupos, tem de ser com outros assuntos (A1).

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

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

No Rio Grande do Norte, os usuários procuravam a UBS para o agendamento de consulta, encaminhamento aos especialistas, realização e/ou apresentação de exames, curativos, imunização, consultas médicas, pré-natal, citologia oncótica e puericultura. Embora a maioria das necessidades populares tivessem sido atendidas, de forma humanizada e satisfatória, eram superiores ao nível de complexidade da UBS, com escassez de medicamentos, de fichas e de horários para consultas, desarticulação entre os serviços da RAS e falta de compreensão popular sobre descentralização e hierarquização (SOUZA JUNIOR et al., 2015).

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

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

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

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

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

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

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

Em um município do RJ, para a população, o acesso ao serviço foi relacionado à oferta insuficiente de atendimento médico, apesar da expansão da ESF e sua proximidade da população. A falta de organização interna dos serviços foi percebida pela insatisfação com o horário de funcionamento, com a marcação de consulta, e manutenção da prática da

população de acordar de madrugada e enfrentar fila para conseguir um atendimento, prejudicando o acesso aos cuidados. Embora alguns usuários reconhecessem a ESF como porta de entrada para a APS, permanece a dificuldade ao atendimento nos outros níveis de assistência e a falta de padronização dos casos a serem referenciados (MORAES et al., 2014).

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

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

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

O SUS é responsável pelo cuidado integral da saúde de todos os trabalhadores, também cabendo ao empregador e entidades sindicais a garantia da saúde e segurança dos trabalhadores (SILVA; DIAS, 2012) e as características do trabalho das ACSs desta pesquisa estão sintetizadas na figura 12.

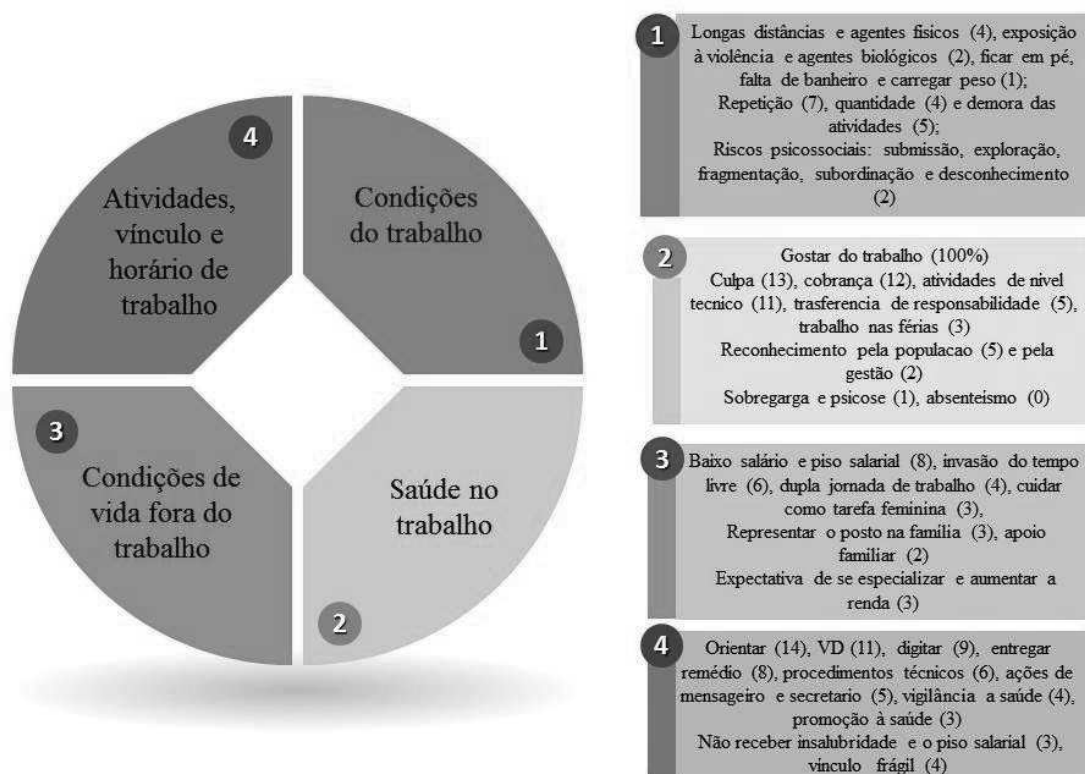


Figura 12- Organização do trabalho do ACS, segundo a frequência de ocorrência dos temas e falas representativas das ACSs, gestores e atas do CMS.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

