

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

MIRIELY PINTO FONTAN

**PRÁTICA PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO CASTELO-ES**

VITÓRIA- ES

2024

MIRIELY PINTO FONTAN

**PRÁTICA PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO CASTELO-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Area de concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de pesquisa: Processos de Trabalho, Políticas Públicas e Desenvolvimento Local

Orientador: Prof. Dr. Alan Patrício da Silva

VITÓRIA

2024

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

F679p Fontan, Miriely Pinto
Prática profissional dos agentes comunitários de saúde do
município de Conceição do Castelo – ES / Miriely Pinto Fontan - 2024.
89 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Alan Patricio da Silva

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
– Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2024.

1. Políticas públicas. 2. Agente comunitário de saúde – Conceição
do Castelo (ES). 3. Estratégia saúde da família. 4. Atenção primária à
saúde. 5. Prática profissional. I. Silva, Alan Patricio da. II. Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 614.0981

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

MIRIELY PINTO FONTAN

**PRÁTICA PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE CONCEIÇÃO DO CASTELO-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 07 de agosto de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alan Patricio da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador



Documento assinado digitalmente
FERNANDO ROCHA OLIVEIRA
Data: 13/08/2024 10:55:41 -0300
Verifique em <https://validar.dig.gov.br>

Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno



Prof. Dr. Luiz Vinicius de Alcantara Sousa
Centro Universitário FMABC
Membro Titular Externo

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde, que com resiliência, amor e alegria fazem do Sistema Único de Saúde um local de acesso à saúde e promoção do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, por fazer o impossível em minha vida, abriu portas, iluminou o meu caminho e esteve presente durante toda a minha caminhada. Gratidão por não ter me deixado desistir nunca, e ter me dado forças para seguir em frente!

Agradeço também, a todos que, de alguma forma, fortaleceram minha fé e me ajudaram a seguir firme no meu desenvolvimento pessoal, incluindo a elaboração desse trabalho.

Agradeço à minha família pelo apoio, paciência, carinho e compreensão, sempre presente na minha vida, em especial a minha amada filha Alana e meu companheiro de vida, Marcos.

A todos os meus professores do mestrado da EMESCAM, pelos ensinamentos compartilhados na construção de novos projetos e saberes. Agradeço ao meu orientador, Dr. Alan Patrício da Silva, por todo apoio, compreensão e orientações, que foram essenciais para a construção desse trabalho.

Estendo também os meus agradecimentos aos membros da banca pelas valiosas contribuições, que tornaram possível o aprimoramento desta pesquisa.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Conceição do Castelo, que sempre esteve de prontidão para a informação de subsídios para a construção dessa conquista, em especial, aos Agentes comunitários de saúde que foram minha inspiração nessa construção.

Agradeço aos meus amigos e a todos que contribuíram direta ou indiretamente com o meu desenvolvimento pessoal, profissional e como pesquisadora durante os enfrentamentos oriundos dos desafios da vida. A todos vocês, os meus sinceros agradecimentos!

“Talvez você nunca se sinta totalmente preparado para nada. Mas, não permita que o medo te impeça de avançar. Um passo de cada vez. Um dia de cada vez. O universo tem queda pelos corajosos.”
Wandy luz

RESUMO

Introdução: O Agente Comunitário de Saúde (ACS), como membro da equipe multiprofissional que compõe a Estratégia Saúde da Família (ESF), vem sendo o responsável por estabelecer o vínculo dos pacientes com o serviço de saúde, sendo atores de destaque no que diz respeito à promoção, prevenção e controle de doenças. Destaca-se, como recente marcador para o processo desta categoria profissional, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, a qual designou novas atribuições para estes. **Objetivo:** Analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua prática no município de Conceição do Castelo- ES. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, que teve como cenário Unidades de Saúde da Família do município de Conceição do Castelo-ES, tendo como foco as vozes dos próprios Agentes Comunitários de Saúde. Assim, participaram do estudo 22 profissionais, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, as quais foram, posteriormente, foram submetidas à Técnica da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. **Resultados:** Os resultados apresentados demonstram a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua atuação, as potencialidades e dificuldades presentes nesta atuação. Potencialidades que dizem respeito à equipe, a estrutura de recursos humanos, e à processos de capacitação. Já as dificuldades se mostraram atreladas não apenas ao recurso humano, mas também, ao material, à questão do transporte dos pacientes, ao trabalho em equipe, e ao reduzido investimento do município nos processos de capacitação destes profissionais. **Considerações finais:** O estudo revelou que os Agentes Comunitários de Saúde possuem conhecimento sobre suas atribuições segundo a nova Política Nacional da Atenção Básica de 2017 e que estes enfrentam insatisfações e dificuldades na prática profissional. É necessário fornecer apoio contínuo e melhorar as condições de trabalho para que possam desempenhar suas funções plenamente e contribuir para melhores indicadores de saúde na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Community Health Agent (ACS), as a member of the multidisciplinary team that makes up the Family Health Strategy (ESF), has been responsible for establishing the link between patients and the health service, being prominent actors in this regard. concerns the promotion, prevention and control of diseases. The National Primary Care Policy (PNAB), published in 2017, stands out as a recent marker for the process of this professional category, which designated new responsibilities for these professionals. **Objective:** To analyze the perception of Community Health Agents about their practice in the municipality of Conceição do Castelo-ES. **Methodology:** This is an exploratory-descriptive study, of a qualitative nature, which had as its setting Family Health Units in the municipality of Conceição do Castelo-ES, focusing on the voices of the Community Health Agents themselves. Thus, they participated in the study 22 professionals, through semi-structured interviews, which were subsequently subjected to the Content Analysis Technique, proposed by Bardin. **Results:** The results presented demonstrate the perception of Community Health Agents about their performance, the potentialities and difficulties present in this activity. Potentialities, which concern the team, the human resources structure, and training processes. The difficulties, however, were linked not only to human resources, but also material, to the issue of patient transportation, teamwork, and the municipality's reduced investment in the training processes of these professionals. Final considerations: The study revealed that Community Health Agents are aware of their duties according to the new National Primary Care Policy of 2017 and that they face dissatisfaction and difficulties in professional practice. It is necessary to provide continuous support and improve working conditions so that they can perform their functions fully and contribute to better health indicators in Primary Health Care.

Keywords: Community Health Agent, Family Health Strategy, Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes.....	42
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização dos achados, conforme Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011).....	43
Quadro 2 - Ações desenvolvidas que sumarizam a rotina de trabalho do ACS.....	50

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agentes de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTACS	Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNAS	Programa Nacional de Agentes de Saúde
PROFAGS	Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE A TRANSIÇÃO DO MODELO DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	19
2.1.1	Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica: um modelo de organização da Atenção Básica.....	22
2.1.2	O Agente Comunitário de Saúde	26
3	OBJETIVOS	37
3.1	OBJETIVO GERAL.....	37
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
4	METODOLOGIA.....	38
4.1	TIPO DE ESTUDO	38
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	38
4.3	AMOSTRA.....	39
4.3.1	Critérios de inclusão.....	39
4.3.2	Critérios de exclusão.....	39
4.4	COLETA DE DADOS.....	39
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	40
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	42
5.2	ORGANIZAÇÃO DOS ACHADOS E EVIDÊNCIAS PERCEBIDAS	43
5.2.1	Conhecimento, avaliação e prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a PNAB de 2017	44
5.2.1.1	Conhecimento sobre a nova PNAB de 2017.....	44
5.2.1.2	Avaliação e prática sobre a nova PNAB de 2017.....	45
5.3.1	Prática Profissional dos Agentes Comunitários de Saúde	49
5.3.1.1	Rotina de trabalho	49
5.3.1.2	Percepções sobre a prática profissional	53

5.3.1.3	Fonte de satisfação na prática profissional	57
5.3.1.4	Avaliação acerca da prática profissional	58
5.3.1.5	Potencialidades para o desenvolvimento da prática profissional	59
5.3.1.5.1	<i>Articulação fortalecida com a equipe</i>	59
5.3.1.5.2	<i>Presença da equipe completa</i>	60
5.3.1.5.3	<i>Capacitação pelo Programa Saúde com Agente</i>	60
5.3.1.6	Dificuldades para o desenvolvimento da prática profissional	61
5.3.1.6.1	<i>Acesso ao transporte pelo paciente</i>	61
5.3.1.6.2	<i>Lacunas no trabalho em equipe</i>	61
5.3.1.6.3	<i>Ausência ou dificuldades de consulta com profissionais nas Unidades</i>	62
5.3.1.6.4	<i>Ausência de capacitação</i>	62
5.3.1.6.5	<i>Outras dificuldades</i>	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICES	78
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	78
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	82
	ANEXOS	84
	ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ACEITE DE ARTIGO	84
	ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA	85
	ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	86

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) traduz a inserção de um modelo assistencial preventivo, orientado para a família em seu ambiente físico e social, como núcleo de ação, visando à promoção da saúde. Ela substitui o modelo de assistência à saúde tradicional, pautado na perspectiva curativista e hospitalocêntrica, que enfoca os determinantes individuais, reproduzindo o paradigma biomédico, o qual considera que ter saúde é não apresentar qualquer doença (Brasil, 2011; Siqueira-Batista *et al.*, 2015; Nepomuceno *et al.*, 2021).

A execução das ações que são desenvolvidas no contexto deste serviço de saúde, que se constitui como a porta de entrada da população, a Atenção Primária à Saúde (APS) fica à cargo de uma equipe mínima da ESF, constituída por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo que estes últimos, ocupam um lugar de maior destaque, dada a sua responsabilidade no estabelecimento do vínculo dos usuários com este serviço de saúde pública (Brasil, 2012).

Os membros da equipe da ESF atuam de forma articulada com a Unidade Básica de Saúde (UBS) local, que vem se mostrando com potencial de solucionar 80% das demandas de saúde da população adscrita. Apesar disso, caso o paciente apresente a necessidade de uma assistência de caráter mais especializado, a ESF efetiva o encaminhamento para outros serviços da rede de saúde. Desta forma, a Saúde da Família se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), reorganizando a Atenção Básica (AB) no País, de acordo com os preceitos deste sistema (Brasil, 2012).

A cada equipe da ESF é atribuída a responsabilidade de acompanhamento em saúde de até 4.000 pacientes de um dado território. Neste âmbito, cada ESF deve dispor de um quantitativo de ACS (sugere-se 12 ACS, por equipe) capaz de ofertar cobertura para 100% da população adscrita, que deve atender, no máximo, 750 pacientes (Brasil, 2012).

Neste sentido, cabe lançar luz no fato de que a atuação do ACS, de forma articulada com os demais membros da equipe, foi responsável pela alteração da concepção que antes se tinha do cuidado em saúde, agora este cuidado é orientado para o território da população adstrita, considerando os diversos determinantes em saúde. Assim, esta categoria profissional, ao longo dos anos, vem se destacando como imprescindível para impulsionar a trajetória da consolidação da APS e de um cuidado baseado no conceito ampliado de saúde (Silva; Dalmaso, 2004).

Apesar de já reconhecida a importância destes profissionais para o trabalho ofertado no contexto da APS, a última publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que ocorreu em 2017, aponta a provável redução do número de ACS, com o fim da obrigatoriedade de 100% de cobertura do território, sendo que esse profissional é o elo entre o serviço e a população que, por sua vez, contribui para facilitar o acesso destes ao serviço. Além disso, nesta versão da política, o foco do trabalho deste profissional volta-se para um cuidado mais assistencial do que de educação em saúde, no qual reproduz o modelo de saúde centrado na doença, tais como: medição da glicemia capilar, aferição de temperatura axilar, pressão arterial e orientações quanto à utilização de medicamentos pelos pacientes (Brasil, 2017).

Compete destacar que o ACS além de possuir o vínculo com a população, que é um dos atributos que potencializam a integralidade em saúde, também é o profissional que faz a junção entre o conhecimento popular e o científico, traduzindo as demandas e condições de saúde da população. Este profissional, por sua vez, concede força para o desenvolvimento das ações de promoção e prevenção à saúde por meio da identificação de riscos à saúde. Tal processo é facilitado pelo fato destes profissionais residirem no mesmo território em que atuam, identificando os riscos de forma mais rápida (Brasil, 2009).

Sendo assim, o processo de trabalho da ESF impulsiona e orienta o ACS a desenvolver suas atribuições no atendimento inicial dos indivíduos, na sua residência, levando informações e reorganizando os processos de trabalho dos profissionais dos níveis hierárquicos mais elevados, em interação com a comunidade (Costa *et al.*, 2013; Fracolli; Gomes; Gryscek, 2014).

Inicialmente, as atribuições desta categoria profissional foram instituídas em 1997, através da Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Em 2012, estas foram ratificadas por meio da PNAB, que detalhou as competências a seguir para a referida categoria profissional: a obtenção de conhecimento amplo em relação ao território que está atuando, por meio do cadastramento e mapeamento da população; o acompanhamento das famílias, à luz do critério de vulnerabilidade, orientando os indivíduos quanto ao acesso aos serviços de saúde; desenvolver atividades com vistas à promoção da saúde, prevenção de doenças; desenvolver ações de educação de saúde e potencializar a ligação dos demais profissionais da equipe e das famílias da população adscrita (Brasil, 1997; 2012).

Assim, diante do papel de destaque do ACS para a oferta dos cuidados em saúde, ofertado no contexto da APS, este estudo foi orientado por meio do questionamento que segue: Qual é a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua prática no município de Conceição do Castelo-ES?

Esta pesquisa é de grande relevância, tendo em vista o reconhecimento e importância do profissional ACS, que constrói uma legitimação e consolidação dessa área, melhorando a assistência ao paciente com foco na necessidade da comunidade e pondo em prática o conhecimento e a valorização da categoria, como consta na PNAB.

Assim, a justificativa desse trabalho está na relevância que esse tema assume na APS, uma vez que, a ESF é considerada a porta de entrada para ao acesso aos serviços de saúde, no qual o trabalho em equipe é fundamental para o fortalecimento das ações desenvolvidas, sendo o ACS peça importantíssima nesse processo.

Por meio deste estudo, almeja-se construir informações a partir dos problemas identificados, criando assim, subsídios para avaliação e, logo, melhorias no processo de trabalho dessa categoria, tendo como base as percepções dos próprios atores envolvidos neste processo.

Buscou-se neste estudo consolidar informações sobre como ocorre o processo de trabalho dos ACS vinculados às ESF do município em questão, visando contribuir para o desenvolvimento do trabalho no contexto da APS, mais especificamente, com o processo de trabalho do ACS, através da sistematização do conhecimento que a pesquisa científica possibilita.

Além disso, o início de uma pesquisa, muitas vezes, está relacionado com o interesse e com as inquietações que mobilizam seu autor a conhecer melhor determinado assunto. Assim, a escolha do tema do presente estudo está inserida em minha trajetória profissional, posto que, o interesse pela saúde pública foi desde os anos de faculdade. No campo profissional, foram diversas as dificuldades enfrentadas, além da responsabilidade no trabalho desenvolvido no âmbito da ESF, com experiência em alguns municípios. Destas experiências acumuladas, decorrem a motivação para aprimorar o conhecimento e aperfeiçoar a qualidade da assistência em saúde, tendo como foco o trabalho desenvolvido pelos ACS.

Assim, a experiência acumulada e as observações do trabalho dos ACS, nos municípios por onde trabalhei como enfermeira da ESF e, atualmente, no município de Conceição do Castelo-ES, apontam que esta categoria profissional possui poucas informações quanto ao seu real papel dentro do contexto de suas atribuições, assim como a falta de conhecimento sobre a população e os problemas relacionados à área adscrita. Esses e outros conflitos me trouxeram inquietações que serviram de subsídios para esta dissertação.

Após as considerações iniciais acima apresentadas, o **Capítulo 2** desta dissertação apresenta o referencial teórico construído, visando a aquisição de um conhecimento mais amplo sobre a APS e, principalmente sobre a atuação do ACS neste nível de atenção. O **Capítulo 3** apresenta o objetivo geral e específico estabelecidos para este estudo, enquanto que o **Capítulo 4** detalha o caminho metodológico que foi percorrido, com o intuito de alcançar os objetivos delimitados. O **Capítulo 5** apresenta os resultados e discussão dos dados que foram coletados, enquanto que, a última parte deste trabalho, dedica-se ao fomento das considerações finais que foram suscitadas a partir da realização do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TRANSIÇÃO DO MODELO DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Ao longo dessa seção se faz necessária a contextualização sobre a transição do modelo de saúde no Brasil no contexto das políticas, dando ênfase sobre a importância da AB, materializada, sobretudo, por meio do serviço disponibilizado pelas ESF, tendo o ACS um papel de grande relevância nas equipes deste serviço de saúde, conforme será evidenciado mais adiante.