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

Apesar das ACSs destacarem a realização das atividades de orientação e sua repetitividade, volume e duração, pode-se dizer que as mesmas se distanciam de suas competências ao entregarem remédios, realizarem procedimentos não invasivos e de mensageiro, enquanto as atividades de vigilância em saúde, proferir palestras e produzir informações se aproximam da proposta de mudança do modelo de atenção em saúde. Todas as agentes estudadas cumpriam as 40 horas semanais e, apesar de a maior parte das

atividades apontadas dialogarem com a PNAB e expectativas da gestão, divergem dos anseios da população:

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

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

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

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

Busco os atrasados na vacina, fico no pé da mãezinha até ela trazer a criança (A6).

Digito, faço relatório, passo as visitas para o enfermeiro (A2).

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

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

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

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

A convivência com a população legitima o seu trabalho dos ACSs e facilita as práticas educativas, pois possibilita o conhecimento da sua linguagem e dos seus problemas. Devido ao papel de representante do Estado, são forçados a orientar suas atividades conforme as prioridades do serviço, lançando mão do saber técnico que é mais valorizado socialmente e se opõe à valorização das práticas e conhecimentos populares (BORNSTEIN et al., 2014).

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

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

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

A meta de VD é de vinte famílias por dia, mas a gente não consegue fazer né (A1).

Começo visitando os hipertensos, diabéticos, depois as gestantes e os demais (A9).

Tento fazer as visitas por rua, que dá umas 30 casas, maios ou menos [...] (A3).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Em Santa Maria (RS), os agentes também experienciaram momentos de indefinição de sua identidade profissional, despenhando atividades que não são oficialmente de sua competência profissional, com o intuito de dar continuidade ao processo de trabalho da USF e a resolutividade dos problemas enfrentados pela comunidade, embora os

sobrecarregue, diminua o tempo para a realização das suas atribuições dentro do serviço e modifique o modelo assistencial proposto pelas políticas de saúde (PESERICO et al., 2014).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

No Brasil, quase 77,9% dos profissionais foram vinculados diretamente à administração pública (municipal, estadual ou federal), sendo que nos municípios de 500 mil habitantes ou mais este percentual é menor, destacando-se, dentre a modalidade de terceirizações, os profissionais contratados de maneira indireta via Organizações Sociais em Saúde (OSS). Quanto ao tipo de vínculo, o estatutário tem maior percentual, chegando a 42,1% dos profissionais brasileiros da AB, seguidos dos contratados por CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), correspondendo a 44,7%. Já nos municípios de menor porte populacional, o contrato temporário (pela administração pública ou por

contrato de serviço) é a segunda opção mais referida, sugerindo maior flexibilidade de vínculos trabalhistas em municípios de menor porte populacional (SEIDL et al., 2014).

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

No ES, 48,0% dos trabalhadores da APS tinham vínculo público estatutário, 13,7% possuíam contratos temporários com a administração pública, regidos por legislação especial (municipal/estadual/federal), enquanto 22,4% eram contratados via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), sendo que 49,2% ingressaram por concurso público e somente 25% dos trabalhadores estavam vinculados a um plano de cargos, carreiras e salários, sinalizando o esforço da gestão municipal para desprecarizar as relações de trabalho. Em estudo realizado em quatro grandes centros urbanos, os gestores desejavam substituir os quadros terceirizados de todas as categorias profissionais através de concursos públicos, tornando os vínculos trabalhistas mais estáveis, fixando os profissionais na ESF e melhorando a qualidade e a continuidade das ações e serviços ofertados à população (GARCIA et al., 2014).

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

O pagamento por performance/desempenho têm sido adotados por sistemas de saúde de vários países do mundo, como o Reino Unido, Portugal e a Alemanha, para aumentar a qualidade dos serviços com a adoção de incentivos financeiros por metas alcançadas, o que funciona como recompensa ou punição pela adesão às boas práticas. No RJ, este vem sendo implantado na APS, desde 2011, mas nenhuma eSF recebeu os incentivos financeiros desse modelo (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Além do histórico de vínculos de trabalho precários, atenção deve ser dada às condições e características do trabalho das agentes, que não estavam recebendo o adicional de insalubridade, pois nas VDs, os agentes deveriam identificar os riscos e/ou as situações

de perigo aos quais se expõe e adotar medidas de proteção e prevenção, conforme os fluxos ou linha de cuidado do usuário trabalhador na RAS do SUS. Todavia há controvérsias quanto os fatores de risco ou perigos presentes no seu trabalho.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vou supervisionar o paciente tomar remédio de tuberculose na casa dele (A7).

São eles que vão na casa ver o paciente engolindo o comprimido (G2).

Não tô com medo, ele tem cara de que só bate na esposa [...], depois falam que o ACS não se expõe a risco (A5).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chego em casa e tem tudo pra fazer (A2)

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

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

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

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

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

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

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

Notam-se poucas mulheres supervisoras, formadoras, gestores e formuladores de políticas. No Irã as tarefas dos ACSs foram divididas segundo o gênero, ficando as mulheres com a prestação de serviços e os homens com as tarefas fora do lar, como a saúde ambiental e as doenças transmissíveis. O PACS do Paquistão é projetado para trabalhadoras responsáveis pelo cuidado das mulheres e crianças, sendo que a comunidade só valoriza as que são voluntárias. No Afeganistão, onde a família tem autoridade sobre os direitos reprodutivos das mulheres, as agentes têm realizado seus papéis de provedoras de

saúde com melhor desempenho que seus homólogos masculinos, os quais complementam o trabalho das colegas, facilitando o transporte de pacientes e acompanhando-as no deslocamento pela comunidade e em algumas tarefas de saúde ambiental. Para promover equidade de gênero no sistema de saúde e retenção dos agentes na comunidade, no Afeganistão, defende-se a implantação de plano de carreira aos ACSs, os quais poderiam avançar para os cargos de supervisores, formadores e gestores (NAJAFIZADA et al., 2014).

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

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

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

Parece que a gente é a muleta deles, onde vivem encostados (A7).

Querem que a gente resolva, sare na mesma hora (A6).

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

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

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

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

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

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

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

Para os agentes, o seu trabalho é definido pelas respostas e soluções alcançadas às diversas demandas que emergem da comunidade, de ordem emocional, afetiva e financeira, uma vez que se tornaram conselheiros, ouvintes dos problemas e, quando não conseguem atender às necessidades da população, acabam por se culpabilizar (PESERICO et al., 2014).

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

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

Vários estudos sobre o processo de trabalho dos ACSs identificaram a sobrecarga e o desvio de função como dificultadores do trabalho educativo. No Complexo da Maré (RJ), em Campinas (SP) e Divinópolis (MG) verificou-se a burocratização do trabalho dos agentes na realização de atividades administrativas, organização de filas, cobertura à ausência de outros profissionais e organização da coleta de sangue. Na zona Leste de SP os

agentes também realizavam a vigilância sanitária dos animais de rua e fiscalização de caixas d'água. Todas estas situações traduzem a dificuldade do ACS de romper com o modelo tradicional, centrado na cura de doenças, focado no indivíduo (BORNSTEIN et al., 2014).