A necessidade para a criação do serviço de saúde pública vigente foi constatada na década de setenta. Já nos anos iniciais da década de 80 se tinha um cenário de escassez na prestação de serviços de saúde nos municípios brasileiros, sendo que, àqueles que o tinham, eram serviços de urgência. Neste contexto, para parte significativa da população restava apenas os serviços de saúde filantrópicos, e estes pacientes ficavam distantes dos cuidados primários. Nesta época, tinham acesso a tais ações aqueles indivíduos vinculados à Seguridade Social, que disponibilizava serviços de urgência e emergência e ambulatoriais (Pinto; Giovanella, 2018).

Assim, em 1978, um marcador para a mudança deste cenário, foi à Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que culminou na declaração Alma-Ata. Nesta, foi enfocada “[...] a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (Brasil, 2002). Decorrente desta, de forma gradativa, o processo de efetivação do SUS foi ganhando cada vez mais força, tendo sido instituído instrumentos não apenas financeiros, mas também operacionais, visando responsabilizar os municípios pela oferta do cuidado em saúde (Gil, 2006).

Compete destacar que, o SUS, resultado da luta dos movimentos sociais, representa uma conquista histórica da sociedade, podendo ser considerada a maior política pública gerada a partir de movimentos sociais. Trata-se de um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, que é colocado à prova em seus

diferentes níveis de atenção à saúde, desde os atendimentos mais simples, como aferição da pressão arterial, mensuração da glicemia capilar, através da atenção primária; como também em grandes procedimentos cirúrgicos, como transplante de órgãos e tratamentos oncológicos (Paim, 2008).

Em face disso, grande movimento político, ideológico e social de reconfiguração da atenção à saúde culminou na criação da Constituição Federal de 1988, em que o direito a saúde foi assegurado como

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 116).

Assim, Sousa (2003, p. 43) relata que a Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "[...] direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Depois, a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde (MS) por meio do Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990. E, por fim, a Lei Orgânica da Saúde, que instituiu o SUS à luz Constituição Federal de 1988, estabelecendo seus princípios e diretrizes por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990a).

Decorrente da lei acima mencionada, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e recuperação da saúde, foi promulgada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trouxe a necessidade do controle social como parte indispensável da execução da política em estudo, por meio da participação da sociedade civil no gerenciamento do serviço (Brasil, 1990b).

Nesse contexto, as Leis 8.080/90 e 8.142/90, são, singularmente, relevantes para o novo modelo de saúde, e correspondem a uma espécie de estatuto da saúde no Brasil. Enquanto a Lei 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do SUS, a Lei 8.142/90 trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde, criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo, como

instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente (Brasil, 1990a, 1990b).

As conferências, que devem acontecer a cada quatro anos, contam com a atuação de vários segmentos sociais. Nestas, são suscitadas proposições para as três esferas de governo, visando o fortalecimento da política pública de saúde. A Lei 8.142/90 também define as transferências de recursos financeiros diretamente, de fundo a fundo, sem a necessidade de convênios, como por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais (Brasil, 1990b).

Sendo assim, a aprovação da Constituição de 1988 foi um passo importante no processo de mudança de paradigma das políticas de saúde brasileiras, na medida em que passou a abordar o conceito de saúde como direito de todos os cidadãos e como obrigação do Estado. Essa priorização levou à criação do SUS (Paim *et al.*, 2011).

Enfatiza-se que, as ações e serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos em consonância com as diretrizes prevista no art. 198 da Constituição Federal, à luz dos princípios ético-doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social) (Pontes *et al.*, 2009).

Assim, o princípio da universalidade corresponde ao direito à saúde para todos os indivíduos, devendo o Estado viabilizar as condições para a garantia deste. Neste sentido, todos devem ter acesso e atendimento nos serviços do SUS, onde o Estado tem o dever de prestar esse atendimento à toda população brasileira, independente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais (Pontes *et al.*, 2009).

Neste contexto, a integralidade é entendida como um princípio que concede o direito de atendimento de maneira plena em razão de suas necessidades, por meio da articulação de ações curativas e preventivas, que se desdobram nos três níveis de assistência. Já a equidade visa reduzir as diferenças sociais, propiciando um

atendimento desigual para necessidades desiguais, investindo onde há mais carência, sendo, portanto, concebido como um princípio da justiça social (Pontes *et al.*, 2009).

Por fim, o sistema de saúde brasileiro está organizado em torno do SUS, cujo financiamento é feito por meio de recursos arrecadados com impostos e contribuições sociais, e que é administrado em nível nacional pelo Ministério da Saúde. O Ministério também é responsável por criar e monitorar políticas e atividades que são implementadas de acordo com as necessidades dos gestores municipais, de acordo com o princípio da descentralização (Paim *et al.*, 2011).

2.1.1 Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica: um modelo de organização da Atenção Básica

A trajetória da ESF iniciou-se em 1990 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Neste contexto, o serviço correspondia à uma política criada a partir de experiências locais, no qual, mesmo que de forma parcial, já se tinham indícios de que este programa era potente para ofertar à população cuidados primários de saúde (Oliveira, 2023).

Em 1991, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), de forma articulada com as secretarias estaduais e municipais, e com a Fundação Nacional de Saúde, a fim de promover os redirecionamentos dos serviços, para que o foco das ações pudesse ser a família e não exclusivamente o sujeito (Viana; Dal Poz, 1998; Souza, 2002).

No âmbito acima, o objetivo do PACS era de promover melhorias no que diz respeito a capacidade dos indivíduos de cuidar de sua própria saúde. Este trabalho era desenvolvido pelos ACS, que transmitia conhecimentos e informações e vinculava a população aos serviços de saúde que eram oferecidos nesta época (Souza, 2002).

Dois importantes aspectos, considerados inovadores, sustentavam este programa: o primeiro diz respeito a formação de equipes multiprofissionais locais, no qual os territórios de atuação eram claramente inscritos; e o segundo se refere a forma de

financiamento, que era compartilhado, mediante transferências federais fundo-a-fundo, que tinham como condicionantes o critério de implementação e o desempenho das ações (Oliveira, 2023).

Foi a partir do PACS, materializando a articulação da comunidade, municípios e o Governo Federal, por meio do Ministério de Saúde, que apontou-se para uma nova aliança na política de saúde. Assim, por ter sido uma estratégia inovadora na segunda metade dos anos 90, este começou a receber prioridade na agenda da política pública de saúde, culminando na definição das bases da política da AB, por meio dos pressupostos do PSF (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

O PSF considera as pessoas como um todo, tendo em vista suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade e, o papel do ACS, dentro deste contexto, é o de realizar um teste diagnóstico comunitário, sob supervisão do enfermeiro (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Os dez primeiros anos do programa contaram com o aperfeiçoamento de seu arranjo institucional, enquadrado inicialmente no plano geral da Lei Orgânica da Saúde, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB). Destacam-se as NOB de 1993 e 1996, que, respectivamente, induziram a tomada da gestão da rede de saúde local pelos municípios e a expansão do então PSF por meio de incentivos incorporados ao financiamento (Oliveira, 2023, p. 5).

O desenvolvimento satisfatório do PSF culminou na criação da PNAB, a qual instituiu, de modo formal, este programa como notável caminho para viabilizar a consolidação da AB e ampliar o escopo deste nível de assistência, de modo substitutivo ao modelo centrado somente no sujeito (Giovanella *et al.*, 2009; Oliveira, 2023).

Destaca-se que o PSF se constituiu em uma estratégia que

Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Brasil, 2000).

Aos profissionais atuantes no PSF cabia a obtenção do conhecimento da população residente em seu território de atuação por meio do cadastramento das famílias, realização do diagnóstico social, demográfico e epidemiológico; competia a estes, também, a identificação dos problemas de saúde mais comuns e as situações de risco à saúde da população; em conjunto com a comunidade, os profissionais deveriam formular um plano visando enfrentar os determinantes em saúde identificados no território; ofertar assistência integral, não apenas na unidade saúde da família, mas também na comunidade e no domicílio das famílias, assim como realizar o acompanhamento dos pacientes atendidos pelos serviços ambulatoriais ou hospitalar; propor ações de educação em saúde; e atuar, de forma intersetorial, objetivando enfrentar os problemas de saúde identificados no território (Brasil, 2000).

Assim, sobre influência do PSF, foi criada a ESF, que tem como característica principal a constituição de uma equipe composta por diversos profissionais, tais como: clínico geral ou especialista em saúde da família, enfermeiro ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, e o estabelecimento de um território de abrangência, atendendo ao princípio da regionalização, tornando possível o conhecimento, por parte da equipe, quanto à realidade local e as necessidades da população (Brasil, 2012).

Com a influência do Pacto pela Saúde, em 2006, por meio da Portaria nº GM/648, foi aprovada a primeira edição da PNAB, que estabeleceu a alteração de diretrizes e normas para a estruturação da AB para o PSF e o PACS, designando a saúde da família como estratégia prioritária para a reorganização da APS no contexto do SUS. A partir desta, o escopo e o entendimento da AB foram ampliados, integrando, ao serviço, atributos essenciais de uma APS abrangente. Ademais, esta portaria foi responsável por promover alterações quanto as atribuições das UBS, que podem ser de diferentes tipologias, ou seja, podendo ser com ou sem ESF (Brasil, 2006a).

Tal portaria definiu a Atenção Básica:

Como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. [...]. É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas

populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes [...] e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização (Brasil, 2006a).

Posterior a essa edição, houveram mais duas alterações na PNAB, sendo uma em 2011 e a última em 2017. A versão revisada em 2011 buscou manter inalterada a centralidade da ESF como caminho para potencializar a consolidação de uma AB mais fortalecida e com potencial para expandir sua cobertura, promovendo cuidados integrais de promoção da saúde, e se inscrevendo cada vez mais como a porta de entrada da população aos serviços ofertados pelo SUS. Além disso, incluiu o papel da AB nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (Brasil, 2011; Faria, 2020).

Já a última edição, publicada em 2017, aponta para elementos que chamaram a atenção de diversos pesquisadores da área da saúde pública, por serem tidos como retrocessos para as conquistas no contexto da AB. Dentre estes elementos, encontram-se as ameaças quanto a divisão do processo de trabalho e o compromisso da ABS com a longitudinalidade do cuidado, eminência de diminuição do quantitativo de ACS (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

As descontinuidades podem ser percebidas quando se lê a possibilidade de redução do número de ACS por EqSF (no mínimo um), de maneira a vincular esse quantitativo aos territórios ditos de maior risco e mais vulneráveis, ao mesmo tempo que se oportuniza a possibilidade de aumento de suas atribuições; inclusive com recomendação de unificar suas ações com as dos ACE (e de incorporação desse último como parte da EqSF) e, ainda, facultar competências atualmente desempenhadas pelos técnicos de enfermagem (como: aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos) (Melo *et al.*, 2018, p. 45).

Ressalta-se que, mesmo diante de alguns retrocessos na política de saúde pública, nos últimos anos, a APS ainda continua sendo, notadamente, reconhecida como serviço capaz de possibilitar melhorias na saúde da população, reduzindo diversas causas de mortalidade e morbidade no Brasil (Macinko; Mendonça, 2018).

Mendonça *et al.* (2023) refletem que, no contexto científico, os avanços que se percebem no SUS são decorrentes, principalmente, da consolidação e ampliação da ESF, que dispõe de equipes multiprofissionais, as quais desenvolvem o cuidado em

saúde, intervindo nos diversos panoramas e demandas de saúde por meio da dimensão, a qual não é apenas individual, mas também familiar e coletiva/comunitária.

Tais avanços possuem forte relação com o trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde Bucal (eSB), pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e pela atuação do ACS, que contribuem para que práticas mais resolutivas e alinhadas com as demandas de saúde do território sejam possíveis (Mendonça *et al.*, 2023).

2.1.2 O Agente Comunitário de Saúde

O ACS, que recentemente passou a ser considerado legalmente como profissional de saúde por meio da Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023, é um profissional que vem contribuindo para alterações no âmbito do SUS, no qual, suas práticas podem modificar os problemas que incidem de forma prejudicial na qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidade, e isso se dá por meio da vigilância em saúde (Brasil, 2009, 2023a).

Destaca-se que, conforme elencado na PNAB de 2011, em cada equipe de ESF, “o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe” (Brasil, 2011).

Quanto ao perfil do ACS, a pesquisa de Silva *et al.* (2020) constatou, em sua amostra, que o universo de profissionais era composto, predominantemente, por sujeitos do sexo feminino, com tempo de atuação na ESF entre 1 ano e 5 anos, com ensino médio completo, seguido por pessoas que relataram possuir ensino superior completo ou em andamento.

Conforme já destacado, a atuação do ACS possui suas raízes no PACS, que existe desde o início dos anos 90, e foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS (Brasil, 2000).

A primeira experiência do programa acima ocorreu no Ceará, no contexto da seca que aconteceu entre junho de 1987 e junho de 1988, dando a este o caráter emergencial, por meio do Programa de Emergência, que posteriormente foi descontinuado. Apesar disso, devido ao sucesso da experiência, foi instituído o Programa Nacional de Agentes de Saúde (PNAS), que mais tarde ampliou suas ações, visando a garantia dos princípios que norteiam o SUS (Mendes, 2012).

Em 1991, O Ministério da Saúde, com base nos resultados positivos alcançados com o PNAS, propôs a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). A área de atuação inicial do PNACS foi a Região Nordeste, devido à existência de maiores indicadores de doenças, carências e miséria. Na Região Norte, no entanto, a implantação ocorreu em caráter emergencial, para fazer frente à epidemia de cólera (Minayo *et al.*,1990).

Assim, a trajetória para a criação e regulamentação da profissão do ACS, no Brasil, teve início com a Portaria nº 1.886/1997 que aprovou as normas e diretrizes do PACS e do PSF (Brasil, 1997).

Posteriormente, foi publicado o Decreto nº 3.189/1999, que fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS. Já em 10 de julho de 2002 foi instituída a Lei nº 10.507, que criou a profissão de ACS, sendo esta revogada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (Brasil,1999, 2002, 2006b).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apoiou as iniciativas para a formação dos ACS, por ser uma posição institucional de longa data, decidida na reunião de AB realizada em 1979, em Alma-Ata - URSS. Neste evento foi reiterado o papel fundamental do ACS na melhoria das condições de vida e saúde da população, devido ao elo entre as necessidades, anseios, e demandas de uma comunidade, na qual sua participação é essencial para o exercício de mudanças (Sousa, 2003).

No que diz respeito aos requisitos para atuar como ACS, do ano de 1991 até 2002, para exercer o trabalho de ACS no PNACS, PACS e depois PSF, era necessário residir no território de atuação, ter espírito de liderança e solidariedade, saber ler e

escrever, ter disponibilidade de tempo em horário integral e idade mínima de 18 anos. Os âmbitos de atuação prioritários do trabalho de ACS historicamente foram o comunitário e domiciliar (Sousa, 2003).

Neste programa, foram contratados mais de seis mil trabalhadores, em grande maioria do sexo feminino, de diferentes cidades do sertão do Ceará. Como forma de seleção, estes eram eleitos pela população que residia nas áreas contempladas pelo programa, e tinham que residir no mesmo território em que trabalhariam. A formação destes se dava na forma de treinamentos curtos, sob supervisão das secretarias municipais de saúde, e os conteúdos centravam-se em promoção da saúde e participação comunitária (Morosini; Corbo; Guimarães, 2007).

Nos primeiros anos da execução do PACS/PSF, para assumir a função de ACS era necessário apenas ‘saber ler e escrever’. Entretanto, a partir de 2002, por meio da Lei nº 10.507, o pré-requisito passou a ser possuir residência na área da comunidade de atuação, ter concluído o curso de qualificação básica para formação de ACS e o ensino fundamental. A Lei nº 11.350, publicada em 2006, alterou algumas exigências para atuação como ACS, instituindo a conclusão do ensino médio como necessária, mas abrindo precedentes para a contratação de profissionais com ensino fundamental e a conclusão de curso de formação inicial de, no mínimo, quarenta horas (Brasil, 2002, 2006b; Morosini; Fonseca, 2018).

A Lei nº 11.350, de 2006, em seu Artigo 2º, inscreveu o exercício das atividades desempenhadas pelos ACS como restritas ao contexto do “[...] SUS na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional” (Brasil, 2006b).