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

Quando ocorre uma fusão entre o espaço social e o do trabalho, ao ser qualificado positivamente pelo usuário como um bom ACS que desenvolve bem seu trabalho a construção da sua identidade se intensifica, muito mais do que com os outros profissionais de saúde não moradores das comunidades (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

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

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

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

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

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

As condições de trabalho das agentes de Irati-PR representam fielmente as condições de trabalho da categoria no cenário nacional, de desvalorização do cuidado enquanto trabalho feminino, desprovido de formação, de alienação e vulnerabilidade ao adoecimento, de reprodução e dependência das práticas biomédicas, a qual, segundo Foucault (2012), vigia e adentra o modo dos indivíduos levarem a vida e perpetua a medicina clássica e as práticas de saúde controladoras.

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

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

5.5 RESULTADOS DO TRABALHO DO ACS

Os produtos ou resultados do processo de trabalho das agentes trataram dos efeitos da assistência em saúde sobre as alterações na vida das pessoas. Os resultados positivos, que representaram as potencialidades e oportunidades da AB, tiveram menor frequência de citações que os negativos, que representam suas fragilidades e ameaças. Além de dialogarem com os achados dos demais elementos do processo de trabalho das agentes, podem ser o primeiro passo do diagnóstico estratégico local, rumo ao desenvolvimento comunitário (Figura 13).

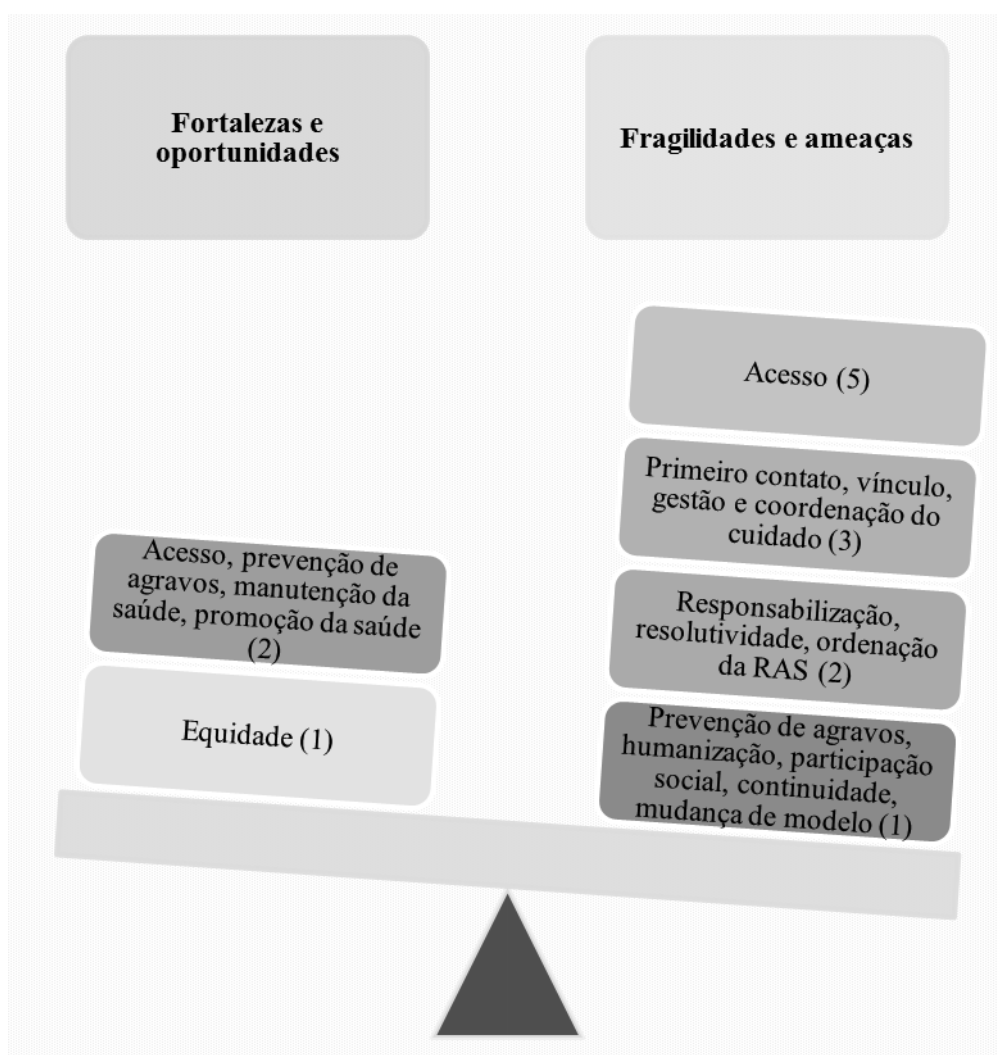


Figura 13- Produtos do processo de trabalho das agentes, segundo a frequência de citação dos temas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Dentre os produtos positivos do processo de trabalho das agentes destacou-se a manutenção da saúde, a prevenção de agravos, a equidade e a promoção da saúde, que

correspondem às diretrizes da APS e que podem ser aprimorados para o alcance da mudança de modelo de atenção.

Os seguintes relatos destacam estes produtos:

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

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

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

Os resultados do PMAQ revelaram que, 67% dos brasileiros conseguiram ser escutados por um profissional de saúde da UBS mesmo sem marcar consulta, 79% esperaram até 30 minutos para conversar com algum profissional de saúde, 84% consideraram muito boa e boa a forma como são acolhidos/recebidos na UBS, 81% tiveram facilidade para saber os resultados de seus exames e 59% disseram ser fácil tirar dúvidas com os profissionais de saúde/equipe sem precisar marcar outra consulta (BRASIL; DAB, 2015).

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

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

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

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

Como a gente vai saber quem são os tuberculosos com tantas áreas descobertas? Se tem caso perdido, com certeza está aonde não chegamos (A7).

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

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

Há tempos somos cobrados pelo longo tempo de investimento na media complexidade, no serviço especializado, sabemos da responsabilidade de investir fortemente na APS(G1).

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

A APS permanece desvalorizada em muitas partes do mundo, com baixa remuneração dos profissionais e repasse público. Nos países onde a APS é sólida, têm populações mais saudáveis, com melhor percepção do seu estado de saúde e cuidado longitudinal, maior satisfação e adesão do paciente, menor consumo de exames e breves tempos de internação hospitalar. Mesmo assim, alguns desafios devem ser superados, como a disponibilidade de mão de obra qualificada, o financiamento do sistema, entre outros (RAO; PILOT, 2014).

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

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

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

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

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

Uns diziam: isso não é pra mim, ficar ouvindo ladainha dos outros (A8).

Foi se perdendo gente muito boa, mas que não passavam nas seleções (A5).

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

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

Quanto a insatisfação no trabalho, nesta pesquisa destacou-se as dificuldades nas relações com os usuários, famílias e comunidade no processo assistencial, nas relações do trabalho em equipe, a jornada, as condições de trabalho-salário, além dos déficits nos

instrumentos de trabalho, no ambiente e área física. Estes achados têm consonância com o encontrado na literatura sobre processo de trabalho na saúde (LIMA et al., 2014).

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

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

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

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

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

A perda dos ACSs é preocupante, pois representam a APS do município, chegando até as pessoas que nem sempre procuram o serviço de saúde [...] (G1).

A Reforma Sanitária e a criação do SUS, em 1988, são marcos da reorganização brasileira da APS à saúde e, anteriormente, os movimentos de ampliação do acesso da população aos serviços de saúde já recrutavam pessoas da comunidade para o trabalho

social. A universalização do acesso aos serviços de saúde com equidade, a descentralização da gestão do sistema e serviços de saúde e a participação social são os princípios básicos desta reorganização (MENDONÇA, 2004; COELHO, 2012).

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

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

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

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

Mais do que a participação da comunidade na saúde, estimulada e garantida pelos dirigentes de saúde nos planos municipais de saúde, orçamento participativo e apresentação pública da prestação de contas, os ACSs têm posicionamento estratégico para

o controle social, podendo estimular a participação das famílias que acompanha na formulação de políticas, nas decisões públicas e gestão e atenção à saúde. Para tal, o agente utiliza a comunicação para conhecer os interesses populares e transmitir conteúdos, a qual pode possibilitar a participação ativa do cidadão no processo saúde-doença-cuidado.