Em relação à questão de os ACS terem que residir na comunidade de atuação, Riquinho *et al.* (2018) citam que este requisito coloca o profissional em uma posição de mão dupla, já que ao mesmo tempo que ele mora no território, ele compõe a equipe de saúde. Assim, é possível que as demandas da população cheguem ao conhecimento deste profissional de forma mais rápida, mas nem sempre sendo

possível a resolução de problemáticas, que decorrem do ‘cotidiano vivido’. Além disso, o conhecimento amplo do território, a cultura e costumes deste, também são obtidos. Outro ponto que merece destaque diz respeito à profissionalização do ACS. Sobre isso, Mélo, Santos, Albuquerque (2023, p. 3) assim o discutem:

[...] a profissionalização das ACS é peculiar, pois é a única profissional da saúde que não precisa de formação prévia para trabalhar no setor. Sua formação, apesar de instituída num referencial curricular nacional, passa por disputas que vão das leis de regulamentação da profissão, até entraves econômicos seja para o financiamento do curso técnico, seja para garantir a elevação de salários correspondentes a este nível de formação.

Em 2004 foi instituído o Referencial Curricular nacional para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) este visava possibilitar a formação específica para essa área, a fim de diminuir as formações por meio de cursos de curta duração. Este documento delimitou as seguintes atribuições para essa categoria profissional: acompanhamento no domicílio das famílias e grupos; identificação e intervenção dos diversos determinantes e condicionantes que perpassam o processo de saúde e doença, visando promover a saúde e reduzir os riscos para a população; mapear e cadastrar informações sociais, demográficas e de saúde; fomentar a comunicação entre os membros da equipe e a comunidade; e pautar a prática profissional conforme diretrizes e princípios estruturantes do SUS (Brasil, 2004; Mélo; Santos; Albuquerque, 2023).

Complementando, importa detalhar as atribuições específicas que constam na PNAB vigente:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético; IV - 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 coletividades; V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção

Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados; VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência: I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica; III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar; IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa; VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e, VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (Brasil, 2017).

A pesquisa de Alonso *et al.* (2021) chama atenção para a indefinição que existe em relação ao perfil dos ACS, marcado por duas perspectivas, sendo uma que discute as atribuições deste profissional por uma perspectiva mais romantizada, que desconsidera os percalços e fragilidades de suas atividades, e a outra que atribui a estes profissionais um papel de salvadores/super-heróis, no qual recai sobre os mesmos a responsabilidade pela consolidação das prerrogativas do SUS, negligenciando os aspectos políticos, sociais e técnicos que repercutem nessa consolidação almejada.

Para os autores acima, a ausência de delimitação da prática do ACS, ao mesmo tempo que traz contribuições para que práticas inovadas sejam inseridas no processo de trabalho do campo da saúde, coloca também estes profissionais em uma linha de tensão que é marcada ora pelas normativas e diretrizes do SUS ora pela realidade do cotidiano de trabalho, que se apresenta no território e serviços.

No contexto do trabalho se destacam as funções e o papel do ACS, dentre os quais cabe citar o estar próximo das famílias e realizar cuidados diretos e indiretos com a comunidade que assiste. O papel deste profissional como facilitador tem sido unânime

e reconhecido como relevante para desempenhar as funções diante da implementação da ESF (Andrade *et al.*, 2015).

Conforme sugerem Alonso *et al.* (2021), no contexto das pesquisas científicas, diversos papéis são atribuídos aos ACS, tais como: o de mediador, intérprete, educador, o do profissional que apoia as equipes da ESF e os movimentos sociais da comunidade. Mas a principal característica desta atuação se refere a potencialização da vinculação dos pacientes com o serviço de saúde.

Parte significativa do trabalho do ACS é proveniente da realização das visitas domiciliares, as quais são entendidas como o instrumento de sustentação da ESF e consideradas uma das principais atividades do ACS, pois possibilita conhecer o contexto social do usuário e identificar as necessidades de saúde das famílias (Kebian; Acioli, 2014).

Sobre esta atividade, a PNAB de 2017 detalha que cabe ao ACS

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares (Brasil, 2017).

As visitas domiciliares dizem respeito ao acompanhamento realizado por estes profissionais, sendo este relativo às condições de saúde das famílias de sua microárea e da busca ativa de situações específicas. Nas visitas domiciliares, os ACS realizam o cadastramento dos membros da família, que é a condição para acesso às ESF, dispõem de orientações diversas, repassam informações sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, dentre outras ações. Por isso, as visitas domiciliares são a mais importante expressão da presença do ACS na comunidade (Morosini; Fonseca, 2018).

A partir deste recurso de trabalho utilizado pelo ACS é possível que estes profissionais possam intervir sobre uma dada problemática identificada durante a visita domiciliar, pois é neste momento que se há a possibilidade de compreendê-los como um universo macro, ou seja, como mediadores sociais entre o conhecimento popular e científico

sendo este o motivo pelo qual o relacionamento destes com os sujeitos adstritos em seu território é possibilitado (Brito; Ferreira; Santos, 2014).

Durante as visitas domiciliares são realizados os cadastros das famílias que, segundo o Ministério da Saúde, é a etapa inicial do trabalho do ACS. Por meio deste, a equipe de saúde toma conhecimento das reais condições de vida das famílias, condições de habitação, prevalência de doenças, o diagnóstico sociodemográfico, dentre outras informações pertinentes para a compreensão da realidade da comunidade. O ACS, ao realizar o cadastro, contribui para o planejamento e a organização das ações a serem ofertadas para a população, respeitando suas necessidades (Costa *et al.*, 2013).

Conforme refletem Fernandes *et al.* (2023), o ACS, ao integrar as equipes da ESF, são atores de destaque no que diz respeito à promoção, prevenção e controle de doenças. A atuação desta categoria profissional, por sua vez, concede força para a orientação comunitária, que se constitui como um derivado da APS. Além disso, estes profissionais são relevantes para potencializar o fortalecimento da APS, estimulando a vinculação da população adscrita com o sistema de saúde, atuando no estímulo de conduzir os pacientes na busca pela saúde, para que estes possam receber cuidados preventivos nos seus próprios territórios.

A pesquisa de Alonso, Béguin e Duarte (2018) também evidencia a atuação dos ACS na ampliação e consolidação da APS, tendo em vista a atuação destes nas ações de identificação de situações de riscos, orientações aos pacientes e encaminhamentos destes para os integrantes das equipes, diante de casos e situações de risco. Este trabalho contribui para a organização e desenvolvimento das ações de saúde, não apenas em um plano micro (no território local), mas também, no macro (a nível nacional), ao realizarem a inserção de dados no sistema de informação do Ministério da Saúde.

O processo de trabalho dos ACS constitui-se como recurso estratégico para enfraquecer o modelo biomédico de cuidado à saúde, uma vez que, é dever deste orientar sua atuação a partir de uma diretriz, que é política e social. Além disso, a

reconhecida importância deste trabalho decorre do fato de que estes profissionais não baseiam sua atuação em um conjunto engessado de diretrizes teóricas e técnicas, quando se estabelece um paralelo com os outros profissionais que atuam na ESF, como é o caso dos médicos e enfermeiros, que conduzem sua prática mediante os subsídios recebidos nos cursos de graduação (Alonso *et al.*, 2021).

Contudo, no cenário atual, tem sido evidente uma maior integração das atribuições do ACS com a dos demais membros da equipe da ESF, os quais, de forma gradativa, estão ficando condicionados a desenvolverem sua prática guiados pelo processo de trabalho proposto para as equipes, trabalho este que, cada vez mais, se mostra baseado ao campo do monitoramento dos indicadores de resultados e produtividade (Morosini; Fonseca, 2018).

A categoria profissional aqui discutida tem dedicado, parte majoritária de sua atuação, no desenvolvimento de atividades que vem sendo desenvolvidas no interior das UBS, tarefas estas de apoio e burocratizadas, dentre as quais se encontram a organização de fichas/prontuários de pacientes, entrega de resultados exames, Kit-odonto e de agendamentos de consultas no domicílio do paciente registro de peso em dias de consultas coletivas, e a organização dos ambientes para condução das atividades.

Conforme realçam Morosini e Fonseca (2018, p. 268), “não somente o tempo, mas também a energia dos ACS passa a ser disputados por duas lógicas: uma que valoriza o trabalho educativo em si e outra que o circunscreve à condição de viabilizador do acesso ao território e do alcance das metas”.

Méllo *et al.* (2021) também discutem as dificuldades que têm sido colocadas para os profissionais ACS, as quais são percebidas pelas representações nacionais da categoria e por demais pesquisadores da área, como retrocessos à categoria e modelo de atenção à saúde. Dentre essas dificuldades, os autores citam as atribuições e o perfil que vem sendo projetado para estes profissionais à luz do fazer de outras categorias profissionais, por exemplo, a de enfermagem. Neste sentido, os autores mencionam que a PNAB de 2017 foi um marcador para essa alteração no perfil profissional do ACS, quando, designou, a estes, atribuições clínicas. Outro ponto

que influenciou para essa mudança foi a criação do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS).

Refletem Mello *et al.* (2021, p. 7) que, com a instituição do PROFAGS, ficou “explícita a disputa macropolítica em torno da profissionalização dos ACS no contexto brasileiro, buscando distanciá-las de atribuições socioeducativas em detrimento das práticas biomédicas”.

O PROFAGS, instituído em 2018, por meio da Portaria nº 83, de 10 de janeiro, e que foi revogada em 2020 através da portaria GM nº 105, de 17 de janeiro, foi considerado como retrocesso, por evidenciar o risco para a descaracterização profissional do ACS por meio da formação em enfermagem proposta por este programa (Nogueira; Barbosa, 2018; Brasil, 2018a, 2020a).

Decorrente dessa descaracterização profissional que vem acometendo a categoria profissional, suas

[...] práticas vêm sendo atravessadas pela racionalidade gerencialista, processo que se aprofunda com a implantação de sistemas de avaliação do trabalho em saúde subsidiados por critérios de desempenho individual, competitividade entre as equipes, remuneração por desempenho e orientação do trabalho baseado em metas quantitativas centradas em procedimentos biomédicos (Nogueira; Barbosa, 2018, p. 394).

No contexto dos desafios que a categoria profissional de ACS enfrenta, Mélo, Santos e Albuquerque (2023) citam a reduzida legitimidade concedida a estes, a qual vai muito além de aspectos salariais e trabalhistas. Os desafios são diversos, tais como: vivência de situações constrangedoras, ameaçadoras e de violência, falta de reconhecimento do trabalho, por parte da gestão ou dos demais membros da equipe, bem como a ausência de apoio social.

Faria e Paiva (2020) trazem como desafio para os ACS a ausência de capacitação para a aquisição de subsídios acerca dos vários elementos que atravessam o processo saúde/doença. Citam, os autores, que quando há a oferta de processos de capacitação para estes profissionais, estes, comumente, são orientados por um viés que enfoca mais os aspectos biológicos, em detrimento, principalmente, das diretrizes

e orientações que o Ministério da Saúde propõe em relação às atribuições e competências do ACS. Deste modo, pontuam os autores que “os programas educacionais dos ACS devem ser compostos e fundamentados para desenvolver competências. Os métodos utilizados de ensino-aprendizagem precisam ser inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante” (Faria; Paiva, 2020, p. 13).

No contexto dos processos formativos do ACS, Mélo, Santos e Albuquerque (2023) lembram que as mais recentes estratégias do Ministério de Saúde de um novo formato de capacitação, o CTACS, ficaram explícitas por meio do material publicado em 2020 e intitulado como “Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS: diretrizes e orientações para a formação” e pela Portaria nº 3.241, que instituiu o ‘Programa Saúde com Agente’, com o objetivo de fomentar a formação técnica dos ACS como também dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) (Brasil, 2020a, 2020b).

Apesar disso, tais estratégias não traduzem elementos e princípios políticos e éticos referentes à Educação Popular em Saúde, conforme preconizado na Lei nº 13.595, de 2018, que, em seu Artigo 3º, assinala que todo o fazer do ACS deve ser orientado pelos referenciais da Educação Popular em Saúde. E, mais que isso, essas novas estratégias de formação desta categoria profissional caminham por um viés mais biomédico, tendo em vista as recentes atribuições colocadas para os ACS na PNAB de 2017. Além disso, nestas, os determinantes sociais do processo saúde e doença são minimizados (Mélo; Santos; Albuquerque, 2023; Brasil, 2018b).

Já em dezembro de 2023, por meio da portaria GM/MS nº 2.304, o ‘Programa Saúde com a Agente’ que, em 2023 formou mais de 170 mil ACS, passou a ser chamado de Programa Mais Saúde, trazendo a previsão de Curso Técnico para ACS e ACE, com carga horária mínima de mil e duzentas horas, que ocorrerão em um único ciclo, no contexto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no período do de triênio 2024-2026 (Brasil, 2023b, 2024).

Conforme consta no Artigo 2º desta portaria, são objetivos do Programa:

- I - prover os ACS e ACEs, de todo o país, de formação técnica em conformidade com as necessidades do SUS; II - contribuir para a melhoria da

saúde da população; III - fortalecer a Atenção Primária à Saúde - APS em seus atributos essenciais, como acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade, e em seus atributos derivados, como orientação familiar e comunitária e competência cultural; e IV - fortalecer a Vigilância em Saúde e aperfeiçoar as ações de combate às endemias visando à promoção da saúde (Brasil, 2023b).

Conforme matéria divulgada no site oficial do Ministério da Saúde, com o Programa Mais Saúde busca-se ampliar a oferta dos cursos técnicos em ACS e ACE, potencializando a qualificação profissional, a fim de que estes profissionais possam estabelecer um vínculo maior e mais fortalecido com seus pacientes. Espera-se, ainda, promover uma maior integração entre a Atenção e Vigilância em Saúde no SUS. Para isso, foram projetados, para 2024, o quantitativo de 180 mil vagas, na qual serão ofertadas novas turmas dos cursos técnicos e de vigilância, com foco no combate às endemias. Estima-se, até o final de 2026, conseguir formar mais de 300 mil profissionais atuantes no SUS (Brasil, 2024).

Neste novo formato, algumas novidades foram incluídas no Programa, tais como:

Parceria com as Escolas de Saúde do SUS, fornecendo apoio local descentralizado na gestão do programa e na qualificação de preceptoras (es). Revisão da Matriz Curricular para atualização dos conteúdos das disciplinas, ampliando as habilidades de acolhimento desses agentes em relação à população, considerando questões de equidade de gênero, raça e sexualidade; saúde mental; e cuidado com pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, por exemplo (Brasil, 2024).

Assim, existe a projeção de continuidade de investimento, por parte do governo federal, na capacitação dos ACS. Entretanto, sabe-se que, somente este incentivo não consegue suprir a demanda por formação, a qual é real em muitos municípios. Portanto, coloca-se esta necessidade de um maior direcionamento do poder municipal para os processos formativos desta categoria profissional, devendo estes serem conduzidos pelas diretrizes que guiam o fazer do ACS na APS.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua prática no município de Conceição do Castelo- ES.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar o conhecimento, a avaliação e a prática dos ACS sobre a PNAB de 2017.
- Identificar as potencialidades e dificuldades presentes no trabalho do ACS.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de caráter qualitativo que buscou caracterizar e analisar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em equipes de Saúde da Família. Uma pesquisa exploratória busca investigar um fato e esclarecê-lo, a fim de delimitá-lo, para que assim, possa ser futuramente melhor pesquisado (Gil, 2017). A abordagem qualitativa não se limita aos dados quantitativos, mas busca mensurar aspectos subjetivos do objeto de estudo (Minayo, 2010).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O Município de Conceição do Castelo, criado em 9 de maio de 1964, possui uma área de 369.778 km². Está situado na região sudoeste serrana do estado do Espírito Santo, a 120 km da capital capixaba, Vitória. A economia baseia-se na agricultura, principalmente do café, além da produção de hortifrutigranjeiros e pecuária.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes ao censo de 2022, apresentam uma população estimada de 11.937 habitantes (IBGE, 2022).

De acordo com informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) do Município em questão, este possui 100% de cobertura da ESF por meio do trabalho desenvolvido por cinco equipes mínimas, constituídas por um médico, um Enfermeiro e um Técnico de Enfermagem.

Dispõe, o município, do quantitativo de 30 ACS, responsáveis por realizar visitas periódicas à população adstrita e preencherem as fichas do e-SUS de Cadastro individual e cadastro domiciliar com informações gerais das condições socioeconômicas, de moradia, escolaridade e de saúde dos indivíduos e suas famílias.