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

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

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

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

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

6 CONCLUSÃO

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

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

O grupo de agentes pesquisado foi perdendo pessoas com o passar dos anos e, as que permaneceram, apresentaram características muito semelhantes às dos agentes de outros estados brasileiros e de alguns países em desenvolvimento, sendo que o despreparo dos profissionais para a atuação na APS no cenário nacional e as repercussões das condições socioeconômicas e do neoliberalismo não podem ser consideradas exclusividades desta categoria.

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

A baixa cobertura da população pelas agentes e pela ESF reflete o fracasso na ampliação do acesso e o descaso com a APS a nível local e federal. Apesar de isso prejudicar o diagnóstico situacional, as agentes conseguiram identificar os problemas de

saúde, a vulnerabilidade à violência e às desigualdades socioeconômicas da população, a qual não os reconhece como necessidades a serem enfrentadas para o alcance do desenvolvimento local. Diante disto, a PNAB deve rever o cálculo da cobertura populacional pelas eSFs e o empoderamento local pode ser trabalhado pela equipe interdisciplinar e outros setores, de modo que a população se faça ativa na busca pelo seu direito humano à saúde.

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

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

Os investimentos na formação e qualificação dos profissionais da APS poderiam ser tão priorizados quanto à contratação de pessoal e melhorias de infraestrutura das unidades de saúde, dependendo apenas do interesse, iniciativa e mobilização das equipes e gestão local, já que há verba para o custeio de uma ação com potencial de melhorar as condições de trabalho dos profissionais e instrumentalizá-los para serem o contato preferencial da comunidade e desenvolverem a educação popular, dando condições para

que a população também amplie sua concepção de saúde e de recursos necessários para alcançar a qualidade de vida.

As condições de trabalho no SUS e valorização profissional poderiam ter espaço constante na agenda da gestão, especialmente no que diz respeito ao ACS, cujo valor e importância foram se perdendo com os avanços na APS e ESF. O descaso para com estes trabalhadores é tamanho e presente em todas as esferas da gestão em saúde, reforçando a sua invisibilidade. O não pagamento do piso salarial da categoria no município estudado, as divergências quanto às condições insalubres e periculosidade da ocupação, às práticas de supervisão e gestão não participativa, à preocupação federal de ampliar a oferta de médicos e de aprimorar e expandir o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), que oferece incentivos aos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas que escolheram atuar na APS, reforçam o desconhecimento, precarização e desvalorização dos ACSs enquanto força de trabalho em saúde potente e digna de um emprego que lhe proporcione o acesso a uma vida digna.

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

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

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

REFERENCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-3, jan.-jun. 2007.

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

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

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

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

ANUNCIACÃO, I. R. et al. Mapeamento dos riscos ambientais: relato de gerenciamento na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1713-23, 2015.

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

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

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

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

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

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

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

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 13, n. 1, fev. 2008.

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

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

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).

_____. **Programa mais médicos**. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>. Vários acessos 2015.

_____. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). **Histórico da cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Vários acessos 2015.

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

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul./dez. 2013.

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

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

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

CAZOLA, L. H. O. et al. Incorporação do controle da dengue pelo agente comunitário de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 4, p. 637-45, ago. 2014.

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

COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012.

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

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

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

COSTA, E. M.; FERREIRA, D. L. A. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 461-78, nov. 2011/fev. 2012

COSTA, M. C. et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaucha de Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 134-40, 2012.

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

COSTA, S. L.; CARVALHO, E. N. Agentes comunitários de saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2931-2940, 2012.

CROCCIA, M. A. **A representação do trabalho na vida do agente comunitário de saúde**. Dissertação [mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2009.

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

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

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

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

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

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

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

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

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

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

FLORES, O. et al. Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. **Com. Ciências Saúde**, v. 19, n. 2, p. 123-136, 2008.

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

FRANCO, T. B. ; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Rev. Tempus Actas de saúde colet.**, v. 6, n. 2, p. 151-63, 2002.

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

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

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

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

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-240, jan. 2011.

GALAVOTE, H. S. et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 46, p.373-86, jul./set. 2013.

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

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

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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

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

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

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

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

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

HARRIS, M. HAINES, A. The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care. **J. R. Soc. Med.**, v. 8, n. 105, p. 330-35, 2012.

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

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Vários acessos.

_____. Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas. 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp.pdf. Vários Acessos.

INSTITUTO PARA FUTUROS ALTERNATIVOS. **Atenção Primária 2025**: Exploração de cenários. Alexandria: 2012. Disponível em <http://www.altfutures.org/pubs/pc2025/IAFPrimaryCare2025Scenarios.pdf>. Acesso em maio 2015.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MENDONÇA, MARIA HELENA MAGALHÃES DE. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 353-366, set. 2004.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

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

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Programa Nacional de ACS: a saúde em nossas mãos**. Brasília, 19_?. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003110.pdf>> Vários acessos 2015.

_____. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite**. Brasília: 2002.

_____. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde: proposta de qualificação profissional básica do ACS**. Brasília: 2003.

_____. SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: 2005. 84 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

_____. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: 2006. 414 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

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

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

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

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

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

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

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

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

_____. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Vários acessos 2015.

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

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

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

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

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

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

OKUGA, M. et al. Engaging community health workers in maternal na newborn care in eastern Uganda. *Global Health Action*, v.8, p. 1-10, 2015.

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

OLIVEIRA, D. T. et al. Percepções do agente comunitário de saúde sobre sua atuação na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 132-7, jan./mar. 2012.

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

PARANÁ. **Plano Diretor de Regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde, no estado do paraná**. 2009. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_atualizado__Edson.pdf>. Vários acessos.

PEREIRA, I. B. LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

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

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

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

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

PIMENTEL, F. C. et al. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, mar. 2015 .

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

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE IRATI-PR. **Postos de Saúde**. Disponível em: http://www.Irati-PR.pr.gov.br/internas.php?url=cid_postos. Vários acessos.

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

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

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

RAMOS, T. Entrevista. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 5, n. 2, p. 329-37, jul. 2007.

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

REIS, R. S. et al. **Atenção Primária nas Américas e no Brasil: uma perspectiva histórica e política**. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, n. 4, 2009, São Luís (MA), Anais da IV Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, Universidade Federal do Maranhão, 2009, online.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, Nov. 2013.

RIBEIRO, E. M. et al. A Teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 2, p. 438-46, mar/abr. 2004.

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

SANTOS, B. S. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ. **Regionais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Vários acessos.

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

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

SILVA, N. C.; ANDRADE, C. S. Agentes comunitários de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 113-28, jan./abr., 2013.

SILVA, T. L.; DIAS, E. C. **Guia do ACS: o Agente Comunitário de Saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 72 p. : il.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, abr. 2014.

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

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

SOUZA, M. T. et al. Revisão integrativa da literatura: o que é como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

SHARMA, R. et al. Factors affecting the performance of community health workers in India: a multi-stakeholder perspective. **Global Health Action**, v. 7.25352, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

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

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

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

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

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

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

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2014**. Geneva: WHO, 2014.

APÊNDICE

Apêndice 1- Roteiro de entrevista com as ACSs	154
Apêndice 2- Roteiro de entrevista com os gestores de saúde	156

APÊNDICE 1- Roteiro de Entrevista com as ACSs**I. Sobre as ACSs**

Sexo: feminino masculino

Idade: até 24 anos 26 a 35 anos 36 a 45 anos 46 anos ou mais

Escolaridade: fundamental completo fundamental incompleto

ensino médio completo ensino médio incompleto superior completo

superior incompleto pós-graduação

Estado civil: solteiro união estável separado/divorciado viúvo outro

Número de filhos: _____ Com quem vive: _____

Moradia: própria alugada cedida outra: _____

Renda familiar: _____ salários mínimos Possui outro emprego: não sim

Atividades profissionais prévias (ocupação e duração): _____

Participação em grupo comunitário: não sim: _____

Tempo de moradia no bairro: _____

II. Sobre o trabalho como ACS

Há quanto tempo está na profissão: _____

Você poderia me contar como era sua vida na comunidade antes de ser ACS?