A rede de saúde do município, além de contar com os programas para cada ciclo de vida, conta ainda com a Unidade de Saúde Dr. Nilzio José da Silva, que oferta

atendimentos especializados, além de ser o espaço de funcionamento da Vigilância em Saúde do setor de Regulação. Tem-se também a academia da saúde, que é um espaço idealizado para que ações de promoção à saúde sejam desenvolvidas. Sobre a rede de Urgência e Emergência, integram está o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha. Já a atenção terciária do município tem como parte o Hospital Municipal Nossa da Penha e o SAMU 192 (SEMUS, 2021).

4.3 AMOSTRA

A pesquisa foi desenvolvida com 22 ACS dos 30 que, no momento da coleta de dados, se encontravam cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos os profissionais ACS de ambos os sexos que integram a APS do município de Conceição do Castelo, e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

4.3.2 Critérios de exclusão

Não foram considerados como potenciais participantes os profissionais afastados do serviço por qualquer motivo no período da coleta de dados, bem como os ACS que compõem a equipe da sede, local onde a pesquisadora exerce a função como enfermeira. Tal decisão parte-se da hipótese de que o vínculo com os possíveis entrevistados poderia influenciar no processo de coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS

Foram realizadas 22 entrevistas semiestruturadas, direcionadas por um roteiro que foi previamente elaborado, tendo como ponto de partida as diretrizes do Ministério da Saúde para atuação do ACS. Este contou, além de informações sobre o perfil dos entrevistados, com perguntas norteadoras que permitiram obter o diálogo entre

pesquisador e participante acerca das atribuições que esta categoria profissional desenvolve em seu processo de trabalho (Apêndice B).

As entrevistas foram realizadas e gravadas pela pesquisadora no período de dezembro de 2023 a janeiro de 2024, sendo estas gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011, p. 38), conduzida por meio da utilização de

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Desta forma, todo material coletado foi analisado por meio das três fases descritas por Bardin (2011): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação:

- 1) Primeira fase: momento em que as entrevistas realizadas foram transcritas, e todo material foi organizado e já analisado em uma leitura geral.
- 2) Segunda fase: momento em que os discursos dos profissionais entrevistados foram extraídos das transcrições realizadas, sendo codificados conforme os objetivos desta pesquisa. Aqui foi possível já estabelecer as seguintes categorias de análise: processo de trabalho dos ACS de Conceição de Castelo; conhecimento sobre a PNAB 2017; avaliação dos ACS acerca do processo de trabalho; educação Permanente dos ACS; dificuldades presentes no processo de trabalho; e potencialidades presentes no processo de trabalho.
- 3) Terceira fase: momento em que os achados advindos das entrevistas foram efetivamente tratados e interpretados, possibilitando a discussão, a fim de dar respostas para a inquietação inicial que culminou no desenvolvimento desta pesquisa.

Destaca-se que, os dados foram discutidos, tendo em vista as diretrizes que propõe o Ministério da Saúde para a atuação do ACS no âmbito da ESF. Além disso, foi estabelecido diálogo dos resultados com a literatura científica. Nesta última etapa, o referencial teórico que culminou na publicação do artigo intitulado “Estratégia saúde da família: reflexões com foco no agente comunitário de saúde” (declaração de aceite constante no anexo A), também serviu de base para subsidiar a discussão dos resultados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), em face da anuência prévia da SEMUS do município de Conceição do Castelo (Anexo B). Assim, a pesquisa foi apreciada e aprovada pelo parecer nº 128298/2022 (Anexo C).

Foi assegurado o sigilo das informações obtidas mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa, os quais foram identificados pelas letras ACS (ACS 1), precedidas pela sequência numérica de realização das entrevistas.

Em todas as etapas do estudo foram respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12. Cumpre informar que, a guarda das informações ficará sob responsabilidade da pesquisadora durante o período de cinco anos, e que os resultados da pesquisa também serão publicados por meio de artigos científicos, sendo o anonimato garantido em todas as publicações decorrentes desta investigação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Conforme detalhado na Tabela 1, os 22 participantes desta pesquisa, de forma predominantes, tinham idade igual ou superior a 40 anos (20), 90% dos profissionais são do sexo feminino, e com ensino médio completo.

Todos os profissionais eram celetistas, tendo sido contratados por meio de Processos Seletivos Simplificados. Quanto ao tempo de atuação como ACS, a maioria possuía acima de 10 anos. Quando interrogados se haviam recebido formação prévia para atuar na função e se participavam de processos de capacitação ofertados pelo município, uma parcela, majoritária, informou ter recebido e participado de formações, com destaque para a última edição do Programa Saúde com a Agente, proposto pelo Ministério da Saúde e descentralizado aos municípios no ano de 2020.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

VARIÁVEIS	Nº
Idade	
Inferior a 30 anos	1
De 31 a 35 anos	3
De 36 a 40 anos	3
De 41 a 45 anos	8
De 46 a 52 anos	7
Tipo de vínculo empregatício	
Celetista	22
Sexo	
Feminino	20
Masculino	2
Nível de escolaridade	
Ensino médio completo	18
Ensino superior completo	1
Ensino superior incompleto	1
Pós- graduada(o)	2
Tempo de atuação como ACS	
Igual ou inferior a 5 anos	6
Entre 6 a 10 anos	5
Entre 11 a 15 anos	4
Entre 16 a 20 anos	7

Capacitação prévia para atuar	
Recebeu	13
Não recebeu	9
Participação em capacitações	
Participa	15
Não participa	7
Participação no Curso Técnico do Programa Saúde com a Agente	
Participou	16
Não participou	6
TOTAL: 22	

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa (2023, 2024).

5.2 ORGANIZAÇÃO DOS ACHADOS E EVIDÊNCIAS PERCEBIDAS

Quadro 1 - Organização dos achados, conforme Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011)

CATEGORIA
5.2.1 Conhecimento, avaliação e prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a PNAB de 2017
5.2.1.1 Conhecimento sobre a nova PNAB de 2017
5.2.1.2 Avaliação e prática sobre a nova PNAB de 2017
5.3.2 Prática profissional dos Agentes Comunitários de Saúde
5.3.1 Rotina de trabalho
5.3.1.2 Percepções sobre a prática profissional
5.3.1.3 Fonte de satisfação na prática profissional
5.3.1.3 Fonte de satisfação na prática profissional
5.3.1.4 Avaliação acerca da prática profissional
5.3.1.5 Potencialidades para o desenvolvimento da prática profissional
5.3.1.5.1 Articulação fortalecida com a equipe
5.3.1.5.2 Presença da equipe completa
5.3.1.5.3 Capacitação pelo Programa Saúde com Agente
5.3.1.6 Dificuldades para o desenvolvimento da prática profissional
5.3.1.6.1 Acesso ao transporte pelo paciente
5.3.1.6.2 Lacunas no trabalho em equipe
5.3.1.6.3 Ausência ou dificuldades de consulta com profissionais nas Unidades
5.3.1.6.4 Ausência de capacitação
5.3.1.6.5 Outras dificuldades
5.3.1.6.1 Ausência de capacitação

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa (2023, 2024).

5.2.1 Conhecimento, avaliação e prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a PNAB de 2017

5.2.1.1 Conhecimento sobre a nova PNAB de 2017

Em 2017, por meio da Portaria nº 2.4361, foi instituída a nova PNAB, a qual trouxe novas competências para os ACS. Assim, na pesquisa aqui apresentada, de forma predominante, os entrevistados demonstraram conhecimento, mesmo que superficial, sobre as alterações decorrentes desta nova edição da política orientadora do processo de trabalho na APS (Brasil, 2017). No escopo destas alterações foram citadas a atribuição designada a categoria profissional quanto à realização de curativos, aferição de pressão arterial e medição de glicemia capilar, conforme representado na fala que segue: *“agora temos que ajudar nos curativos, aferir pressão e glicose”* (ACS2).

Destaca-se que os dados apontam que, muito embora tais alterações tenham ocorrido em 2017, tal conhecimento somente foi viabilizado à categoria profissional aqui estudada no ano de 2020, decorrente das experiências dos participantes no curso técnico ofertado através a partir do Programa Saúde com Agente, tal como se pode depreender das falas dos interlocutores a seguir: *“Já ouvi falar, mas, não ouvi assim ao pé da letra. Foi falado um pouco no curso técnico [...]”* (ACS1). *“Já ouvi falar e recebi as orientações através do curso”* (ACS6).

Neste sentido, o item 4.2.6, seção b, da nova PNAB, discorre que as atividades acima citadas compõem o rol de atribuições dos ACS. Entretanto, estas devem ser efetivadas em casos excepcionais e supervisionadas por um integrante da equipe da ESF. Assim, a aferição de pressão arterial visa a promoção da saúde e a prevenção de doenças e complicações. Já a medição da glicemia capilar tem por finalidade o acompanhamento dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM), orientado pelo projeto terapêutico construído pelas equipes atuantes na AB. Outra atividade, a qual não foi citada pelos entrevistados, é a aferição de temperatura axilar, que deve ser realizada na ocasião da visita domiciliar. E, por último, encontra-se a realização de “técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro

fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida” (Brasil, 2017).

Além disso, em um plano mais de recursos humanos, conforme lembram Morosini e Fonseca (2018) e Freire *et al.*, (2021) a nova PNAB não apenas suscitou alterações no processo de trabalho do ACS, como também abriu espaço para a redução no número de ACS na APS ao não estabelecer o quantitativo mínimo de ACS para integrar as equipes da ESF que, por sua vez, pode estar gerando prejuízos para a cobertura populacional.

Assim, cabe realçar o resultado da pesquisa conduzida por Carmo, Silva e Campos (2023), que objetivou ‘analisar tendências temporais de indicadores referentes à ESF sob o olhar das três versões da PNAB: 2006, 2011 e 2017’, e atestou que, após a nova PNAB, tem sido percebida a fragilização da presença dos ACS, com a redução no quantitativo destes profissionais nas equipes das ESF.

Refletem Freire *et al.* (2021) que, mais que isso, com a nova PNAB, o trabalho do ACS, voltado à comunidade, recebeu uma conotação de descaracterização, ao passo que, com estas atividades antes atinentes aos ACE na vigilância em saúde, por exemplo, a realização de diagnóstico demográfico, cultural, social, ambiental, epidemiológico e sanitário do território de atuação, foram designadas a estes profissionais, assim como, atividades relativas, sobretudo, aos técnicos de enfermagem, como é o caso da realização de curativos e aferição de pressão e de glicemia capilar. Deste modo, para os autores, tais atividades, embora reflitam o olhar do Ministério da Saúde para linhas de cuidado da Hipertensão e Diabetes, estas incidem de forma prejudicial no processo de trabalho do ACS, fragilizando o desenvolvimento de ações que são inerentes à trajetória da categoria profissional e eixos estruturantes da APS: atividades de educação, prevenção e promoção à saúde.

5.2.1.2 Avaliação e prática sobre a nova PNAB de 2017

Em relação a avaliação dos entrevistados acerca das implicações da nova PNAB no processo de trabalho da categoria aqui discutida, alguns entrevistados demonstraram a “nova” estratégia do Ministério da Saúde como algo que trará mais demandas de

trabalho para a categoria, tal como colocado em evidência pelas entrevistadas ACS1, ACS4 e ACS13:

“Acho que joga mais atribuições para o ACS, como a aferição de pressão, glicemia capilar e tal” (ACS1).

“Sobre o agente de saúde, além das demandas dele, ele vai fazer outras coisas, tipo aferir pressão eu acho interessante. Porque você está dentro da família” (ACS4).

“Negativo, eu vejo a sobrecarga. Porque, sobrecarregar, com certeza, vai, porque o que a gente faz, já é puxado. Então, assim, vai ajudar o lado deles, mas vai complicar a gente sim, né?” (ACS13).

De forma majoritária, os participantes demonstraram que as novas atribuições poderão comprometer o desenvolvimento de atividades que são propriamente inerentes à categoria profissional, como é o caso, daquelas atinentes à educação em saúde, razão pela qual a mudança foi descrita por alguns profissionais a partir de uma ótica negativa: *“Negativamente, devido à sobrecarga, por que vai atrasar um pouco mais o nosso serviço” (ACS12).*

Neste sentido, Silva *et al.* (2020) também identificou, dentre os participantes de seu estudo, percepção semelhante ao identificado na amostra da pesquisa aqui apresentada, percepção esta que é marcada pelo receio de que, com a nova PNAB, as ações educativas, preventivas e de promoção da saúde, inerentes à atuação desta categoria profissional, possam ser enfraquecidas em detrimento da necessidade de realização de atividades consideradas curativistas.

Apesar disso, as novas alterações dividiram opiniões entre os entrevistados. Assim, no campo das opiniões positivas, foi citada a contribuição das novas atribuições para melhora nos indicadores de saúde em relação ao Diabetes e a Hipertensão, uma vez que, por meio desta nova estratégia de cuidado, será feito o monitoramento mais de perto dos pacientes acometidos por estas patologias.

“Veio para ajudar como o indicador e até mesmo, por exemplo, lá na área da gente, as pessoas que tem dificuldade de vir aqui na sede, ir na casa da gente é muito mais perto. [...] eu gostei, eu tinha feito curso de aferição de pressão, glicemia, eu até fazia antes, mas aí veio a proibição eu parei. Eu acho que vai ser sim, um crescimento” (ACS5).

“Eu acho que vai ser melhor. Eu acho que não melhora só o indicador, mas o paciente passou mal, ele não vai ter que esperar um vizinho ter o aparelho ou ter que vir ao posto, a gente vai poder aferir lá de uma vez” (ACS8).

Sobre isso, Draeger *et al.* (2022) citam que os ACS são atores de destaque no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na APS, as quais incluem a Hipertensão e o Diabetes, por contribuírem na identificação destes e, logo, contribuindo para o vínculo do paciente com os demais integrantes da equipe de saúde.

Além do mais, as novas estratégias de assistência à saúde, propostas pela PNAB, contribuem para que pacientes com dificuldades de locomoção, por residirem distantes das UBS, possam ter acesso aos serviços que poderão ser ofertados pelos ACS: *“vai beneficiar, ajudar as pessoas que precisam, que tem dificuldade para se locomover a pé, para gente mora em zona rural, uma área mais distante”* (ACS20).

Conforme pontuam Silva *et al.* (2020, p. 66), esse novo processo de trabalho do ACS “[...] pode ampliar o acesso das pessoas da zona rural a esses procedimentos, sobretudo em razão da necessidade de grande deslocamento até a UBS e das condições socioeconômicas da população nessas localidades”.

Outro aspecto benéfico se relaciona ao fato da possibilidade de um acompanhamento mais sistemático do paciente, tendo em vista que, a equipe de saúde da ESF só realiza visita domiciliar uma vez por mês e, com essas novas ações, o ACS poderá monitorar mais de perto o paciente:

“Acredito que vai ser positivo, por que como a equipe só vai 1 vez por mês, de repente nesse período eu consigo ajudar de alguma forma, monitorando ou alguém precisando ir na minha casa” (ACS19).

Outro aspecto negativo é a falta de materiais necessários para o desenvolvimento das novas atividades designada, motivo pelo qual as novas atribuições ainda não estão sendo praticadas:

“As mudanças são positivas, mas falta a questão do material, né? Porque o curso fala que ofereceria os materiais, os aparelhos, essas coisas, mas a gente ainda não ganhou. Então, como a gente vai aferir pressão e tal? Então acho que tudo isso é válido, mas, tem que ter as coisas (ACS1).

“Sim, se a gente tivesse os meios de prestar esse serviço. Se a gente tivesse, pois, a gente não tem. A gente não recebeu aparelho de pressão, a gente não recebeu aparelho de glicemia. Não foi fornecido material” (ACS3).

Sobre o exposto acima, a nova PNAB define que a realização destas novas atividades está condicionada à realização de “[...] treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequado” (Brasil, 2017).

Cabe destacar que, é comum entre os ACS a preocupação de que com essas novas atividades propostas o tempo disponível para o acompanhamento de todas as famílias do território possa ficar limitado:

“Mas, vai ter também o aumento da demanda, pois o paciente, por exemplo, vai saber que você tem o aparelho, de medir pressão, por exemplo, aí vai ficar pedindo para você ir lá casa dele, pois, ele não está bem, que é para você ir lá ver como ele está. Então, tem pontos positivos e negativos, porque se você for por exemplo, avaliar a questão do risco do paciente, você tem que ir mais vezes nos pacientes de alto risco. Mas, se for para ir em toda a população todo mês e ainda tem que voltar para aferir pressão, vai ficar um pouco puxado” (ACS1).

A preocupação acima também foi encontrada entre os ACS entrevistados no estudo de Silva *et al.* (2020), uma vez que, a inserção das novas atividades no processo de trabalho destes profissionais poderá comprometer não só a regularidade das visitas domiciliares, mas também a abrangência. Existe o risco eminente de que com a incorporação das novas funções, o tempo disponível para o acompanhamento de todas as famílias do território possa ser fragilizado, posto que, os pacientes com demandas periódicas, trocas de curativos e acompanhamento sistemático de sua pressão arterial, necessitam assim, de visitas diárias do ACS.

Ainda para os participantes, esse novo cenário trará uma demanda que também poderá invadir a vida privada dos profissionais ACS: *“Como negativo, acho que a sobrecarga, porque de certa forma você ajuda, mas talvez ele vai cobrar fora do seu horário de serviço, final de semana” (ACS19).*

“Mas, tem como lado negativo que as pessoas não entendem muito, acham que a gente está ali 24 horas pra eles, né? Igual, por exemplo, a agente pode aferir pressão. Aí 8 horas da noite eles querem que a gente vai lá aferir a pressão deles. Mas, isso é do entendimento de cada usuário [...]” (ACS2).

“Negativamente, devido à sobrecarga, por que vai atrasar um pouco mais o nosso serviço. E depois que o paciente todos descobrirem que a gente está medindo pressão e fazendo esse monte de coisa aí, eles vão até na casa da gente. Por que se ele pudesse esperar na visita, tudo bem, mas ele vai ligar do nada, falando que está passando mal, se eu posso passar lá para ver a pressão dele. Então, vai ter que dar uma atenção a isso, na orientação, de como que fala, se não vai ficar bem mais puxado o nosso trabalho” (ACS12).

Conforme denunciado pelos participantes, existe a necessidade de melhor definição de reorientação do trabalho do ACS, em face destas novas diretrizes, posto que, muitos pacientes podem não compreender as limitações desta nova modalidade de assistência, tal como também constato no estudo de Silva *et al.* (2020).

“Agora o ponto negativo que eu acho é que o paciente acha que a gente tem que ter aquela obrigação assídua, de que toda vez que ele for lá a gente tem que olhar, fazer curativo” (ACS5).

“Como negativo, acho que a sobrecarga, porque de certa forma você ajuda, mas talvez ele vai cobrar fora do seu horário de serviço, final de semana” (ACS19).

“O paciente vai achar que a gente vai poder tudo, e se pedir, vai achar que a gente vai ter que fazer. Vão ver a casa da gente como um hospital [...] Só que a gente vai ter que saber trabalhar o paciente, eu não vou todos os dias na casa do paciente medir a pressão, eu vou ter que combinar horário, fazer uma meta” (ACS22).

Desta forma, colocada está necessidade, a nível da união, estado e municípios serão elaborados instrumentos que possam orientar o novo processo de trabalho do ACS frente as novas atribuições colocadas pela PNAB de 2017, visando reduzir a sobrecarga destes profissionais.

5.3.1 Prática Profissional dos Agentes Comunitários de Saúde

5.3.1.1 Rotina de trabalho

No fazer diário dos ACS, o principal instrumento de trabalho destes é a visita domiciliar: *“no geral, o foco maior seria visita. Então o mais importante mesmo seria a visita para poder levar para a equipe as necessidades daquela família” (ACS17).*

“A visita domiciliar, que é no domicílio. Por que você tem que ver, olhando com aqueles olhos clínicos, porque você consegue perceber na visita quando tem alguma coisa errada. Então, eu acho que no trabalho do ACS, o mais importante é a visita domiciliar” (ACS2).

A esse respeito, a Lei nº 13.595/2018, no Artigo 3º, inciso § 2º, a visita domiciliar é concebida como ‘atividade precípua’ do ACS. Estas ocorrem no território de abrangência de atuação deste, de domicílio em domicílio, para que sejam buscados e encaminhados, para a UBS de referência, pacientes com sinais ou sintomas de patologias severas ou crônicas, bem como de agravos ou de situações de saúde de relevância para o campo da saúde pública (Brasil, 2018b).

No contexto das visitas domiciliares, ocorre grande parte das vivências e práticas dos ACS. Neste, os pacientes são acompanhados, orientados sobre meios de prevenir riscos à saúde e de acessar os serviços de saúde. Na ocasião das visitas domiciliares, o cerne do atendimento está na assistência aos grupos prioritários, referentes às ações programáticas delimitadas pelo Ministério da Saúde, como é o caso da saúde de crianças com idade inferior a dois anos, hipertensos, diabéticos, domiciliados ou acamados, gestantes e puérperas (Nepomuceno *et al.*, 2021).

Assim, nesta pesquisa, por meio do Quadro 2, buscou-se sumarizar as principais atividades que integram a rotina dos profissionais atuantes no município de Conceição do Castelo.

Quadro 2 - Ações desenvolvidas que sumarizam a rotina de trabalho do ACS

Categorias	Ações
Contato com a população adscrita	- Cadastro de novos pacientes do território. - Atualização dos cadastros. - Contatos telefônicos.
Vigilância em saúde	- Monitoramento do cartão de vacinas das crianças. - Monitoramento do pré-natal.
Promoção da saúde	- Acompanhamento da parte de medicamentos dos pacientes diabéticos e hipertensos. - Adesão as consultas e exames. - Contribuição para adesão aos medicamentos.
Atividades assistenciais	- Agendamento de consultas.
Educação em saúde	-Trabalhar temas mensais.
Atuação intersetorial	- Encaminhamento para outras políticas públicas.

Fonte: elaborada pela autora adaptado de Alonso *et al.* (2021).

Conforme representado pelo discurso das entrevistadas ACS1 e ACS9, as práticas que compõe a rotina de trabalho dos ACS entrevistados refletem as diretrizes que estão colocadas na PNAB (Brasil, 2017).

“Eu já tenho estabelecido o local que eu vou visitar, quais as casas. Na visita a gente aborda o paciente, pergunta se está tudo certo, se a medicação está em dia, se tem algum morador novo naquele domicílio. Se tiver criança, a gente olha o cartão para ver se as vacinas estão em dia. O paciente diabético e hipertenso, a gente procura saber da medicação, como estão as receitas, se está em dia, se está acabando, se precisa renovar. Se tem alguma queixa, se precisa de consulta a gente agenda as consultas, né? E, é isso! A gestante a gente vê se o pré-natal está em dia, se está indo nas consultas, se os exames estão sendo feitos, é isso aí. Ah, se tem que cadastrar as famílias novas. [...] E é isso mesmo, acompanhando e atualizando os cadastros, isso aí” (ACS1).

“A prioridade minha, é primeiro ir na casa dos acamados, dos idosos, diabéticos e hipertensos e marcar os preventivos. Preencher primeiro a agenda do mês. Aí o que sobra na agenda do mês, o que são tranquilos, que não tem comorbidade nenhuma, aí vou levando no resto do mês” (ACS9).

Chama-se atenção para o discurso do entrevistado ACS20, o qual traduz uma das características principais desta categoria profissional: a de ser educadores em saúde, visando a promoção da saúde dos indivíduos e suas famílias (Nepomuceno *et al.*, 2021).

*“Normalmente eu faço um planejamento do mês, mas eu me organizo no dia anterior, antes de sair. Então, eu sempre sei onde eu vou, de quantas casas mais ou menos eu consigo fazer e normalmente durante o mês eu **gosto de abordar um tema**. Eu sempre faço alguma coisa nesse sentido” (ACS20, grifo nosso).*

Por meio da análise das entrevistas foi possível perceber ainda, que é comum o olhar dos ACS não estritamente para as questões de saúde que estão ali diante dele, mas também para questão que são sociais, como é o caso do fator renda: *“Igual às vezes uma criança que não está incluída na bolsa família a gente fala para dar uma passada no CRAS que consegue direitinho”.* (ACS11). No tocante a isso, Maciel *et al.* (2020) reforçam a importância do olhar integral para os indivíduos e suas famílias, a fim de que os serviços e informações possam ser acessíveis para estes, de modo a responder as necessidades de saúde destes de modo integrado.

Conforme relatado pela ACS2, as visitas são orientadas pelo perfil prévio das famílias, com foco nos fatores de risco, sendo, portanto, particularizadas.

“Quando precisam de consulta, sou eu que marco as consultas para a unidade. Faço uma média de 10 visitas por dia, por que é rural então é longe, e é isso. E a visita é sempre mais voltada de acordo com cada casa. Se tem criança, voltado para a criança. Se tem idoso, mais voltado para a saúde do idoso, conforme cada caso. Como eu já conheço os riscos de cada família, eu já abordo o tema que eu acho que tem que ser abordado em cada casa. Por isso, que a conversa em cada casa ela é muito diferente. Você pode visitar

10 famílias em dia, e nunca que vai ser a mesma conversa, cada casa é um assunto diferente, sempre falo sobre temas diferente por que a realidade de cada família é uma” (ACS2).

A participante ACS15, por sua vez, suscita que, na rotina dos ACS, as orientações que são repassadas aos pacientes são também de grande relevância para adesão de pacientes com baixa escolaridade ao tratamento medicamentoso:

“É relevante, porque as vezes têm muitas pessoas que não são orientadas, não sabem, não é orientada o suficiente. Então acaba que a gente leva informação para eles. Tem muitos que não sabem ler, que não sabem escrever, que as vezes do médico de Vitória e não sabe o que tem que fazer. Aí a gente lê, faz a lua e o sol, vai explicando como tomar o medicamento. Oriento sobre retorno de consulta, vacina, essas coisas” (ACS15).

Concernente a organização das visitas domiciliares, de forma predominante, os entrevistados relataram que estas são planejadas de forma mensal e em conjunto com os integrantes da equipe da ESF.

*“Eu faço as visitas pelo cronograma do mês **com as equipes**, do que a gente vai seguir de consulta, de exames, essas coisas e no mais coisas da minha rotina que eu já tenho. Início do mês eu visito minhas comunidades, mais para o meio as demais e no fim já segue para o fechamento dos relatórios, essas coisas (ACS7, grifo nosso).*

A esse respeito, a PNAB de 2017 prevê que “a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico” (Brasil, 2017).

Cumprir destacar também o que diz ainda o Artigo 3º, inciso § 5º da Lei nº 13.595/2018, a qual destaca a necessidade de adoção de uma prática profissional, por parte do ACS, que integre e que seja compartilhada com os outros profissionais da equipe que também assiste à população adstrita (Brasil, 2018b).

A entrevistada ACS12 chama atenção para um aspecto que tem gerado tensões no campo de atuação dos ACS: a necessidade de cumprir metas, questão também identificada na pesquisa de Fonseca e Mendonça (2014).

*“É tudo programado por rua e por quantidade. Eu tenho que fazer em média, para **fechar o mês**, 14, 15, 16 visitas. Menos que isso eu não fecho o mês. Porque eu faço visita presencial e passo na casa de cada um. E tem paciente que você gasta 5 minutos, tem paciente que você gasta 40 minutos” (ACS12, grifo nosso).*

A esse respeito, os autores supramencionados problematizam essa lógica presente na gestão dos serviços das ESF, a qual traduz uma perspectiva exclusivamente produtivista, e que revela a necessidade de um novo redirecionamento para o aspecto qualitativo e não exclusivamente quantitativo (Fonseca; Mendonça, 2014).

Em muitos cenários, os ACS precisam manejar dois extremos: de um lado as exigências da gestão, como é o caso do cumprimento de metas de atendimento e realização de atividades burocráticas/administrativas; e, de outro, tem-se as demandas de saúde da população, as quais devem ser priorizadas (Nepomuceno *et al.*, 2021).

Por tal lógica, o ACS vai paulatinamente transformando-se em um coletor e registrador de dados, cumpridor de tarefas e roteiros preestabelecidos, de modo que seu potencial de educador popular vai sendo suprimido ou despotencializado diante de um produtivismo cobrado, em cascata, pelos vários níveis de gestão do SUS: do município ao Ministério da Saúde (Barros; Cecilio, 2019, p.16).

5.3.1.2 Percepções sobre a prática profissional

Atinente a forma como o profissional ACS visualiza sua prática profissional, foi possível perceber a predominância de uma visão de alguém que é o elo que liga os pacientes ao serviço de saúde:

“importante, com certeza, eu sou o canal entre a equipe e o paciente. É através de mim que vocês ficam sabendo de tudo. E o paciente fica sabendo como que funciona aqui também (ACS6).

“Eu acho que eu sou uma ponte. Eu me imagino assim, como uma ferramenta boa na mão” (ACS19).

“Eu acho que é muito importante. Por que igual, as pessoas que moram mais longe, se não tivesse a gente para estar indo lá, ou para ligar, agendando consulta, levando informação, eles ficariam abandonados, sem saber de nada disso” (ACS13).

O interlocutor ACS22, por sua vez, chamou atenção sobre a importância da atuação do ACS para o controle das situações de saúde dos pacientes pelas equipes de saúde, isso por meio dos cadastros que são realizados e sistematicamente atualizados: *“eu vejo que minha prática possibilita o controle das coisas. Com o cadastro você tem o controle tudo, de moradia, a questão de saúde do paciente, você tem tudo ali na mão”.*

Além disso, a vinculação do ACS com o território onde mora e exerce sua prática, não somente viabiliza informações aos pacientes e suas famílias, mas também, contribui para o conhecimento da equipe da ESF não apenas sobre questões de saúde das famílias, mas também sociais. Com isso, é possível o alcance de um maior nível de capilaridade já no primeiro nível de atenção à saúde, por meio de um maior acesso ao paciente, o que, por sua vez, contribui para a constituição de vínculos e o estabelecimento da 'ponte', elo e ligação (Brasil *et al.*, 2021).

Esse elo ocorre por serem os ACS os profissionais que tem o primeiro contato com o paciente. É por meio destes que os pacientes são orientados quanto ao processo de trabalho das Unidades.

“É de importância para a comunidade e para as famílias, por que a gente é o primeiro contato que eles têm, e a primeira pessoa que eles pensam quando eles estão lá, precisando da saúde, é o agente de saúde. Precisou de uma consulta de um dentista, uma orientação é a gente que orienta. A primeira orientação parte da gente, se não tiver a gente, onde eles vão recorrer? Vão vir aqui na unidade, né. Vai ficando cada vez pior, perdido se não tiver a orientação do agente. Aí chega na unidade que tem uma consulta hoje e não tem, aí eles orientam que tem que procurar sua agente de saúde, então é a gente, o nosso trabalho” (ACS2).

Assim, por meio da atuação desta categoria profissional, os pacientes e suas famílias são ligados à equipe da ESF de forma integral, tendo acesso não somente aos serviços de saúde, mas também as políticas sociais e outras informações que necessitam (Nepomuceno *et al.*, 2021).

“Eles têm a gente como uma certa referência, tem vários que esperam o mês todo para a gente chegar lá na visita para eles tirarem as dúvidas, perguntar o que está acontecendo. E nem é só sobre a saúde e sobre várias outras coisas que a gente que leva informação para eles” (ACS2).

Os ACS se percebem como alguém que aponta caminhos por meio de orientações que vão além do campo da saúde:

“A maior importância do trabalho do agente de saúde é a orientação, o saber orientar. Primeiro, trabalhar com o cronograma, orientar direitinho. Por que as vezes eles não precisam de consulta, não precisam de preventivo, mas precisam de saber de uma orientação da sala de vacina, do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), do Centro Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Então a gente tem que estar a par de tudo, para orientar da maneira certa” (ACS9).

A respeito do olhar do ACS para outras políticas públicas, Maciel *et al.* (2020) chamam atenção para a questão de que, muito embora o ACS seja um trabalhador exclusivo da saúde, sua prática requer articulações intersetoriais, como por exemplo, o contato com o CRAS, o CREAS e demais equipamentos da rede socioassistencial, visando o desenvolvimento de mecanismos com vistas à prevenção e à promoção da saúde dos pacientes e famílias por eles acompanhados.

Conforme representado pelo participante ACS14, a categoria profissional aqui discutida exerce o papel de informante em relação a todos os serviços de saúde disponíveis nos territórios, reduzindo o itinerário terapêutico do paciente, o levando ao caminho certo do cuidado e da assistência.