Conte-me como você se tornou ACS: como soube desta oportunidade de emprego e o que motivou esta escolha.

O que você sabia sobre o trabalho de ACS? Como você o vê agora?

Você poderia citar quais foram o que lhe surpreendeu ou frustrou nesta profissão?

Você identifica alguma mudança na sua vida depois de ter se tornado ACS, tanto na relação com a comunidade como com a sua família?

Já pensou em deixar de ser ACS? Poderia me contar um pouco mais sobre isto?

Por que permaneceu na profissão?

Você conhece as razões pelas quais os demais deixaram a profissão?

Quais são os seus planos de futuro?

Conte-me um pouco sobre os treinamentos recebidos para o desempenho desta ocupação: temas, metodologia, frequência, sua avaliação sobre os mesmos, etc.

Você teria alguma coisa a acrescentar? Fique à vontade para expor suas ideias.

APÊNDICE 1- Roteiro de Entrevista com os gestores de saúde

O Senhor poderia me contar o que se lembra sobre a história da APS no município?

O que o senhor tem a dizer sobre o trabalho das ACSs?

Como se dá/deu a oferta de cursos e capacitações para os ACSs?

O que o senhor sabe ou pensa a respeito da evasão das ACSs?

Quais são as expectativas e planos com relação aos ACSs?

ANEXOS

Anexo 1-	Carta de Anuência	158
Anexo 2-	Parecer Consubstanciado Do Comitê de Ética	159

ANEXO 1

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Anderson Sprada, na condição de Gestor da Secretaria Municipal de Saúde do município de Irati/PR, venho por meio desta, autorizar a realização da pesquisa de mestrado do programa de Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Unicentro, intitulada "**Repercussões do trabalho na vida e identidade do Agente Comunitário de Saúde**", a ser realizada, nas unidades de saúde da atenção básica deste município, pela mestranda e professora da Unicentro (Campus Cedeteg) Cristiane de Melo Aggio, sob a orientação do Prof. Dr. Erivelton Fontana de Laat.

Irati, 10 de dezembro de 2013.

Enf. Anderson Sprada
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 574/2013
CPF 034.585.169-42

Gestor da Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Repercussões do trabalho do Agente Comunitário de Saúde em sua vida cotidiana

Pesquisador: Cristiane de Melo Aggio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39184914.9.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: **1.093.307**

Data da Relatoria: **02/06/2015**

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) A Folha de rosto está assinada pela proponente do projeto, assinada e com carimbo do vice coordenador do PPG Mestrado Interdisciplinar de Desenvolvimento Comunitário da UNICENTRO;
- 2) A Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Irati, autorizando a realização da pesquisa é apresentada com assinatura e carimbo do Gestor da Secretaria, Sr. Anderson Sprada;
- 3) O TCLE está redigido em forma de convite, com todas as informações pertinentes à pesquisa;
- 4) O instrumento adotado na coleta de dados (roteiro para entrevista) está anexo à Plataforma;
- 5) O cronograma e o orçamento estão apresentados adequadamente;
- 6) O projeto de pesquisa completo está anexo à Plataforma.

Recomendações: Os dados coletados devem permanecer guardados por um período de 5 anos, conforme item XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL - f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, da Res. 466/2012. Substituir o termo “sujeito” por “participantes” da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Projeto em conformidade com a Resolução 466/2012.

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP: APROVADO

Em atendimento à Resolução 466/2012 CNS-MS, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e final em até trinta dias após o término da Pesquisa.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03- Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)

Bairro: Vila Carli

CEP: 85.040-080

Município: Guarapuava-PR

Fone: (42)3629-8177

FAX: (42)3629-8100

Email: comep_unicentro@yahoo.com.br