*“Eu acho que importante é a informação. Pois, hoje, todas as informações são com a agente de saúde, que dia que trabalha, qual horário, se está aberto, a medicação para pegar na farmácia. Então, eu acho importante a informação que a gente consegue levar para o paciente, de maneira certa, **e ele não precisa dar mil voltas**. Tem o remédio na farmacinha, não tem, é de alto custo, você tem que procurar tal dia e horário, então eu acho importante isso” (ACS14, grifo nosso).*

A participante ACS16 suscita a reflexão sobre a importância dos ACS no processo de busca ativa dos pacientes, e na oferta de assistência para os pacientes com comorbidades que são analfabetos, uma vez que, por meio da prática destes profissionais estes pacientes recebem assistência e informação acerca do serviço de saúde como um todo.

“Oferece muita facilidade. Ajuda na busca ativa [...]. Os hipertensos, os diabéticos que são analfabetos, que se confundem. Às vezes, começa tomar o remédio certinho, daqui a pouco se perdem. Então, eu acho que ajuda muito, para os idosos, principalmente, levando informação, orientando, levando as equipes domiciliares” (ACS16).

A importância do ACS na busca ativa de pacientes hipertensos e diabéticos também foi discutida no estudo de Draeger *et al.* (2022). Mais que isso, essa categoria profissional, após esta etapa, desempenha um papel crucial também no monitoramento destes pacientes.

Outro elemento presente na atuação do ACS é o vínculo estabelecido entre o paciente e o profissional. Este, por sua vez, faz com que a assistência ofertada pelo ACS

transcenda o campo de atuação do ACS, propriamente dito, conforme pode-se observar nas falas abaixo:

“Então, assim, nem é sua presença como agente de saúde, mas como pessoa para poder ouvir que é mais importante. Eu tenho muitos casos assim. Igual na minha área agora está tendo muitos casos depressivos. Então, assim, você vai na casa, se olhar você fica quase 40 minutos só ouvindo o paciente desabafar e parece que aquilo foi a melhor coisa que aconteceu durante o dia, aquele desabafo. Por que as vezes não tem uma boa relação com o marido, com a filha, então eles veem na gente, uma pessoa de confiança para poder desabafar. O vínculo que é muito importante” (ACS5).

*“É acho importante porque a nossa população é muito defasada, muito carente. Então, muitas vezes a gente vai para oferecer o que o SUS oferece, **mas vai também por uma parte emocional**, parte de companheirismo. Tem pessoas de idade, que esperam o mês todo por você, porque a família não dá atenção e não tem paciência” (ACS18, grifo nosso).*

Através da escuta acolhedora do ACS, situações que podem sair do campo da saúde, podem ser compartilhadas com este profissional: *“É importante, porque as vezes a gente vai e tem uma pessoa precisando de conversar com a gente, está passando por um momento difícil. Tem muita gente que tem a confiança de abrir, de conversar com a gente” (ACS20).*

Atinente a fala da participante ACS20, Nepomuceno *et al.* (2021) suscitam que, ao adentrar no cotidiano vivido pelos pacientes, os ACS se defrontam com problemáticas complexas que perpassam por situações sociais e familiares que, em alguns casos, não foram acolhidas e foram negligenciadas pelos serviços de saúde.

Diante disso, os ACS, no desempenho de sua função, podem assumir uma postura mais generalista, burocrática, mecânica e guiada pela lógica biomédica, ou podem guiar sua prática por meio de uma proposta de atenção baseada no cuidado, na escuta qualificada e que busca contribuir para a resolução das demandas apresentadas pelas famílias (Barros; Cecílio, 2019).

Os entrevistados, quando interrogados sobre os aspectos que consideravam como de maior importância em seu processo trabalho, majoritariamente responderam que era o vínculo estabelecido com os pacientes/comunidade:

“O vínculo com a comunidade, porque a gente tem um vínculo, uma intimidade, fica mais próxima das pessoas, aí ela relata as coisas, a gente pode ajudar” (ACS1).

“O vínculo, pois as pessoas confiam muito na gente e o vínculo traz a confiança” (ACS19).

“O que eu considero mais importante, sempre penso nisso, foco nisso, é o vínculo com a minha comunidade, por que ali eu vivo todos os dias, eu moro lá, eu entro na casa deles todo mês, é um contato direto. Um contato maior até mesmo do que com a enfermeira, o médico, as secretárias de saúde. Então, tudo que eu puder fazer, defender, eu busco pela comunidade, para facilitar o meu trabalho” (ACS7).

Decorrente do vínculo estabelecido com os pacientes, os ACS são tocados não apenas pelas demandas de saúde propriamente ditas, mas também, por histórias e sofrimentos relatados por estes. É uma prática profissional baseada no contato bem próximo, no estabelecimento de vínculo e na promoção da saúde em suas diversas expressões (Bianco; Salvaro, 2023).

Por último, a fala da entrevistada ACS7 sumariza como se configura a atuação do ACS: *“Apesar de ser um trabalho de formiguinha, o trabalho do agente, de você está sempre buscando para ver o resultado, é importante” (ACS7).*

5.3.1.3 Fonte de satisfação na prática profissional

Um dos objetivos desta pesquisa também foi de investigar as fontes de satisfação presentes na prática profissional do ACS, na qual foi possível identificar, entre os participantes, elevado nível deste sentimento, conforme também identificado no estudo de Bianco e Salvaro (2023).

Para alguns dos entrevistados, a satisfação esteve atrelada ao reconhecimento dos pacientes acerca da prática profissional do ACS, tal como também identificado como sendo fonte de prazer para os profissionais

“Ver o reconhecimento das pessoas, por que eu sempre falo, eu nunca trabalho para a administração aqui, eu sempre trabalho para as minhas famílias lá, para o lugar que eu moro, para o lugar que eu quero ser bem-vista, eu quero estar bem com a minha população. Então, quando alguém fala que você viu, que você ajudou, eu falo que essa é a melhor parte do trabalho” (ACS2).

Outra fonte de satisfação reside no fato de alcançar resolutividade nas demandas apresentadas pelos pacientes:

“Quando eu consigo ajudar, dar uma palavra de atenção, de carinho, quando eu consigo resolver um problema” (ACS6).

“Eu falo com as minhas colegas que não é nem tanto o número de visitas, que é importante, mas o que eu consegui realizar. Principalmente, para aqueles de carência financeira que são muitos, mas aqueles de carência de instrução, de orientação” (ACS19).

Já a ACS9 traz uma percepção de fonte de prazer que se estende a satisfação dos pacientes não apenas ao seu serviço, mas também, ao trabalho desenvolvido por toda equipe.

“Quando eu consigo realizar, vejo que a pessoa está satisfeita. Também elogia o trabalho da equipe, igual tem acontecido agora das últimas vezes, graças a Deus, todo mundo tem elogiado, falando que está muito satisfeito com a equipe, as visitas. [...] Então assim, é coisa que a gente fica alegre de resolver, ver a área progredindo” (ACS9).

Nesta direção, em harmonia com os resultados acima, a pesquisa de Lima *et al.* (2021) também verificou, em sua amostra, a significativa presença de ACS que reconheciam a indispensabilidade de sua prática para a comunidade e o serviço ofertado nas UBS, sendo tal reconhecimento gerador de satisfação pessoal e de motivação.

Assim, diferentemente do identificado na pesquisa de Moura, Leite e Greco (2020), de forma predominante, os ACS entrevistados demonstraram elevado grau de satisfação em sua atuação, de modo que apontam para um indicador de reduzida prevalência de sintomas depressivos, que comumente acometem estes profissionais, em virtude de questões ocupacionais, sociodemográficas ou do próprio estilo de vida do profissional. Pontua-se isso, posto a indissociação entre a satisfação na vida laboral e a saúde mental, à medida em que, se o profissional estiver insatisfeito com seu trabalho, maior será a possibilidade de ocorrência de prejuízos para sua saúde mental (Vieira *et al.*, 2023).

5.3.1.4 Avaliação acerca da prática profissional

Quanto à forma como os participantes autoavaliaram seu fazer profissional, de modo geral, tal avaliação foi positiva, no sentido de que evidenciaram o entendimento de que estão realizando um bom trabalho dentro das condições que lhes são concedidas.

“Eu gosto do meu trabalho e sempre a gente tem o que melhorar, por que eu não sou 100%, mas uns 80%. A gente vai tentando e eu acredito que se a população não tem reclamação ou se tiver, eu não sei, mas eu estou fazendo o meu melhor” (ACS1).

“Eu acredito que eu me esforço o máximo que eu posso. Não gosto quando as pessoas dizem que podia ter feito, por que eu tento fazer o máximo. Não falo que é ótimo, porque ninguém é, mas acredito que eu seja boa dentro do necessário que eu posso fazer” (ACS3).

Entretanto, a participante ACS9 chamou atenção para o fato de que, embora se sinta realizada em sua prática profissional, o grande número de famílias para serem acompanhadas faz com que o tempo dispensado aos atendimentos não seja maior:

“Eu amo, eu gosto, faço por gostar. Eu queria ter mais tempo. E uma das dificuldades que está me atrapalhando agora, é a grande quantidade de famílias, por que como o interior tende a ter uma quantidade de famílias menor e na sede maior, eu faço as duas coisas. Eu tenho 211 famílias e estou com quase 600 pessoas. Então, eu vou atrás das prioridades” (ACS9).

No que diz respeito ao relato acima, a PNAB prever que “em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS” (Brasil, 2017). Apesar disso, a sobrecarga de trabalho sentida por estes profissionais é exacerbada, especialmente pela dificuldade que vivenciam de demarcar os limites entre a prática profissional e a vida privada, gerando diversas demandas, até mesmo em horários fora do expediente de trabalho, tal como discutem Leme *et al.* (2023).

5.3.1.5 Potencialidades para o desenvolvimento da prática profissional

5.3.1.5.1 Articulação fortalecida com a equipe

Outro escopo deste estudo foi o de descrever os aspectos que os profissionais ACS visualizavam como facilitadores para o desenvolvimento de sua atuação profissional, tendo os participantes apontado a articulação fortalecida com a equipe de saúde como um destes elementos.

“Gosto do que eu faço, trabalho com amor e cada dia mais, eu faço com vontade. O que eu quero mesmo é estar com o paciente, junto com ele. Atuando bem no que eu faço, pois quando a equipe é fechamento, isso ajuda nós lá também. Traz mais ânimo, coragem, quando a equipe tá unida é satisfação” (ACS10).

O aspecto acima discutido também foi realçado na pesquisa de Nepomuceno *et al.* (2021) como elemento que impulsiona o desenvolvimento do trabalho do ACS. Sendo assim, cada vez mais, diante das variadas demandas de saúde dos participantes, é

necessário a integração dos ACS e destes com os outros profissionais que compõem a equipe da ESF, viabilizando assim, uma prática compartilhada.

5.3.1.5.2 Presença da equipe completa

Mais uma potencialidade evidenciada pelos ACS é a questão da equipe de saúde estar completa, para que, dessa forma, a demanda do paciente possa ser resolvida. Pois, quando isso não ocorre, há espaço para o surgimento de sentimentos aversivos.

“Satisfação e de ter a equipe completa, né? Enfermeiro, ter dentista para oferecer e a população sendo bem acompanhada, resolver o problema do paciente. Pois, é muito ruim você chegar em um paciente ele precisar daquilo e você não ter o que oferecer, você não conseguir ajudar. É bem complicado, mas, de tudo é isso” (ACS1).

A respeito da lacuna acima, o estudo de Loch (2019) também constatou que a ausência de profissionais nas UBS é um dos desafios que permeiam o processo de trabalho das equipes atuantes nas ESF. A esse respeito, o autor esclarece que, para ocorrer a substituição ou reposição de um profissional, é necessário um tempo considerável. Por isso, é comum serem realizadas articulações dirigidas aos profissionais, visando a adoção de mecanismos para preencher tal lacuna, como é o caso da negociação de folgas.

5.3.1.5.3 Capacitação pelo Programa Saúde com Agente

A capacitação ofertada no contexto do Programa Saúde com Agente também ficou evidenciada como uma potencialidade no processo de trabalho do ACS:

“Foi falado um pouco no curso técnico e o que foi falado acrescentou nas visitas domiciliares, na visita como agente de endemias, que tem que ser em parceria e de todas as formas de como atuar mesmo. Falou sobre a abordagem, de quando nós devemos acionar os outros órgãos, por exemplo, assistente social., quando que isso acontece. Foi muito bom, muito proveitoso” (ACS1).

Conforme discutem Faria e Paiva (2020), a categoria profissional dos ACS ainda apresenta dificuldades quanto à compreensão de sua função na ESF, podendo tal lacuna estar associada à questão da formação profissional. Por isso, os processos de capacitação, como o ofertado através do Programa Saúde com Agente, são potentes para a superação deste panorama.

5.3.1.6 Dificuldades para o desenvolvimento da prática profissional

5.3.1.6.1 Acesso ao transporte pelo paciente

No escopo dos elementos que dificultam o desenvolvimento da prática do ACS está a limitação quanto ao transporte para possibilitar o acesso dos pacientes ao serviço de saúde: *“A questão, por exemplo, de colocar o paciente no carro, que Às vezes não consegue ou o paciente tem que voltar um outro dia”* (ACS1). Esta fragilidade também foi constatada no estudo de Ceccon *et al.* (2021) como aspecto que fragiliza a oferta de cuidados, seja para aqueles que estão em acompanhamento domiciliar, ou para os que residem distantes dos serviços de saúde e dependem do transporte das UBS para acessar estes.

5.3.1.6.2 Lacunas no trabalho em equipe

Um aspecto que foi apresentado por alguns como potencialidade do trabalho do ACS, e por outros como dificuldade, diz respeito ao trabalho em equipe:

“E também a questão da comunicação da equipe [...]” (ACS1).

“Às vezes dificuldade de comunicação com a equipe” (ACS21).

“Acho que o trabalho em equipe, porque quando a equipe não está junto, prejudica muito o trabalho de todo mundo. Por que por exemplo, eu posso citar um caso? A gente teve visita familiar com a equipe. E o que acontece a médica falava uma coisa, a médica falava outra, a gente não conseguiu fazer um entrosamento na visita e isso prejudica todo mundo, porque depois que passou a visita a paciente veio perguntar o que estava acontecendo, por que sentiu que tinha alguma coisa errada. Então, quando a equipe não trabalha em conjunto, prejudica todo mundo. Não adianta você ter a demanda, você levar a demanda do paciente se a equipe não ajuda. Hoje a dificuldade que eu encontro é essa, o trabalho em equipe” (ACS2).

“Então acho que a maior dificuldade é isso, as equipes não trabalham juntas, cada um trabalha no seu lado. Trabalham tudo para o povo, mas parece que são coisas diferentes, de forma geral. Dentro da equipe parece que as coisas vão, mas quando vai para outra pessoa, por exemplo, para a assistência, parece que as coisas perdem força, não dá continuidade ou quando dá, não na mesma intensidade, não funciona junto, muitas vezes. Funciona, mas não como precisava” (ACS3).

A referida fragilidade também foi objeto de discussão da investigação de Faria e Paiva (2020), os quais constataram, em sua mostra que, entre os ACS e os demais membros da equipe, tem sido comum uma frágil interação. Frente a isso, defendem os autores que “a predisposição para a comunicação e o trabalho em equipe tem que fazer parte

de qualquer programa que pretenda qualificar o ACS ou mesmo outros profissionais de saúde” (Faria; Paiva, 2020, p. 13).

5.3.1.6.3 Ausência ou dificuldades de consulta com profissionais nas Unidades

Para os ACS, outra dificuldade se refere à ausência de profissionais para atender o paciente, que relata necessitar daquela especialidade/profissional:

“A questão do dentista que eu acho mais complicado. Por que rotina não consegue, só urgência, mas aí é uma demanda do município que é mais agarrado (ACS1)

“Igual esse mês mesmo, eu tenho paciente precisando de uma consulta e eu não estou conseguindo fornecer, por exemplo por ausência dos profissionais. Esse mês mesmo eu tinha um monte de paciente com lesões e aí faltou o médico” (ACS5).

A respeito das fragilidades apresentadas nesta categoria, necessário se faz o olhar atento por parte da Secretaria Municipal de Saúde do Município pesquisado, visando a resolutividade desta, numa perspectiva de integralidade do cuidado.

5.3.1.6.4 Ausência de capacitação

Uma lacuna presente no processo de trabalho dos ACS, do município pesquisado, é a ausência de capacitação para subsidiar a prática profissional, haja vista que, a maioria dos participantes informaram não participar de processos formativos sobre sua atuação como ACS. Evidenciaram os entrevistados ser comum a oferta de capacitação sobre campanhas de vacinas:

“Sobre vacinas, febre maculosa e o que teve agora o curso técnico da prefeitura” (ACS1).

“A gente faz capacitação sobre doenças, sobre o próprio agente não” (ACS6).

“Sim, a gente está sempre fazendo aperfeiçoamento. Olha por exemplo, da febre maculosa já é a segunda que eu participo. Sobre a gripe aviária, vacinas, sobre mais alguma coisa. Eu não lembro agora no momento, mas sempre tem (ACS5).

Por último, a fala do ACS5 representa a inquietação expressa pela maioria dos participantes deste estudo: *“O que eu acho é que a gente deveria ter mais capacitação. O município deveria fazer mais pela gente, mais treinamentos, por que isso, é produtivo para a gente” (ACS15).*

No que diz respeito a esse gargalo, importante se faz recordar que a Lei nº 13.595/2018, em seu Artigo 5º, faz menção acerca da necessidade de investimento, da esfera nacional, estadual e municipal, na capacitação dos profissionais ACS, tendo como base os referenciais da Educação Popular em Saúde. Neste artigo assim está colocado: “§ 2º O Agente Comunitário de Saúde e o Agente de Combate às Endemias deverão frequentar cursos bienais de educação continuada e de aperfeiçoamento” (Brasil, 2018b).

Mesmo havendo essa previsão legal, Nepomuceno *et al.* (2021) apontam que os subsídios que os ACS recebem ainda são insuficientes para nortear sua atuação a partir de uma concepção ampliada do processo saúde e doença. Apesar desta lacuna no que tange à capacitação, a referida categoria profissional, evidenciam efetivos resultados, por meio da atuação profissional.

Como resultado da ausência ou reduzido fomento em processos de capacitação, a pesquisa de Faria e Paiva (2020) revelou que, mais de 50% dos ACS participante do estudo evidenciaram insegurança acerca de sua função, demonstrando ausência de clareza no que tange às suas atribuições e conceitos errôneos relativos à sua prática profissional.

Deste modo, faz-se necessário o preenchimento desta lacuna por meio da qualificação do ACS, com a oferta de conhecimento sobre os diferentes elementos que fazem parte do processo saúde/doença, estimulando o desenvolvimento de competências transversais. Diferentemente do que é comum ocorrer, é preciso a execução de formações que se distanciem do paradigma estritamente biológico e considerem as diretrizes do Ministério da Saúde, as quais são voltadas para orientar a prática deste profissional (Faria; Paiva, 2020).

5.3.1.6.5 Outras dificuldades

Outro aspecto denunciado pelos participantes como dificultador do processo de trabalho diz respeito a distância em que residem das famílias, com estradas que, em alguns momentos, são de difícil acesso:

“A distância, tenho famílias que moram muito longe” (ACS13).

“Olha na minha área é o acesso, pois é uma área extensa, com estradas ruins que as vezes ficam interditadas, porque é um morro. Aí tem as porteiras, as tronqueiras e você tem que lidar com isso tudo, todo mês, subir morros, essas coisas assim (ACS8).

No tocante ao relatado acima, Bianco e Salvaro (2023) encontraram, em seu estudo, depoimentos similares, que descrevem um cenário gerador de elevado nível de cansaço físico. Assim, a prática de muitos ACS é permeada pelo desgaste físico, gerado pela necessidade de desenvolvimento de ações que, para serem efetivadas, fazem com que seja necessário que o ACS percorra longos trajetos, em muitos casos, em situações precárias, por serem na zona rural.

Outra dificuldade denunciada pelos participantes refere-se à morosidade na transmissão de informação pelo setor administrativo das UBS que, por sua vez, incide de forma prejudicial no acesso do paciente à informação e, logo, ao serviço.

“E também, na parte administrativa, pois as vezes as informações demoram a chegar, chegam em cima da hora, aí a gente tem a dificuldade de divulgar para ofertar aquele serviço, enfim, eu acho isso aí” (ACS8).

Outra dificuldade verbalizada por alguns participantes corresponde ao horário de funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde, que é de meio período por dia, e que, isso dificulta, em partes, o acesso das ACS ao serviço:

“Para mim, a minha maior dificuldade é quando eu preciso ir na secretaria, por que ela só funciona meio período e eu só tenho mais disponibilidade à tarde” (ACS9).

“Outra coisa que eu precisaria hoje é que a secretaria de saúde trabalhasse igual ao PSF trabalha. Pois, às vezes, a gente precisa das coisas, a gente já está perto lá, pode ajudar o paciente, mas lá só funciona de 07h às 13h” (ACS12).

Mais uma questão que repercute negativamente no desenvolvimento do trabalho do ACS, diz respeito a falta de materiais: *“Eu gosto do que eu faço e o que falta as vezes é material para gente trabalhar, pois, às vezes, a gente poderia fazer algo melhor para aquele paciente e a gente não consegue [...]” (ACS17).*

Deste modo, as potencialidades e fragilidades acima apresentadas precisam ser objeto de análise por parte da gestora da Secretaria Municipal de Saúde, de modo

que, os aspectos que fortalecem o trabalho possam ser cada vez mais estimulados e aqueles considerados como prejudiciais para a efetividade do processo de trabalho possam ser cada vez mais enfraquecidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo realizado, que visou analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua prática no município de Conceição do Castelo-ES, tendo como base a escuta de vinte e dois profissionais ACS atuantes nas Unidades de Saúde da Família do referido município, revelou que estes são atores importantes para ligar à população aos serviços de saúde, e que os mesmos conhecem as novas atribuições e condutas designadas à categoria por meio da Política Nacional da Atenção Básica de 2017, as quais dividiram opiniões entre os entrevistados, sendo consideradas por alguns como estratégia positiva por parte do Ministério da Saúde, e por outros, como negativa.

Não obstante, cabe assinalar que as alterações na PNAB ocorreram em 2017, e que os entrevistados fizeram menção sobre estas, vinculando-as a experiência no curso técnico do Programa Saúde com Agente. Indaga-se ainda que, talvez, o conhecimento relatado pelos entrevistados possa ser a reprodução das informações transmitidas neste curso e que, a incorporação das diretrizes ainda carece de ser mais estimulada por parte do município estudado.

A partir das narrativas destes profissionais foi possível conhecer como ocorre o processo de trabalho destes, os quais adotam como principal recurso as visitas domiciliares. Para os participantes, por meio deste valioso instrumento, é possível que informações sobre os serviços de saúde cheguem até os pacientes, e que as demandas destes sejam alvo das intervenções dos demais membros da equipe que atuam na ESF, razão pela qual os participantes se percebem como o elo, a ponte que liga à população adstrita à Unidade de Saúde.

A rotina dos ACS se mostrou em consonância com as previsões do Ministério da Saúde e marcada pelo desenvolvimento de ações, tais como: cadastro e atualização das famílias e indivíduos, ações com foco no incentivo ao uso de medicamentos, presença nas consultas médicas e realização de exames, atividades de educação em saúde, e ainda, articulações intersetoriais.

Os resultados indicam que os ACS entrevistados estão cientes de suas responsabilidades e demonstram um entendimento claro sobre suas práticas diárias.

Evidenciaram que os mesmos possuem elevado grau de satisfação com o seu fazer diário. Entretanto, vivenciam algumas insatisfações e dificuldades que se apresentam na execução de suas funções. Essas barreiras podem impactar a eficácia das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, evidenciando a necessidade de apoio contínuo e melhorias nas condições de trabalho, para que possam desempenhar plenamente suas funções e contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde na Atenção Primária.

Apontaram, os ACS, como potencialidades para o pleno desenvolvimento de sua prática, a integração com os demais membros da equipe da ESF; a presença da equipe completa, de forma que é possível atender de forma mais apropriada as demandas de saúde da população; e, por último, a capacitação que aconteceu no município por meio do Programa Saúde com Agente, o qual se mostrou como o responsável por viabilizar o conhecimento sobre a nova PNAB aos ACS.

As dificuldades relatadas, as quais precisam ser revisitadas pela gestora da Secretaria Municipal de Saúde do município pesquisado, dizem respeito: a fragilidade quanto ao transporte disponível nas unidades que, por sua vez, tem repercutido de forma negativa no acesso dos pacientes aos serviços de saúde; ao trabalho em equipe que precisa ser mais fortalecido; a falta ou dificuldade para os pacientes terem acesso à algumas especialidades de saúde, nas Unidades de Saúde; a ausência de capacitação, a qual, possivelmente, pode estar contribuindo para as dificuldades no tocante a maior integração das equipes; a vasta dimensão territorial, que implica em um maior desgaste em relação à locomoção até o domicílio do paciente; o horário reduzido da Secretaria Municipal de Saúde do município; e, por último, a limitação quanto aos materiais necessários para o desenvolvimento do efetivo trabalho do ACS, sendo está uma dificuldade relatada para a não realização das novas atribuições designadas ao ACS por meio da nova PNAB.

Deste modo, os resultados agrupados nesta pesquisa reafirmam a importância desta categoria profissional para efetivação do trabalho na APS. Por ser assim, as fragilidades relatadas por estes precisam ser objeto de análise do gestor local, a fim de que possam ser sanadas, objetivando maior nível de efetividade com esta prática.

Outrossim, os aspectos considerados como positivos para a execução deste trabalho precisam ser cada vez mais incentivados e disseminados entre as equipes, com destaque para os processos de capacitação, já que, por meio deste, os profissionais recebem subsídios para repensarem e transformarem seu processo de trabalho, à luz das prerrogativas do SUS, por meio de uma lógica de saúde ampliada, que considere todos os aspectos que perpassam o processo saúde-doença.

Cabe chamar atenção que, no tocante à educação permanente destes atores, esta vem ocorrendo mais numa perceptiva de oferecer subsídios para estes profissionais atuarem na prevenção de doenças específicas e nas campanhas de imunização, como é o caso da capacitação sobre a febre amarela, relatada em larga escala pelos participantes.

Finalizando, como sugestão para novas pesquisas sugere-se a condução de estudos que possam ter como foco as vozes dos pacientes que recebem esse cuidado pelos ACS, visando apreender como estes percebem a oferta deste, as fragilidades e também potencialidades que fazem parte deste.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, C. M. C.; BEGUINI, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Rev Saude Publica**, v. 5, p.1-13, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/143839/138483>. Acesso em: 18 mar. 2024.
- ALONSO, C. M. C. *et al.* Agente comunitário de saúde: um mundo profissional em busca de consolidação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n.1, p.1-21, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xJntKk7rP66wT3YB66LSSpx/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 22 dez. 2023.
- ANDRADE, M. S. *et al.* Occupational hazards and health problems: perceptions of community health workers. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p. 3574–3586, 2015. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5185>. Acesso em: 14 jun. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, L. S. de; CECÍLIO, L. C. de O. Entre a “grande política” e os autogovernos dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios da micropolítica da atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 10–21, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6KxJ9h98cL76MMn5vm5dwGv/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2024.
- BIANCO, L. M.; SALVARO, J. “As minhas famílias”: gênero, trabalho de cuidados e produção de subjetividades na atuação de mulheres agentes comunitárias de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 26, p. 1-14, 2023. Disponível em: <https://revistas.usp.br/cpst/article/view/193183/196345>. Acesso em: 20 abr. 2024.
- BRASIL, C. C. P. *et al.* Percepções de profissionais sobre o agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 109–118, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9cKzHyybpfsZ8yFNNtsXBjk/>. Acesso em: 20 fev. 2024.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília: 1988.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: 1990a.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: 1990b.

BRASIL. **Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997.** Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília: 1997.

BRASIL. **Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999.** Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 1999.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119 p.

BRASIL. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.** Cria a profissão do Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde:** área profissional saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília: 2006a.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.** Regulamenta o §5o do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018.** Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS), para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE) no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Diário Oficial da União, Brasília: 2018a.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 abr. 2018b.

BRASIL. **Portaria nº 3.241, de 07 de dezembro de 2020.** Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União. 09 dez. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS:** diretrizes e orientações para a formação. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. 68p.

BRASIL. **Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023.** Altera a Lei nº 11.350, de 5.10.2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Diário Oficial da União, Brasília: 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.304, de 12 de dezembro de 2023.** Institui o Programa Mais Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias no triênio 2024-2026. Diário Oficial da União: 2023b. 12 dez. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.304-de-12-de-dezembro-de-2023-531394339>. Acesso em: 20 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Saúde com Agente.** Brasil: 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mais-saude-com-agente>. Acesso em: 12 abr. 2024.

BRITO, R. S. DE; FERREIRA, N. E. M. S.; SANTOS, D. L. A. DOS. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde & Transformação Social**, v. 5, n. 1, p. 16–21, 2014.

Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100004. Acesso em: 14 jun. 2024.

CARMO, A. D. N. DO; SILVA, S. L. A. DA; CAMPOS, E. M. S. Análise temporal de indicadores da Estratégia Saúde da Família sob o olhar da Política Nacional da Atenção Básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. 1-16, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NTgMVTm3dTbcKFCnJRGYFSL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2024.

CECCON, R. F. *et al.* Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 99-108, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jh377DRYXCQwKQnTVjxvVPp>. Acesso em: 15 mar. 2024.

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.2147- 2156, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hp8zXRHDfcytm6vFb58dRhj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2024.

DRAEGER, V. M. *et al.* Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, p.1-9, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/jWV9kWLz73rpB48MwqVSDzd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2024.

FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, nov. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/#ModalTutors>. Acesso em: 26 jun. 2023.

FARIA, C. C. M. da V.; PAIVA, C. H. A. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p.1-23, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/8q9cCFQWWnvb6P93MxVJ9Zb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2024.

FERNANDES, T. F. *et al.* Condições de trabalho e saúde mental de agentes comunitários de saúde na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 2931–2940, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kRDR7rT64TpC9K8ctDFTPMF/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 30 mai. 2024.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. A interação entre avaliação e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 343-357, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qnQxGHHhDqFF3sctMJS4kxR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2024.

FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; GRYSCHKE, A. L. F. P. L. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 919-927, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/74R7YphctVV4MbyFwf8VHkq/>. Acesso em: 12 dez. 2023.

FREIRE, D. E. W. G. *et al.* A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/S3qYTtYsxxX8KXsKvDVzhLh/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 28 maio 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d783NS5x4f47Z6pyBR5pgvv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2023.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 783–794, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLjsqcLYxFDf8Y6ktM4Gs3G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados. Conceição do Castelo**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/conceicao-do-castelo.html>. Acesso em: 12 abr. 2024.

KEBIAN, L.V.A; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p.161-169, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>. Acesso em: 12 set. 2023.

LEME, K. E. F. *et al.* O sociodrama como estratégia de pesquisa qualitativa junto a Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 146–157, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TXQzqT6DGRJkfHWK9HFbMWx>. Acesso em: 17 abr. 2024.

LIMA, J. G. *et al.* O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wtrkTyL7qTmDC4gqftX7B3N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2024.

LOCH, S. Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 48–58, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fp89vLBPYg6MWtyB8XNWKJb/>. Acesso em: 30 maio 2024.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Community health workers: reflections on the health work process in Covid-19 pandemic times. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 4185–4195, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XsyXgfVksPRS38tgfYppqBb/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 20 fev. 2024.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 18-37, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2024.

MÉLLO, L. M. B. D; SANTOS, R. C.; ALBUQUERQUE, P. C. Agentes comunitárias de saúde e a busca pelo ensino superior: motivações e implicações para a profissão. **Physis**, v. 33, n. 1, p.1-21, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dhf9QdnHVxjZGSFDDn4Vcwk/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 25 abr. 2024.

MÉLLO, L. M. B. DE D. E *et al.* Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. 1, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/F8wfx8yHPyYnQYfcG69zKxf>. Acesso em: 18 ago. 2023.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 38–51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p#>. Acesso em: 20 set. 2023.

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 PanAmericana da Saúde, 512p. 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 20 maio 2023.

MENDONÇA, F. F. *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p.13-30, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vGTxbZ93vfbZdKCcyKBGfcGS/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 13 maio 2023.

MINAYO, M. C. *et al.* **Programa de Agentes de Saúde do Ceará**: estudo de caso. Unicef, Fundo das Nações Unidas para a Infância: 1990, 60p.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. pp. 19-51.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D'A.; GUIMARÃES, C. C.. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, educação e saúde**, v. 5 n. 2, p. 261-280, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/JZcMkfsdq4HFxkPZNhDVNbn/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03 nov. 2023.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 261–274, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJJm7MRgkGKjTRnSd9mxG/>. Acesso em: 20 set. 2023.

MOROSINI, M.V; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116 p. 11–24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/>. Acesso em: 20 set. 2023.

MOURA, D. C. A. de; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. Prevalência de sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ysqwVDL8ZHw8Vn3WyQCKRXD>. Acesso em: 17 jun. 2024.

NEPOMUCENO, R. de C. A. *et al.* O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à Luz da Teoria Comunidades de Prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1637-1646, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WsgvDVG3gBmZz5Lyr6gNhcc>. Acesso em: 14 mar. 2024.

NOGUEIRA, M. L; BARBOSA, I. C. Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde: quando uma formação profissional se torna mais uma ameaça ao SUS. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16 n. 2, p. 393-396, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/X98r4YyFVxL58GHBpqPj54g/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2024.

OLIVEIRA, V. A Estratégia Saúde da Família no estado de São Paulo: mecanismos e determinantes de difusão da política pública. **Revista de Sociologia e Política**, v. 31, n. 1, p.1-16, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/pM7L838rWHzVYRV6yC98sJx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2023.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, p. 11-31, maio 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39645>. Acesso em: 2 set. 2023.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2024.

PONTES, A. P. M. *et al.* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 500-07, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FGxx6mRxgRTDNVByFycsMpQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2023.

RIQUINHO, D. L. *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16 n. 1, p. 163-182, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/pSkqkSzg9bG39YmZyMzdtwR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2023.

SEMUS. Secretaria Municipal de Saúde de Conceição do Castelo/ES. **Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025**. Disponível em: <https://www.conceicaodocastelo.es.gov.br/uploads/files/PMS-CONCEICAO-DO-CASTELO-ES.pdf>. Acesso em: 12 maio 2024.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente de saúde comunitário: o ser, o saber, o fazer. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1433-1434, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jrZGqXstgKr4xxwDGgYk8dP/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 58-69, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/prYWBkrvCywK6Hw5C5TbvQv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2024.

SIQUEIRA-BATISTA, R. *et al.* (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Pvxdg3vqg6GLZTj9v6YtyYr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2024.

SOUSA, M. F. **Agentes Comunitários de saúde: choque de povo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. 162 p.

SOUZA, H. M. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 221-240.

VIANA, A. L. D'Á.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, N. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/8mXrz3TFbzTFPKzYXV5FRrz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 ago. 2023.

VIEIRA, M. R. M. *et al.* Inter-relações entre insatisfação com o trabalho docente e sintomas depressivos: modelagem com equações estruturais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 2075–2086, 7 jul. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nHRV9DDssF8nCGkxtG9xv3R/#>. Acesso em: 12 jun. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada 'Conhecimento e prática dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Conceição do Castelo-ES, em relação as suas atribuições sobre a nova PNAB', sob a responsabilidade de Miriely Pinto Fontan.

JUSTIFICATIVA: A justificativa desse trabalho está na relevância que esse tema assume na Atenção Básica uma vez que a Estratégia saúde da família, é considerada a porta de entrada na saúde pública e as ações realizadas pela ESF, em que o trabalho em equipe é fundamental para o fortalecimento do planejamento em saúde com ênfase para o trabalho do ACS.

No município de Conceição do Castelo, verifica-se que os ACS, possuem poucas informações quanto ao seu real papel dentro do contexto de suas atribuições, assim como a falta de conhecimento sobre a população e os problemas relacionados a área e o baixo nível de envolvimento com a equipe, no que tange a busca de soluções para os problemas da comunidade.

Nesse sentido, pretende verificar o Conhecimento e Prática dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Conceição do Castelo-ES em relação as suas atribuições sobre a

Rubrica do participante/responsável Rubrica do pesquisador responsável

nova PNAB? Buscando informações a partir dos problemas identificados, criando assim subsídios para avaliação e sugestões para melhorias do processo de trabalho dessa categoria, contribuindo para que a equipe possa planejar suas atividades melhorando assim os indicadores de saúde

OBJETIVO (S) DA PESQUISA: Analisar o conhecimento e Prática dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Conceição do Castelo-ES em relação as suas atribuições sobre a nova Política nacional atenção básica

PROCEDIMENTOS: Você será convidado a participar de uma pesquisa, de caráter qualitativo que busca analisar o conhecimento e prática dos agentes comunitários de saúde sob a nova Pnab. Pesquisa será desenvolvida com 31 ACS, cadastrados no Cnes do município e que atuam na Atenção básica no período de fevereiro de 2023 a abril 2023, com realização de grupos focais e entrevistas semiestruturadas.

RISCOS E DESCONFORTOS: Durante essa pesquisa você poderá se sentir cansado ou constrangido ao responder o questionário ou participar dos testes de avaliação, ou sentir se inseguro por medo de ser identificado. No entanto, o pesquisador se compromete a tomar todos os cuidados para que essas situações eventuais não ocorram. Serão evitadas a descrição de informações que possam comprometer a sua confidencialidade e lhe causar constrangimento.

BENEFÍCIOS: A pesquisa apresenta benefícios imediatos e não imediatos. Você poderá ter a oportunidade de conhecer o resultado deste estudo, analisar o conhecimento e a prática dos agentes comunitários de saúde sobre suas atribuições e processo de trabalho. Ao final, propor a necessidade de repensar o processo de trabalho e a importância de um cronograma de treinamento como importante ferramenta de trabalho para avaliação e planejamento desses profissionais.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: você será acompanhado e receberá assistência presencial durante o período de vigência da pesquisa. Você poderá se beneficiar posteriormente a pesquisa no que diz respeito a conhecer e analisar a pesquisa. Será garantida sua assistência imediata e gratuita em casos de danos recorrentes da pesquisa.

Rubrica do participante/responsável

Rubrica do pesquisador responsável

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado (a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: é esperado que você não tenha gastos adicionais para a participação na pesquisa, uma vez que sua participação será realizada no local de trabalho ou seja na unidade de saúde da família, Caso eventualmente, por motivos de força maior, haja gastos adicionais relativos a transporte e alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, estes serão ressarcidos integralmente.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o (a) pesquisador (a) MIRIELY PINTO FONTAN, TEL (28) 99904-0780, ou na UNIDADE DE SAÚDE ADILA DE ALMEIDA, seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 07 às 16h.

Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Rubrica do participante/responsável

Rubrica do pesquisador responsável

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo (a) pesquisador (a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Pesquisador

Participante da pesquisa
Local, data

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO DIRECIONADO AOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Identificação do participante

1- Qual a sua idade? _____

2- Meio de contratação? () celetista () estatutário

3- Qual o seu sexo?

() Masculino

() Feminino

4- Qual a sua escolaridade?

() Nível Fundamental Incompleto

() Nível Fundamental Completo

() Nível Médio Incompleto

() Nível Médio Completo

() Nível Superior Completo

() Nível Superior Incompleto

() Pós-graduação Incompleto

() Pós-graduação Completo

5- Quanto tempo de atuação como Agente Comunitário de Saúde?

6- Participou de capacitação e ou treinamento quando iniciou o trabalho de ACS? Quais temas

() não () sim

7- Você participa de capacitações e ou treinamentos sobre seu processo de trabalho?

() não

() sim ,quais vc sabe ?

8. Você participou do Curso Técnico do Programa Saúde com a Agente?

() não () sim

9. Você conhece a nova Política Nacional Atenção básica (PNAB)?

10. Quais são as principais mudanças que ela propõe? (aferição de Pressão Arterial, glicemia capilar, curativo ?

11. Você considera que essas mudanças impactam na organização do trabalho na UBS? E no cuidado com a população? Como? Melhora do indicador?

12. O que você faz no seu dia a dia como ACS? Como é a sua rotina de trabalho?

13. Como você vê a prática do seu trabalho?

14. Para você o que te dá satisfação no trabalho?

15. O que você acha mais importante no seu trabalho?

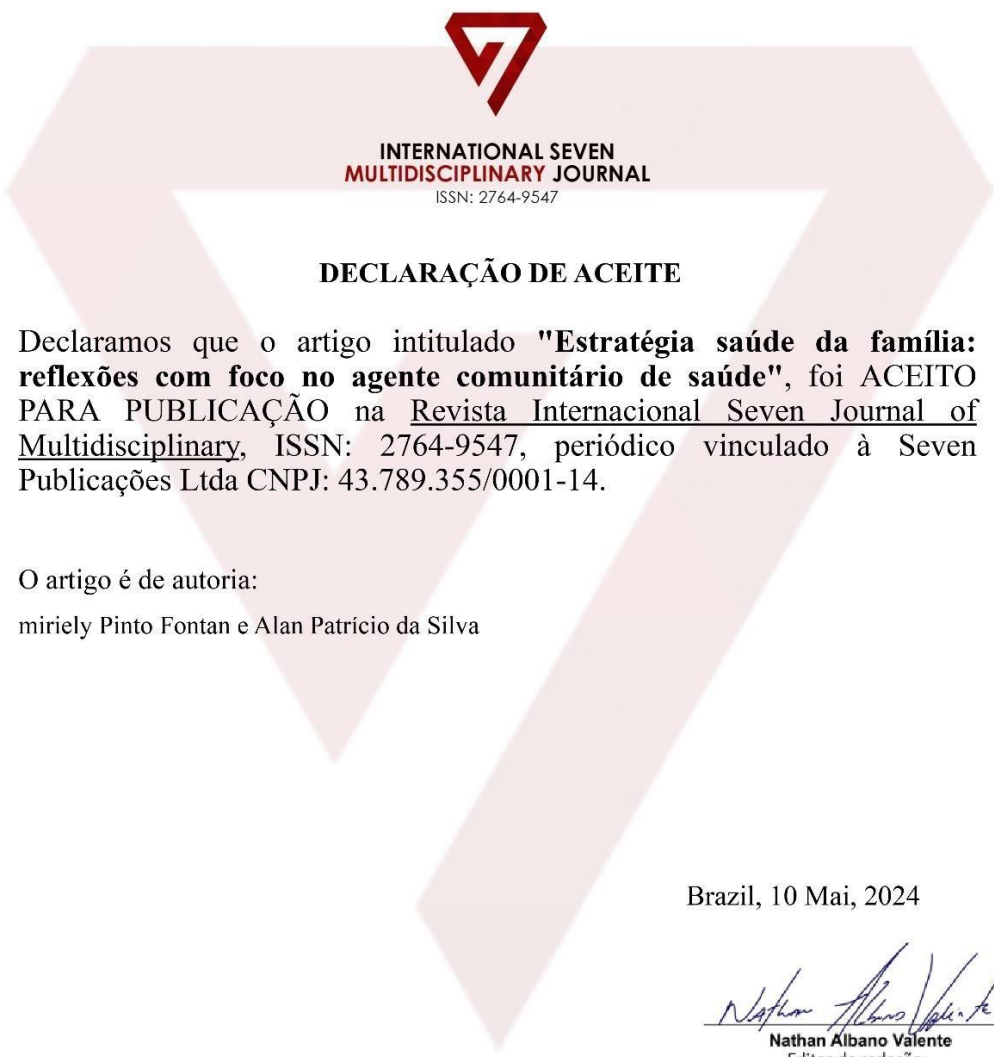
16. Quais as dificuldades no seu trabalho?

17. Voce sabe o que deve realizar durante a visita domiciliar? O que você realiza?

18- Como você avalia sua atuação como profissional?

ANEXOS

ANEXO A- DECLARAÇÃO DE ACEITE DE ARTIGO



INTERNATIONAL SEVEN
MULTIDISCIPLINARY JOURNAL
ISSN: 2764-9547

DECLARAÇÃO DE ACEITE

Declaramos que o artigo intitulado "**Estratégia saúde da família: reflexões com foco no agente comunitário de saúde**", foi ACEITO PARA PUBLICAÇÃO na Revista Internacional Seven Journal of Multidisciplinary, ISSN: 2764-9547, periódico vinculado à Seven Publicações Ltda CNPJ: 43.789.355/0001-14.

O artigo é de autoria:
miriely Pinto Fontan e Alan Patricio da Silva

Brazil, 10 Mai, 2024



Nathan Albano Valente
Editor de redação



ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA

29



Termo de Anuência

A Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Conceição do Castelo está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "ANALISAR O CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO CASTELO-ES EM RELAÇÃO A ATRIBUIÇÃO SOBRE A NOVA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA.", coordenado pela pesquisadora Miriely Pinto Fontan, desenvolvida em conjunto com o pesquisador Alan Patrício da Silva na **Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM**.

A Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Conceição do Castelo assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados durante os meses de (fevereiro 2023 a dezembro 2023) na Unidade de Saúde da Família Ádila de Almeida, após, a devida aprovação pelo sistema CEP, CONEP.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados.


Liliane Vasconcellos Lopes
Secretária Municipal de Saúde
Portaria N 116/2022

Conceição do Castelo, 31 de outubro de 2022

Assinatura do secretário de saúde do Município de Conceição do Castelo-ES

Secretaria Municipal de Saúde de Conceição do Castelo -ES
Endereço: Rua: José Oliveira de Souza, Nº 300 - Bairro Pedro Rigo, Centro, CEP: 29370-000
Telefone: (28) 3547-1368
CNPJ: 14.733.777/0001-70 email:saudeatencao primaria.cc@gmail.com

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Analisar o conhecimento e prática dos agentes comunitários de saúde do município de Conceição do Castelo-Es em relação as suas atribuições sobre a nova Política Nacional da atenção básica

Pesquisador: MIRIELY PINTO FONTAN

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65145822.4.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.783.746

Apresentação do Projeto:

O agente comunitário de saúde, como membro da equipe multiprofissional que compõe a Estratégia Saúde da Família, representa importante vínculo com a comunidade e compreensão da área de abrangência contribuindo assim, para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de saúde. Nesse sentido, considera-se que o conhecimento e a prática adequada deste profissional indicam um fortalecimento as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e consequente melhora nos indicadores de saúde na atenção primária a saúde.

Esse projeto de mestrado pretende ser exploratório-descritivo, de caráter qualitativo o cenário do estudo será às dependências de uma Unidade Saúde da Família. Participarão do estudo 31 agentes comunitários de saúde, será utilizado como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e, para tratamento dos dados, a Técnica da Análise de Conteúdo Temática, com a categorização dos resultados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o conhecimento e a prática dos agentes comunitários de saúde em relação as suas atribuições

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**

Continuação do Parecer: 5.783.746

sobre a nova Política nacional da atenção básica

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o conhecimento e prática dos Agentes comunitários de Saúde, acerca de suas atribuições na Atenção primária a saúde.
- Conhecer as ações de Educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde do município de Conceição do Castelo-Es.
- Analisar a auto avaliação dos agentes comunitários de Saúde frente a sua atuação nas práticas e ações de educação de saúde.
- Melhorar o empenho das equipes da ESF do município, refletindo nos indicadores de saúde da população adscrita.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Todos os riscos que podem ocorrer durante a pesquisa serão potencialmente minimizados. Dentre os riscos inerentes a essa pesquisa estão o desgaste ao responder questionários, medo ou constrangimento por não saber responder ou ser identificado durante o processo da pesquisa. Como estratégia para minimização dos riscos e desconfortos serão adotados todos os procedimentos para a garantia da confidencialidade e sigilo absoluto dos dados coletados. Serão evitadas a descrição de informações que possam comprometer a confidencialidade do participante e também o seu constrangimento durante o decorrer da pesquisa.

Benefícios:

a pesquisa permitirá analisar o conhecimento e a prática dos agentes comunitários de saúde sobre suas atribuições e processo de trabalho. Esses aspectos fundamentarão a configuração e implementação de ações voltadas a esses profissionais no âmbito da atenção primária, repensar o processo de trabalho e a importância de um cronograma de treinamento como importante ferramenta de trabalho para avaliação e planejamento desses profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa adequada do ponto de vista ético, conforme resolução vigente!

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190			
Bairro: Bairro Santa Luiza		CEP: 29.045-402	
UF: ES	Município: VITORIA		
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586	E-mail: comite.etica@emescam.br	

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 5.783.746

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos adequados!

Recomendações:

Aprovação do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há!

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2040515.pdf	24/11/2022 19:15:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/11/2022 19:14:27	MIRIELY PINTO FONTAN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto detalhado.pdf	11/11/2022 22:01:09	MIRIELY PINTO FONTAN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	09/11/2022 19:45:46	MIRIELY PINTO FONTAN	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	03/11/2022 17:26:08	MIRIELY PINTO FONTAN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luíza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 5.783.746

Não

VITORIA, 29 de Novembro de 2022

Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br